

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 avril 2022

Composition : M. PIGUET, président
MM. Neu et Métral, juges
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourante, représentée par Me Elodie Vilardo, avocate à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 28 al. 1 et 2 LAI ; 16 LPGA.

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a exercé l'activité d'ouvrière dans l'industrie jusqu'au mois d'août 2000, date à partir de laquelle elle a été en incapacité totale de travail pour cause de maladie.

Par décision du 19 août 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %, pour une période limitée s'étendant du 1^{er} juillet 2001 au 31 mars 2004.

A compter du 1^{er} juillet 2012, l'assurée a été mise au bénéfice d'une curatelle. Elle a été prise en charge à compter du 1^{er} décembre 2012 par la Fondation X. _____, une structure d'accueil lui ayant mis à disposition un appartement supervisé, ainsi qu'une équipe d'accompagnement socio-éducative.

B. Le 7 novembre 2013, l'assurée, représentée par l'Office des curatelles et tutelles professionnelles, a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, faisant état d'une cirrhose, d'une hépatite B, d'alcoolisme et de plusieurs tentatives de suicide.

Par rapport du 23 novembre 2013, la Dre S. _____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué que l'assurée avait bénéficié d'une prise en charge hospitalière en date du 25 juillet 2013 en raison d'une décompensation hépatique avec de l'ascite. Ce médecin diagnostiquait une hépatite sur consommation alcoolique et une hépatite C active, lesquelles avaient vraisemblablement favorisé un état de dénutrition sévère chez sa patiente. Elle a estimé que, depuis le 25 juillet 2013, l'incapacité de travail était « d'en tout cas 60 % », soulignant que le pronostic allait dépendre du reconditionnement nutritionnel et de l'abstinence de consommation d'alcool, ainsi que de la possible introduction d'un traitement antiviral.

Par rapport du 14 janvier 2014, la Dre W._____, médecin assistante auprès du Centre J._____, (ci-après : le Centre J._____), a posé les diagnostics d'hépatite C active génotype 1a et hépatite B ancienne, de cirrhose child A sur hépatite C active (status post décompensation ascitique survenue au mois de juillet 2013 et OGD [œsophago-gastro-duodéno-scopie] du 2 août 2013, laquelle avait montré une absence de varices œsophagiennes et gastropathie d'hypertension portale), d'éthylisme chronique (actuellement sevré), de dénutrition sévère, de nodule pulmonaire de la base gauche et d'état anxio-dépressif avec status post quatre tentamens médicamenteux.

Dans un rapport du 16 octobre 2014, la Dre A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, un état de stress post-traumatique, des troubles mixtes de la personnalité (traits borderline et passifs-agressifs) et un syndrome de dépendance à l'alcool (utilisation continue). Elle a considéré que sa patiente était peu capable d'assumer les activités de la vie quotidienne et incapable d'exercer une activité professionnelle, même à un taux réduit. A cet égard, elle a notamment précisé que l'assurée ne parvenait pas à être régulière en termes de présence, que cela soit pour son activité en atelier auprès de la Fondation X._____ ou pour les entretiens psychothérapeutiques. Il était dès lors actuellement inenvisageable d'imaginer toute activité, même adaptée.

Par décision du 15 décembre 2015, l'OAI a nié le droit à une rente d'invalidité à l'assurée, sur la base d'un avis du 11 mai 2015 du Dr L._____, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR), lequel indiquait que la capacité de travail exigible demeurait inchangée depuis la décision du 19 août 2005.

Statuant par arrêt du 22 mars 2017 (AI 21/16 - 88/2017) sur le recours interjeté le 27 janvier 2016 par l'assurée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud a admis le recours et annulé la décision du 15 décembre 2015 de l'OAI, la cause lui étant

renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a retenu qu'en l'absence d'appréciation médicale exhaustive qui permettrait de se prononcer en connaissance de cause, l'instruction avait lieu d'être complétée par le biais d'un examen ou d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer si les limitations fonctionnelles physiques et psychiques présentées par l'assurée entraînaient objectivement une incapacité de travail à l'aune de la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral en matière de dépendance.

