

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 mai 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Armand Hichri,
avocat auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère d'une fille majeure, sans formation, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 21 mai 2019, en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis 2015. Elle a indiqué, quant au genre de l'atteinte, une « dépression liée à la maladie de ma fille [...] » ainsi que de l'ostéoporose et arthrose sévère ayant nécessité une opération des cervicales en 2019.

Un extrait du compte individuel AVS a été versé au dossier le 24 mai 2019, dont il ressort notamment que l'assurée n'a plus d'activité lucrative depuis 2009.

Dans un rapport daté du 11 septembre 2019, la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics, présents depuis 2009, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.2), burn-out sur situation de proche-aidant de sa fille (Z73.0), et traits de la personnalité pathologiques (borderline et haut potentiel intellectuel ; F60.8). Elle attestait d'une incapacité de travail totale depuis le 6 octobre 2015.

Le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale, a établi un rapport le 7 janvier 2020, posant les diagnostics d'état dépressif depuis 2015, arthrose des cervicales et des mains depuis 2010, ostéoporose sévère, status post tumorectomie pulmonaire gauche en 2018 et status post syndrome radiculaire déficitaire C6-C7 opéré en février 2019, avec douleurs cervicales post-opératoires. Il a joint les pièces médicales suivantes :

- La lettre de sortie du 23 juillet 2018, relative à une hospitalisation du 18 au 20 juin 2018 pour une exérèse cunéiforme d'une lésion du lobe inférieur du poumon gauche par thorascopie (tumeur fibreuse calcifiante).

- Un rapport du 17 juin 2019 du Dr X._____, spécialiste en neurochirurgie, exposant que l'évolution post-opératoire à trois mois d'une discectomie antérieure C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec mise en place de trois cages et d'une plaque était relativement favorable, malgré la persistance de cervicalgies.

En annexe d'un rapport médical détaillé UE/AELE établi le 17 février 2020, la Dre W._____, spécialiste en médecine interne générale, a joint les pièces suivantes :

- Un rapport du Dr X._____ du 7 novembre 2018, posant les diagnostics de syndrome radiculaire irritatif déficitaire sensitif C6 et C7, sur une sténose foraminale C5-C6 et C6-C7 droite.
- Un rapport établi le 27 mai 2019 par la Dre K._____, spécialiste en rhumatologie, posant les diagnostics de discrète arthrose des mains et arthrose cervicale marquée, ostéoporose marquée avec un T-score au rachis à -3.5 et hypovitaminose D. Elle a par ailleurs retenu, à titre de comorbidités, un état dépressif, un status post tumorectomie (tumeur sérotoninergique au niveau du poumon gauche en 2018), un status post syndrome radiculaire irritatif et déficitaire C6-C7 droite avec sténose foraminale C5-C6 et C6-C7 droite et discret canal cervical étroit C3, C6 opéré en 2019, ainsi qu'une BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) dans le cadre d'un tabagisme chronique.

Dans un avis du 7 octobre 2020, le Dr Z._____, médecin praticien au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a relevé que la capacité de travail pourrait être de 100 % dans une activité adaptée et qu'il était surtout décrit une situation psychosociale très délétère (assurée qui ne travaillait plus depuis de nombreuses années pour s'occuper de sa fille, difficultés financières), avec une coopération « pas excellente » de l'assurée. Il allait réinterroger le psychiatre et le médecin généraliste traitant avec des questions précises.

Répondant le 23 octobre 2020 aux questions du SMR, la Dre D._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assurée présentait toujours des cervicalgies, avec des tensions musculaires importantes au niveau cervical et des épaules associées à des céphalées de tension. Des douleurs au niveau des deux hanches étaient apparues, ainsi que de nouvelles plaintes digestives. Les investigations sur ces dernières avaient mis en évidence une hernie hiatale et un polype rectal et le diagnostic de maladie de reflux avait été retenu. Les activités de la vie quotidienne étaient partiellement possibles au vu de la mobilité des membres supérieurs et de l'atteinte psychique. Certains jours, les douleurs empêchaient toute activité. Les limitations fonctionnelles étaient l'élévation active maximale des deux bras à 90°, ainsi que la rotation partielle de la tête des deux côtés et la rétroflexion limitée. La capacité de travail était nulle depuis janvier 2018 dans le contexte d'un état dépressif sévère. La Dre D._____ a joint les rapports de coloscopie et gastroscopie du 9 juillet 2020.

La Dre L._____ a répondu au Dr Z._____ le 15 décembre 2020. Posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sous médication antidépressive (F41.2), burn-out sur une situation de proche aidant de sa fille (Z73.0), trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3) et syndrome douloureux sévère sur pathologies rhumatologiques. Elle a décrit la journée type de l'assurée, en précisant que le déroulement de chaque journée dépendait de ses douleurs, de son état psychologique et de l'état psychologique de sa fille. Il était arrivé que la dépression empêche l'assurée d'assumer ses tâches administratives, entraînant de gros problèmes financiers et sociaux et rendant nécessaire une curatelle administrative durant deux ans. Une curatelle existait toujours pour sa fille. Il existait une incapacité de travail dans toute activité depuis novembre 2015.