C. L'OAI a repris l'instruction de la cause et, dans ce cadre, a recueilli le rapport du 26 mars 2018 des Drs Z._____, spécialiste en médecine interne générale, et G._____, respectivement médecin-chef et médecin-assistant auprès des Etablissements Y._____. (ci-après : les Etablissements Y._____.) Ceux-ci ont indiqué que l'assurée avait séjourné du 2 au 9 mars 2018 dans leur hôpital en raison d'une décompensation ascitique sur une cirrhose de stade Child-Pugh hépatique d'origine mixte alcoolique et une hépatite C chronique de génotype 1a. Ils ont également posé le diagnostic de dénutrition protéino-calorique sévère avec une perte de 20 % du poids (actuellement de 44 kg) et un score NRS (Nutritional Risk Screening) de 4.

Par rapport du 18 septembre 2018, les Drs I._____, spécialiste en infectiologie, Q._____, spécialiste en médecine interne générale, et AA._____, médecin, ont fait état d'une nouvelle hospitalisation de l'assurée auprès des Etablissements Y._____ entre le 25 et le 30 août 2018 pour décompensation ascitique sur mal compliance médicamenteuse (arrêt du traitement diurétique) d'une cirrhose Child B9 d'origine éthylique sur hépatite C, cette dernière atteinte étant actuellement non traitable, compte tenu de la continuation de la consommation d'alcool.

En parallèle, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire

avec volets psychiatrique, de médecine interne, neurologique et gastroentérologique / hépatologique.

Dans un rapport d'expertise du 10 octobre 2018, le Dr R._____, spécialiste en gastroentérologie, a notamment diagnostiqué une cirrhose hépatique Child B (dès 2013, sur étiologie mixte virale C et alcoolique, décompensations ascitiques en 2013 et 2018, ainsi qu'hypertension portale avec varices œsophagiennes de grade I en 2018), une hépatite chronique C active non traitée (depuis 2013), une dénutrition sévère (dès 2013, avec un NRS à 4 et un BMI [indice de masse corporelle] actuel de 16,3 kg / m² [soit 39 kg pour 155 cm]), un syndrome de dépendance alcoolique et consommation alcoolique non sevrée actuellement (pris en charge depuis 2000) et un tabagisme. D'un point de vue hépatologique, cet expert a retenu que la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici (si on se référait aux activités lucratives des années 1990) était nulle, alors qu'elle était de 50 % dans une activité adaptée à compter de 2012.

Par rapport d'expertise du 7 mars 2019, les Drs V._____, spécialiste en médecine interne générale, M._____, spécialiste en neurologie, et B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecins auprès du F._____, ont notamment diagnostiqué, sur le plan de la médecine interne, une cirrhose d'origine mixte alcoolique et sur hépatite C chronique, une insuffisance protéino-énergétique (avec BMI à 18,1 kg / m²) et des varices œsophagiennes de stade I. Sur le plan neurologique, ils ont retenu le diagnostic de discrète atteinte polyneuropathique sensitive et cérébelleuse vermienne. Sur le plan psychiatrique, ils ont posé les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue, et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue. Les experts ont consensuellement conclu que la capacité de travail actuelle était réalistement de 50 % dans une « activité simple, sédentaire, légère et encadrée qui tenait compte du niveau de formation » de l'expertisée, après un réentrainement au travail.

Les experts ont précisé que, sur le plan de la médecine interne, l'asthénie liée à la cirrhose et à l'hypotrophie était responsable d'une baisse d'endurance, d'une intolérance aux efforts et au port de charge. Sur le plan neurologique, les limitations fonctionnelles consistaient à éviter les engagements physiques particulièrement lourds, le port régulier de charges de plus de 10-15 kg, les déplacements importants à pied, la montée / descente régulière d'escaliers et d'échelles, ainsi que l'exposition régulière à l'alcool. Sur le plan psychique, les experts ont considéré que le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité avait une incidence sur les capacités fonctionnelles de l'assurée.

Par projet de décision du 4 mai 2020, l'OAI a informé l'assurée qu'elle entendait lui octroyer une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2014.

Par décision du 14 janvier 2021, l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2021 à l'assurée, précisant qu'une décision pour la période du 1^{er} mai 2014 au 31 janvier 2021 allait lui être notifiée ultérieurement.