Prenant connaissance de ces deux rapports complémentaires, le SMR a préconisé le 6 janvier 2021 la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire. Le centre d'expertise J._____ a été désigné et les mandats confiés aux Drs H._____, médecin praticien, S._____,

spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Ceux-ci ont complété le dossier médical en se procurant notamment le protocole opératoire relatif à l'intervention du 27 février 2019, des rapports de consultations et convocations du Centre V._____ ainsi que des rapports radiologiques. Ils ont également fait procéder à de nouveaux examens radiologiques et prélèvements sanguins, puis ont déposé leur rapport d'évaluation consensuelle le 1^{er} juillet 2021, accompagné des expertises spécialisées en médecine physique et réadaptation, en médecine interne ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie. Dans l'évaluation consensuelle, les experts ont constaté en particulier ce qui suit :

« 4.2 Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31).
- Troubles dépressifs récurrents, actuellement en rémission (F33.4).
- Difficulté dans les rapports avec le conjoint (1992-2001), puis avec un partenaire de vie (2006-2008) (Z63.0).
- Proche qui vi[t] au domicile (fille), nécessitant des soins (Z63.6).
- Névralgie cervico-brachiale C7 gauche avec hypoesthésie dans un contexte de status post-discectomie antérieure étagée de C4-C7 avec mise en place de trois cages, d'une plaque antérieure le 27.02.2019 pour névralgie cervico-brachiale droite évoluant depuis 2016, générant des [limitations fonctionnelles] depuis cette date. Tendinopathie calcifiante du supra épineux gauche.
- Tendinopathie calcifiante des moyens fessiers.
- Ostéoporose sévère traitée.
- Epicondylite latérale sans substrat anatomique.
- Remaniements dégénératifs modérés des articulations interphalangiennes.
- Status post-fracture de la phalange intermédiaire du 4^e doigt droit traitée chirurgicalement (date ?).
- Céphalées dans le cadre de névralgie cervico-brachiale gauche.
- Carence modérée en ferritine.

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

Pas de travail en antéflexion et hyperextension du rachis cervical.

Pas de travail en élévation du membre supérieur gauche.

Pas de montée et descente répétées d'escaliers avec port de charges.

Pas de port de charges répété > 10 kg en rectitude du tronc en raison de l'ostéoporose sévère.
Pas de mouvements répétés en flexion-extension des coudes et en rotation des poignets en raison des épicondylites latérales chroniques.

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

Cf.4.1.

Le diagnostic de trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) est retenu.

4.5 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Les ressources sont préservées dans le respect des limitations fonctionnelles, aucun facteur de surcharge n'est relevé.

L'expertisée est capable de communiquer, de respecter un cadre. Elle a des capacités d'adaptation, elle n'est pas toujours flexible. Elle est psychiquement endurente. Elle est autonome et indépendante. Elle a des capacités de prise de décision et de jugement. Elle a des capacités relationnelles. L'expertisée est assez isolée socialement, elle est proche aidante de sa fille. Elle s'appuie sur 2 amies proches, elle essaie de rencontrer son père, qui vit en [...], une fois par an, ainsi que le reste de sa famille en [...].

4.6 Contrôle de cohérence

Une divergence concerne l'existence de la fatigue qui est une notion subjective et aucun caractère objectif ne peut être mis en évidence au jour de l'expertise. En effet, il n'y a pas de bâillement ni d'attaque de paupières et elle a pu garder toute sa vigilance sans perdre le focus, pendant toute la durée de cette expertise. De même, le bilan sanguin réalisé retrouve une carence modérée en ferritine et l'échelle de somnolence d'Epworth retrouve un score non compatible avec une éventuelle dette de sommeil.

Il y a quelques divergences entre les symptômes psychiques décrits et l'examen clinique. Une partie des plaintes subjectives de l'expertisée (humeur anxieuse et dépressive, d'intensité moyenne, fatigue) n'est que partiellement retrouvée à l'examen clinique (humeur est anxieuse : intensité faible, l'expertisée est euthymique, il n'y a pas de signes objectifs de fatigue). Il y a des divergences avec les éléments apportés par le dossier. La [capacité de travail] retenue par la psychiatre traitante ([rapports médicaux] du 11.09.2019 et du 15.12.2020) ne peut être validée. La présente évaluation est en cohérence avec l'évaluation de mes co-experts.

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

0% depuis 2016 (date imprécise), et ceci de façon définitive.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée A quel taux ?
Actuellement ? Depuis quand ? Jusqu'à quand ?

100% depuis toujours, sauf lors de l'intervention gynécologique en 2005 et de l'intervention pulmonaire en 2018 et à l'exception de la période d'août 2018 à juin 2019, en raison de la névralgie cervico-brachiale droite qui a conduit à l'intervention chirurgicale du 27.02.2019. »

Dans son avis du 29 juillet 2021, le Dr Z. _____ du SMR a déterminé deux questions complémentaires à soumettre aux experts. Ceux-ci ont répondu comme suit le 17 août 2021 :

« 1) *Nous vous remercions pour votre expertise. Dans le versant de la médecine physique et réadaptation, il est indiqué en page 26 : « La prise*

en charge des tendinopathies de l'épaule gauche, des moyens fessiers est nécessaire et exigible, permettant vraisemblablement une amélioration de la capacité de travail dans une activité adaptée », mais la capacité de travail retenue dans une activité adaptée est déjà de 100%. De ce fait, pouvez-vous nous confirmer que la capacité de travail dans une activité adaptée est bien de 100% au jour de votre expertise, en prenant en compte l'ensemble des atteintes ostéo-articulaires et tendineuses. Sinon, merci de déterminer cette capacité de travail dans une activité adaptée exigible.

Sur le plan de la médecine physique et réadaptation,
La phrase: *La prise en charge des tendinopathies de l'épaule gauche, des moyens fessiers est nécessaire et exigible, permettant vraisemblablement une amélioration de la capacité de travail dans une activité adaptée*, ne correspond pas à la finalité recherchée, cette prise en charge permettrait la possibilité d'élargir le spectre des activités adaptées à proposer à l'expertisée, mais les conclusions ne changeront pas : la [capacité de travail dans l'activité habituelle] de serveuse est nulle depuis août 2016, la [capacité de travail dans l'activité adaptée] est entière depuis toujours sauf d'août 2018 à juin 2019.

2) *Dans le versant psychiatrique, vous indiquez en page 20 : « La [capacité de travail] retenue par la psychiatre traitante ([rapports médicaux] du 11.09.2019 et du 15.12.2020) ne peut être validée. ». La psychiatre traitante retient une incapacité de travail totale depuis le 06/10/2015 et vous retenez dans votre expertise aucune incapacité de travail en lien avec une affection psychiatrique. Pouvez-vous développer sur quels arguments vous vous basez pour écarter les conclusions de la psychiatre traitante ? Pouvez-vous développer la description des ressources disponibles de notre assurée qui pourraient être exploitables ? En vous remerciant par avance.*

Sur le plan psychique.

Voici les raisons pour lesquelles les conclusions de l'expertise psychiatrique s'écartent des conclusions de la psychiatre traitante.

Comme décrit dans l'expertise parmi les diagnostics retenus, il y a le diagnostic de difficultés dans les rapports avec le conjoint (1992-2001), puis avec un partenaire de vie (2006-2008) (Z63.0). Il ne s'agit plus d'une problématique actuelle. Il y a un trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) actuellement bien stabilisé et de troubles dépressifs récurrents, actuellement en rémission (F33.4). La problématique de l'appareil locomoteur a été évaluée par mon co-expert de manière détaillée. Le principal problème est en lien avec la pathologie psychiatrique de la fille de l'expertisée, (proche qui vit au domicile, nécessitant des soins : Z63.6), Madame P. _____ ayant un rôle de proche aidant. Il ne peut être retenu qu'il s'agit d'un problème biomédical source de [limitations fonctionnelles]. Ainsi notre évaluation est en cohérence avec l'avis du Dr Z. _____ du SMR ([rapport médical] du 07.10.2020) qui mentionnait : *dans une activité adaptée, la capacité de travail pourrait être de 100%. Il est surtout décrit une situation psychosociale très délétère avec une assurée qui ne travaille plus depuis de nombreuses années pour s'occuper de sa fille. L'activité adaptée est décrite dans l'expertise par mon co-expert.*

En termes de ressources disponibles, elles ne sont pas limitées par les diagnostics psychiatriques retenus chez l'expertisée. Elles sont massivement investies dans l'aide qu'elle apporte à sa fille. Ainsi l'expertisée, assume les rendez-vous médicaux (les siens, ceux de sa fille). De 11h à 14h30, elle s'occupe exclusivement d'elle : lessive, tentative de contrôle de ses rituels, repas commun préparé par ses soins, vers 13h-13h30, « Je déjeune, elle prend son petit-déjeuner ». Les ressources de l'expertisée seraient pleinement mobilisables, si l'expertisée et sa fille (en lien avec la pathologie de celle-ci) acceptaient de déléguer certaines tâches (pour la fille) à des professionnels de l'aide à domicile, certains soins ambulatoires (pour la fille) à des professionnels de la santé psychique ambulatoire (p.e. : suivi par un infirmier psychiatrique à domicile). »

Le Dr Z. _____ du SMR a constaté le 10 septembre 2021 qu'il n'y avait pas de raison de s'écartier des conclusions de l'expertise et de son complément. Depuis août 2016, l'assurée présentait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à l'exception d'une période d'incapacité de travail totale d'août 2018 à juin 2019. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de travail en antéflexion et hyperextension du rachis cervical, pas de travail en élévation du membre supérieur gauche, pas de montée et descente répétée d'escaliers avec port de charges, pas de port de charges répétées supérieures à 10 kg en rectitude du tronc en

raison de l'ostéoporose sévère, pas de mouvements répétés en flexion-extension des coudes et rotation des poignets en raison des épicondylites latérales chroniques.

L'OAI a établi un calcul du salaire exigible le 1^{er} octobre 2021, fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2016, TA1_skill_level, niveau 1, tant pour le revenu avec que sans invalidité. Pour le revenu avec invalidité, un abattement supplémentaire de 10 % a été admis pour tenir compte des limitations fonctionnelles, de sorte que le degré d'invalidité s'établissait à 10 % également. L'OAI a par ailleurs retenu que l'assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement et également comme aide-administrative (réception, scannage et autres), domaine où elle a déjà exercé.

Un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité a été rendu le 4 octobre 2021, le degré d'invalidité étant de 10 % en août 2017, terme du délai d'attente d'une année, compte tenu d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de serveuse mais complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

L'assurée a fait part de ses objections par courrier du 1^{er} novembre 2021, estimant qu'il n'avait pas été tenu compte de l'ensemble de ses atteintes à la santé et limitations fonctionnelles. Elle a joint les pièces suivantes :

- Un courrier rédigé le 1^{er} novembre 2021 par la Dre D._____, signalant que sa patiente présentait des douleurs articulaires non seulement dans le haut du corps (cervicales, épaules, membres supérieurs) mais également dans la région lombaire et du bassin. Les limitations fonctionnelles étaient plus étendues que celles

retenues, en particulier s'agissant du port de charges même légères. Enfin, l'exacerbation des douleurs au niveau des épaules avaient motivé de nouvelles investigations auprès d'un rhumatologue. La problématique psychique avait également un impact sur la capacité de travail, dont il fallait tenir compte. A ce rapport, que la Dre D. _____ a également adressé directement à l'OAI, étaient joints les rapports des imageries passées en avril et mai 2021 à la demande du Dr F. _____.

- Un courrier du 2 novembre 2021, également adressé directement à l'OAI par leurs auteures, dans lequel la Dre L. _____ et la psychologue B. _____ exprimaient leur étonnement face au projet de décision, lequel ne faisait aucune référence aux aspects psychiatriques, et demandaient que leurs rapports soient pris en compte.

Consulté à nouveau, le Dr Z. _____ du SMR a exposé le 30 novembre 2021 que l'assurée et ses médecins traitantes n'avaient pas apporté d'éléments médicaux susceptibles de modifier ses conclusions médicales.

Par décision du 19 janvier 2022, confirmant son projet de décision, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Dans un courrier séparé du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a précisé que les rapports médicaux produits avec la contestation n'apportaient pas d'élément susceptible de modifier son projet de décision, qui était conforme en tous points aux dispositions légales.

B. Par acte du 16 février 2022, P. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de la reconnaissance d'un droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2019. En substance, elle a fait valoir que son état de santé ne lui permettait pas de travailler à 100 %, même avec une baisse de rendement de 10 %, et que son

incapacité totale de travail ne s'était pas arrêtée à un an, estimant dès lors avoir droit à une rente d'invalidité.

Complétant son argumentation le 14 mars 2022 et sollicitant l'assistance judiciaire, désormais représentée par Me Karim Armand Hichri, la recourante a encore fait valoir que son état de santé s'était péjoré après l'expertise, mais avant que ne soit rendue la décision litigieuse. Pour la recourante, l'intimé s'était fondé sur un rapport d'expertise obsolète, au vu de l'aggravation de son état de santé, estimant qu'il n'était pas possible d'aboutir, sans instruction complémentaire, à l'absence de toute incapacité de travail dans une activité adaptée. Elle a produit à cet égard un rapport du 10 janvier 2022 de la Dre D. _____ à l'OAI, selon lequel elle présentait une fracture tassement de la vertèbre D11 sur ostéoporose sévère. La fracture en question constituait un fait nouveau dont il devait être tenu compte. En annexe figuraient les pièces médicales suivantes :

- Un rapport du 29 janvier 2021 du Dr X. _____, selon lequel la recourante présentait une fracture de D11 de type A1 selon la classification AO avec perte de hauteur de 15 % sans notion de traumatisme dans le contexte d'une ostéoporose sévère.
- Un rapport de radiographie de la colonne dorsale et lombaire du 29 novembre 2021, dans lequel le Dr M. _____, spécialiste en radiologie, a relevé un nouveau tassement cunéiforme D11 de grade Genant 1 (perte de la hauteur du mur antérieur de 15 %) et une stabilité du reste du bilan radiographique par rapport au contrôle du 1^{er} mars 2021.
- Un rapport du 8 décembre 2021 de la Dre R. _____, spécialiste en rhumatologie, qui a noté une ostéoporose au niveau de la colonne lombaire et du fémur proximal, un état dégradé de la texture osseuse au niveau de la colonne lombaire et une suspicion de fracture du plateau supérieur de L3.

Par décision du 4 avril 2022, l'assistance judiciaire a été octroyée à la recourante, comprenant l'exonération d'avances et de frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Armand Hichri.

Dans sa réponse du 12 mai 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours, en relevant que l'aggravation de l'état de santé évoquée par la recourante ne pouvait avoir d'incidence sur la décision rendue le 19 janvier 2022.

Par réplique du 30 août 2022, la recourante a modifié ses conclusions, demandant principalement l'annulation de la décision et le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, et subsidiairement l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} novembre 2019. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire portant sur les plans rhumatologique et psychiatrique. Elle a joint à son écriture un rapport du 25 juillet 2022 de la Dre D._____, ainsi qu'un rapport du 29 juillet 2022 de la Dre L._____, dont elle se prévalait. Elle a plaidé à nouveau qu'à lecture de ces documents, on pouvait conclure que l'aggravation de son état de santé du point de vue somatique était intervenue après l'expertise et avant la décision attaquée. Sur le plan psychiatrique, elle s'est référée à l'avis de la Dre L._____, qui expliquait pourquoi la position de l'expert ne pouvait pas être suivie. Les deux médecins avaient en outre fait état de plusieurs erreurs factuelles et médicales contenues dans le rapport d'expertise – communiquées par courriels (non produits) au conseil de la recourante –, qui n'étaient pas de simples erreurs de plume, vu leur nombre et leurs implications.

Dans sa duplique du 21 septembre 2022, l'intimé a proposé à nouveau le rejet du recours en se référant à un avis du Dr Z._____ du SMR du 16 septembre 2022, joint à son écriture, qui concluait comme suit :

Notre assuré a présenté un nouveau tassement [D]11, sans atteinte du mur postérieure, le 29/11/2021, en lien avec son ostéoporose sévère connue. Le neurochirurgien n'a pas retenu d'indication chirurgicale et a proposé un corset pendant 2 mois. L'expert a bien pris en compte dans la détermination des [limitations fonctionnelles] la présence de cette ostéoporose sévère. Ce tassement ne modifie pas durablement les limitations fonctionnelles déjà retenues et la période d'[incapacité de travail] afférente (dans une activité adaptée) ne peut être que de quelques semaines (environ 2 mois, comme indiqué par le neurochirurgien Dr X. _____) pour permettre la consolidation, donc non modifier durablement ».

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) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant 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 des prestations de l'assurance-invalidité.

b) 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 antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'occurrence, l'intimé a retenu, dans la décision attaquée, que le délai de carence d'une année avait débuté au mois d'août 2016. Compte tenu par ailleurs de la date du dépôt de la demande de prestation, en mai 2019, le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité pouvait prendre naissance au plus tôt au mois de novembre 2019. L'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, s'applique dès lors au cas d'espèce.

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) 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) 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 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).

d) 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).

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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

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. a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de serveuse. Se pose toutefois la question de savoir si elle conserve une capacité de travail

dans une activité adaptée, ce qu'elle réfute, et dans cette éventualité, de quelle étendue.

b) Sur le plan somatique, la recourante soutient pour l'essentiel que l'instruction devrait être complétée, du fait de la survenance d'une fracture de tassement de la vertèbre D11 sur ostéoporose sévère entre l'expertise de J._____ et la décision attaquée.

Or l'ostéoporose sévère de la recourante est connue. Elle a été prise en compte par les experts, qui ont retenu ce diagnostic, parmi d'autres. L'expert en médecine physique et réadaptation a relevé que l'ostéoporose était connue depuis cinq ans mais que la recourante n'avait pas accepté de traitement avant novembre 2020, époque où l'ostéodensitométrie avait montré une ostéoporose sévère (ch. 3 de l'expertise de médecine physique et réadaptation). Cela étant, les experts ont déterminé que les plaintes douloureuses de la recourante relevaient de la médecine physique et réadaptation et que la fatigue dont elle faisait état n'était pas objectivable (cf. ch. 6, p. 21 de l'expertise de médecine interne générale). Ainsi, les limitations fonctionnelles d'ordre somatique ont été déterminées par le Dr F._____, qui a noté de manière détaillée les douleurs décrites par la recourante, en particulier des céphalées et cervicalgies avec faiblesse dans le bras droit depuis 2016, des douleurs des mains dès 2018, des tendinites au niveau des coudes depuis deux ans, des difficultés à la marche en relation avec des douleurs des faces latérales des hanches apparues en novembre 2020, des douleurs de la face antérieures de la cuisse droite apparues en janvier 2021. L'expert a par ailleurs interrogé l'intéressée de manière ciblée et noté qu'elle déclarait pouvoir faire toutes les activités quotidiennes mais que celles-ci déclenchaient des douleurs, notamment passer l'aspirateur ou la serpillère. Il a pris note du déroulement de sa journée type, de l'organisation de ses loisirs, de ses besoins d'aide et de ses moyens de transport (ch. 3 de l'expertise de médecine physique et réadaptation), puis a procédé à son examen (ch. 4 de l'expertise de médecine physique et réadaptation). Il a constaté que l'ostéodensitométrie effectuée en novembre 2020 montrait un risque de fracture ostéoporotique de 21 % et

de hanche à 7,1 %. Sur la base de l'ensemble des renseignements récoltés, l'expert a déterminé des limitations fonctionnelles concernant en particulier l'épargne au niveau du rachis cervical.

Les nouvelles pièces médicales produites par la recourante font certes état d'une fracture tassement de vertèbre. Toutefois, comme l'a relevé le Dr Z. _____ du SMR dans son avis du 16 septembre 2022, les limitations fonctionnelles déjà retenues et la période d'incapacité de travail afférente n'ont pas été durablement impactés. Il n'y avait pas d'indication chirurgicale et le port d'un corset pendant deux mois a été proposé. Dans son rapport du 25 juillet 2022, la Dre D. _____ a principalement relayé l'ensemble des plaintes douloureuses de sa patiente déjà prises en compte par l'expert, de sorte que ses conclusions à cet égard relèvent d'une appréciation différente d'un même état de fait. S'agissant plus particulièrement de la nouvelle fracture tassement, la médecin généraliste traitante n'a pas déterminé de limitation fonctionnelle durable supplémentaire qui en découlerait. Par ailleurs, le fait que la fracture peinerait à se consolider relève de l'évolution postérieure à la décision litigieuse, qui ne peut être prise en compte dans le présent examen mais doit faire, cas échéant, l'objet d'une nouvelle demande.

Pour le surplus, la recourante a relayé certaines critiques qui auraient été émises par la Dre D. _____ sur le rapport d'évaluation consensuelle. La première concernait la retranscription erronée du nom de la Dre K. _____. Cependant, dans la mesure où le contenu du rapport de cette médecin a été correctement résumé, il s'agissait d'une simple erreur de plume. Du reste, cette erreur se trouve dans la retranscription de l'avis SMR du 6 janvier 2021 et le nom de cette médecin a été écrit correctement lorsque les experts ont cité directement son rapport (cf. ch. 4.1 de l'évaluation consensuelle ; ch. 2 de chaque expertise spécialisée ; ch. 7 de l'expertise de médecine physique et réadaptation). Le grief suivant concernait la retranscription du même avis SMR. Selon les pièces du dossier de l'intimé, c'est bien au Dr T. _____ que la demande de rapport a été adressée le 7 octobre 2020 et le résumé du SMR omettait uniquement de préciser que la réponse avait été donnée par la

Dre D._____ dans un rapport enregistré le 23 octobre 2020 dans le dossier de l'OAI (doc. n° 35, pp. 168 s. et 170 s. du dossier de l'OAI). Les experts ont, pour leur part, relevé que le rapport du 23 octobre 2020 a été établi par la Dre D._____ (cf. ch. 2 de chaque expertise spécialisée). Les mentions de l'amendement des cervico-brachialgies et de l'absence d'incapacité de travail en lien avec l'ostéoporose provenaient également de l'avis SMR, retranscrit in extenso par les experts en tant qu'il donnait le motif et décrivait les circonstances de la demande d'expertise. Les experts ont toutefois bien noté que les cervico-brachialgies avaient persisté après l'opération, notamment au ch. 4.1 de l'évaluation consensuelle (p. 6 de l'évaluation consensuelle). Pour le surplus, la remarque de la Dre D._____ face à l'affirmation du SMR selon laquelle l'ostéoporose ne constituait pas en soi une atteinte incapacitante, ne peut que confirmer cette appréciation puisqu'elle a écrit que l'ostéoporose « est devenue » incapacitante depuis qu'il y a eu une fracture de la vertèbre dorsale.

Quant à la critique de la Dre D._____ relative au paragraphe débutant par « Sur le plan médical » (ch. 4.1, p. 11 de l'évaluation consensuelle), elle paraît biaisée. Les experts ont mentionné que l'assurée ne pouvait prendre d'anti-inflammatoires en raison de troubles gastriques, mais n'ont pas indiqué qu'elle ne prenait aucune médication antidouleur. Les traitements médicamenteux ont été détaillés dans les expertises spécialisées à l'occasion des entretiens approfondis avec l'expertisée, complétés avec des renseignements pris le 22 avril 2021 auprès du secrétariat de la Dre D._____. Le Co-Dafalgan et le Tramadol n'y figurent pas, mais l'expertisée a indiqué prendre en moyenne 3 comprimés par jour de Dafalgan 1g (ch. 3.2, p. 15 de l'expertise de médecine physique et réadaptation ; ch. 3.2, p. 16 de l'expertise de médecine interne générale). Elle a en outre précisé au Dr H._____ qu'elle ne supportait pas le Tramal (ch. 6, p. 20 de l'expertise de médecine interne). Il n'en demeure pas moins que l'expert F._____ n'a pas noté d'incohérence entre les symptômes décrits et l'observation médicale (ch. 7.3 de son expertise). Une éventuelle erreur dans la retranscription de la médication n'a donc pas eu d'incidence sur le résultat de cette expertise. Enfin, la mention d'une perfusion d'Aclasta en mars 2021 figurait, d'une part, sur le rapport

de consultation du 21 janvier 2021 du Dr Q._____, médecin assistant au Service [...] du V._____, et la convocation du même service pour un traitement par Aclasta fixé le 5 mars 2021, que les experts se sont procurés en vue de leur expertise auprès du secrétariat de la Dre D._____. (pp. 300 et 321 du dossier OAI), ainsi que, d'autre part, sur les renseignements pris le 22 avril 2021 auprès du secrétariat de la Dre D._____ et l'entretien approfondi avec l'expertisée (ch. 3.2, p. 12 de l'expertise de médecine physique et réadaptation ; ch. 3.2, p. 16 de l'expertise de médecine interne générale). Ainsi, la mention de ce traitement reposait sur des éléments objectifs, non sur une éventuelle confusion de la part des experts. Au surplus, il faut relever que le Dr F._____ a validé le traitement résultant des informations recueillies pour l'expertise (ch. 7.2), mais n'a pas fait reposer son évaluation de la capacité de travail sur les bénéfices attendus d'injections d'Aclasta. Par conséquent, la question de savoir si l'injection a réellement eu lieu ou non n'a pas eu de conséquences sur le résultat de l'expertise.

Ainsi, les remarques de la Dre D._____ ne permettent pas d'enlever toute valeur probante aux conclusions des experts somaticiens, lesquelles remplissent par ailleurs tous les réquisits posés par la jurisprudence en la matière. En effet, ces experts se sont fondés non seulement sur le dossier fourni par l'intimé, mais également sur des pièces médicales complémentaires qu'ils ont sollicitées auprès du secrétariat de la Dre D._____, ainsi que sur des analyses et imageries réalisées en cours d'expertise, pour avoir une parfaite compréhension de la situation. Ils ont tenu compte des plaintes de la recourante, leurs conclusions sont claires, étayées et reposent sur des constatations objectives. Quant à la durée de l'incapacité de travail totale dans une activité adaptée, les experts somaticiens ont expliqué les motifs pour lesquels ils n'ont retenu que des périodes limitées dans le temps, à savoir le temps de récupération des interventions gynécologique en 2005, pulmonaire en 2018, ainsi qu'en lien avec la problématique cervicale qui a motivé l'intervention du 27 février 2019. La période d'incapacité de travail retenue par le Dr F._____ pour cette dernière problématique couvre le moment où le diagnostic de névralgie cervico-brachiale C6-C7 droit a été

posé (août 2018) jusqu'au constat par le neurochirurgien de la disparition de la névralgie et de la préservation des mobilités actives et passives malgré la persistance de cervicalgies (juin 2019). Sur ce point, la recourante n'a mentionné aucun élément d'ordre médical susceptible de contredire cette appréciation. Rien ne permet dès lors de s'écarter des conclusions des expertises somatiques, qui jouissent d'une pleine valeur probante, étant au surplus précisé que la dernière période d'incapacité de travail dans toute activité a pris fin plusieurs mois avant la date à laquelle le droit à la rente pouvait prendre naissance.

c) Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre a également procédé sur la base du dossier de l'OAI, complété par les rapports médicaux, analyses sanguines et imageries médicales déjà mentionnés (supra let. b).

La Dre L. _____ a émis diverses critiques à l'égard de cette expertise. Elle a reproché en particulier le fait que la présence du père dans la vie de la recourante était surestimée et celle de sa mère sous-estimée, tandis que de graves carences affectives dans l'enfance n'auraient pas été prises en compte. Il convient à cet égard de relever que la recourante a été invitée par l'expert à s'exprimer librement, puis dans le cadre d'un entretien approfondi portant notamment sur l'enfance et les relations familiales. L'assurée a indiqué que ses parents avaient divorcé lorsqu'elle était jeune enfant, que son père était absent et sa mère distante, mais qu'elle n'avait « manqué de rien », qu'elle ne voyait son père qu'une fois par an parce qu'il vivait en [...], tandis que le reste de sa famille vivait en [...], sa mère étant en [...] et son frère à [...]. Ses dernières vacances, en 2020, s'étaient passées chez sa mère où elle s'était rendue en faisant étape chez son frère. Elle n'a pas relaté de problème relationnel particulier avec sa mère, qui vit relativement loin, ni de carence affective dans l'enfance. De tels éléments n'ont pas été mentionnés par la Dre L. _____ dans son rapport du 11 septembre 2019, qui comprenait pourtant une anamnèse détaillée, ni dans celui du 15 décembre 2020. Il ne saurait dès lors être reproché à l'expert de ne pas avoir tenu compte d'éléments qui ne ressortent ni du dossier ni des

déclarations de la recourante au cours de l'examen. Quant aux consommations de cannabis, d'alcool et de cigarettes, la remarque de la psychiatre traitante est difficile à appréhender. L'expert a noté les déclarations de l'expertisée évoquant une consommation d'alcool et de cannabis problématique à une époque de sa vie, mais en a conclu qu'il n'y avait pas de notion de dépendance véritable puisqu'il n'y en avait plus depuis de nombreuses années. La consommation de cigarettes, toujours présente, a également été mentionnée, mais l'expert psychiatre n'a pas relevé qu'elle entraînait des difficultés sur le plan psychique et les rapports des psychothérapeutes traitantes ne font pas état de telles problématiques. La consommation de cigarettes figure également dans les expertises somatiques puisqu'il s'agit d'un facteur de risque de maladies somatiques. On ne distingue ainsi pas en quoi l'expertise psychiatrique comporterait une mauvaise évaluation des consommations d'alcool, de cannabis ou de cigarettes.

Les autres remarques de la Dre L. _____ concernaient le diagnostic et l'appréciation de la capacité de travail. Pour poser le diagnostic, l'expert psychiatre a procédé à un examen complet en suivant un schéma structuré. Il a ensuite posé son diagnostic de manière étayée, en s'appuyant sur l'anamnèse et les observations faites au cours de l'entretien. La psychiatre traitante n'a pas signalé de carences à ce niveau et a posé les mêmes diagnostics. La divergence réside dans le fait que, pour la Dre L. _____, le trouble dépressif récurrent n'était pas en rémission, émettant l'hypothèse que l'expert avait rencontré la recourante « dans un de ses rares bons jours », alors que l'humeur anxio-dépressive était importante de façon continue et qu'elle présentait le plus souvent une importante détresse psychologique, avec une péjoration au fil des dernières années. Elle a noté que sa patiente souffrait d'une importante anhédonie, d'asthénie, de clinophilie, se réfugiant dans le sommeil diurne, et d'insomnies nocturnes dues aux douleurs somatiques. Il convient cependant de relever que la recourante a été invitée par l'expert psychiatre à exposer sa situation de la manière la plus précise possible, d'abord librement puis de manière ciblée. La description du déroulement de la journée type relatée dans l'expertise psychiatrique correspond à

celle décrite par la Dre L. _____ dans son rapport du 15 décembre 2020, où il est évoqué une patiente qui se lève tôt en raison de ses douleurs mais se repose une ou deux heures dans l'après-midi, qui fait des exercices d'étirement pour soulager ses douleurs et va promener son chien trois fois par jour, qui effectue diverses tâches ménagères et prépare les repas pour elle-même et sa fille, qui gère entièrement les affaires et le traitement de sa fille. La Dre L. _____ évoquait des « mauvaises journées » en raison de douleurs intenses, dont elle estimait la fréquence à trois à quatre fois par mois. Le rapport du 29 juillet 2022 dresse donc un tableau très différent sans toutefois donner d'élément permettant d'objectiver une telle péjoration par rapport à la situation décrite précédemment. Par ailleurs, l'hypothèse selon laquelle l'expertise psychiatrique aurait eu lieu sur un « rare » bon jour ne paraît pas plausible du fait de la convergence des constats de l'expert, d'une part, avec la description donnée par la Dre L. _____ en décembre 2020 et, d'autre part, avec les observations faites par les autres experts, qui ont rencontré la recourante à des jours différents et n'ont pas observé de comportement algique, de signes de fatigue ou de tristesse, ni de baisse de l'attention. Il faut donc constater que les psychothérapeutes traitantes ont émis une appréciation divergente d'un même état de fait. Or la motivation du diagnostic donnée par l'expert psychiatre est convaincante, étant relevé qu'il a retenu que le trouble dépressif récurrent était actuellement en rémission grâce à un traitement efficace.

Pour apprécier la capacité de travail, l'expert psychiatre a examiné les différents indicateurs fixés par la jurisprudence, dont en particulier les ressources et difficultés de la recourante. Il a relevé que l'intéressée assumait son rôle de proche-aidante, disposait de ressources personnelles et était autonome dans la gestion de ses activités quotidiennes. Contrairement à ce qu'a soutenu la Dre L. _____ dans son rapport du 29 juillet 2022, l'expert a confirmé l'existence d'un trouble de la personnalité et en a tenu compte. Il a cependant observé que ce trouble était bien stabilisé depuis plusieurs années et paucisymptomatique, argumentation que la Dre L. _____ n'a pas réellement contredite. En effet, si elle a évoqué l'anxiété ressentie par la recourante à l'approche de

l'expertise, elle a également admis que cette problématique avait pu être travaillée au cours des entretiens thérapeutiques et n'a pas fait part de la survenue d'une décompensation ou d'une crise. Enfin, les autres critiques émises par la Dre L._____ relevaient de la charge de proche-aidante assumée par la recourante à l'égard de sa fille adulte. Sans vouloir minimiser la tâche et les difficultés découlant de cette situation, il faut garder en mémoire le fait que, selon la jurisprudence, dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté et que, d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). Tel est le cas de la charge de proche-aidant, qui montre que la recourante dispose de ressources personnelles, mais dont l'impact sur la capacité de travail doit être écarté dès lors qu'il n'est pas intrinsèquement lié à l'état de santé de la recourante, ce que l'expert a du reste explicité dans le complément du 17 août 2021. Les psychothérapeutes n'ayant pas dissocié cette problématique, leur appréciation de la capacité de travail ne peut être suivie et n'est donc pas de nature à remettre en cause les conclusions claires de l'expert psychiatre.

d) En définitive, il apparaît que l'expertise pluridisciplinaire du J._____ jouit d'une pleine valeur probante. C'est dès lors à juste titre que l'intimé en a suivi les conclusions pour déterminer la capacité de travail de la recourante.

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

Dans la mesure où la recourante n'a plus exercé d'activité lucrative depuis 2009, les données salariales du dernier emploi ne sont plus exploitables (cf. notamment TF 9C_267/2012 du 26 novembre 2012 consid. 3.2 ; 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad

art. 16). Il se justifiait ainsi de recourir au même chiffre de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tableau TA1_skill_level, niveau de qualification 1, pour les deux termes de la comparaison. Par ailleurs, compte tenu des éléments du dossier, l'abattement de 10 % opéré par l'intimé sur le revenu avec invalidité pour tenir compte des limitations fonctionnelles peut être validé.

Cela étant, il convient de relever que l'intimé aurait dû utiliser l'ESS 2018, ajusté à la durée moyenne du travail en Suisse et indexé à 2019, dès lors que la situation devait être examinée au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (cf. ATF 134 V 322 consid. 4.2 ; 129 V 222), soit novembre 2019. Il n'en demeure pas moins que le calcul aurait abouti au même résultat qu'avec l'ESS 2016 adapté à 2017, vu le parallélisme des revenus avec et sans invalidité. Se confondant avec l'abattement sur le revenu d'invalidité, le degré d'invalidité s'élève à 10 %, ce qui est insuffisant pour ouvrir un droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

7. A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire.

Comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une telle expertise. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, 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. 1^{bis} 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.

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).

c) 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 Karim Armand Hichri peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 2'239 fr. 10, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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 (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 19 janvier 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité de Me Karim Armand Hichri, conseil d'office de P._____, est arrêtée à 2'239 fr. 10 (deux mille deux cent trente-neuf francs et dix centimes), débours et TVA compris.
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office provisoirement 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 Karim Armand Hichri (pour P._____),
- 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 :