D. a) Par acte du 10 février 2021, N._____, agissant par l'intermédiaire de sa curatrice, D._____, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 14 janvier 2021, concluant implicitement en sa réforme dans le sens qu'une rente d'invalidité entière lui soit octroyée.

b) Dans sa réponse du 5 mai 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours, se prévalant de la valeur probante du rapport d'expertise du 7 mars 2019.

c) Répliquant le 24 janvier 2022, N._____, désormais représentée par Me Elodie Vilardo, avocate à Yverdon-les-Bains, a précisé ses conclusions du 10 février 2021, concluant, à titre principal, à la réforme de la décision entreprise, dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière, et, à titre subsidiaire, à son annulation avec renvoi à

l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, elle a allégué être en complète incapacité de travail, compte tenu de son état de santé global (somatique et psychiatrique), lequel s'était sensiblement aggravé depuis l'été 2019, et a remis en question les conclusions de l'expertise du 7 mars 2019. Elle a encore fait valoir que, dans la mesure où l'OAI n'avait jamais évalué sa capacité de reclassement ou de réadaptation dans une activité adaptée, il ne pouvait retenir qu'elle présentait un taux d'invalidité de 50 %. Enfin, elle a relevé qu'au vu de la conjoncture actuelle du marché, il était inenvisageable qu'un employeur accepte de l'engager. A l'appui de ses allégations, elle a produit de nouvelles pièces, soit :

- un rapport du 24 novembre 2021 de la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, laquelle diagnostiquait un trouble mental sans précision, dû à une lésion ou un dysfonctionnement cérébral ou à une affection physique ;

- un rapport du 13 décembre 2021 de T._____, infirmière référente auprès de U._____ ;

- un rapport du 17 janvier 2022 de la Dre P._____, spécialiste en médecine interne générale, laquelle posait un diagnostic d'épilepsie post-traumatique à la suite d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC) survenu au mois de juin 2021 (avec hématome sous dural en regard du faux cerveau à droite et foyer d'hémorragie sous-arachnoïdienne).

d) Dans sa duplique du 16 février 2022, l'OAI a confirmé ses conclusions du 5 mai 2021. Il a fait valoir que l'aggravation de l'état de santé survenue en juin 2021 ne pouvait être examinée dans le cadre de la procédure de recours, tout en invitant N._____ à déposer une demande de révision du droit aux prestations en cours, une fois la cause définitivement tranchée par la Cour de céans.

E n d r o i t :

1. a) La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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 de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement le taux d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} 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 (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).

b) 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.

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). 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.

4. a) Pour pouvoir 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 LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

5. a) 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).

b) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans

activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. En l'occurrence, il y a lieu d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise établi à la demande de l'intimé.

a) Sur le plan formel, les experts ont tous individuellement rencontré la recourante, examens ayant fait l'objet de quatre rapports détaillés, puis confronté leurs conclusions au cours d'une conférence qui a fait l'objet d'un rapport de synthèse dans lequel ils ont consensuellement évalué l'état de santé, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante. De surcroît, les experts ont fondé leur appréciation sur le dossier médical de la recourante, lequel a été intégralement examiné, et ont procédé à une anamnèse familiale, personnelle et professionnelle, ainsi qu'à une analyse du contexte psychosocial dans lequel la recourante évoluait. Ils se sont encore renseignés sur ses habitudes, sa vie quotidienne, ses loisirs et son emploi du temps. Ils ont en particulier fait état de manière circonstanciée de ses plaintes et les ont prises en compte dans leur appréciation. Ainsi, le rapport d'expertise est complet et structuré.

b/aa) Sur le plan somatique, les conclusions des experts ne sont, à juste titre, pas contestées par les parties.

Les conclusions tiennent compte des spécificités médicales ayant eu une influence sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante, lesquelles ont également été unanimement relevées par les médecins traitants (cf. les rapports du 26 mars 2018 des Drs Z._____ et G._____ et du 18 septembre 2018 des Drs I._____, Q._____ et AA._____ ; voir également le rapport du 26 juin 2014 de la Dre S._____). Il s'agit de la dépendance à l'alcool (une abstinence complète n'ayant pas été atteinte), des difficultés en termes de compliance et de coopération (la recourante ne se présentant pas aux rendez-vous médicaux et arrêtant unilatéralement ses traitements), des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des thérapies (une prise en charge de l'hépatite C n'étant, par exemple, pas envisageable en raison de l'alcoolisme chronique non maîtrisée, de la cirrhose décompensée et des états de malnutrition de la recourante) et des états de dénutrition sévère (39 kg pour 155 cm [BMI de 16 kg / m²] le 3 septembre 2018 ; 43 kg [BMI à 18,1 kg / m²] le 24 janvier 2019).

bb) L'expert neurologue a retenu que les complications neurologiques liées à la consommation d'alcool étaient modérées, que l'examen clinique était globalement rassurant et que la discrète atteinte polyneuropathique sensitive à prédominance des membres inférieurs, ainsi que le syndrome cérébelleux vermien modéré bilatéral n'avaient pas de répercussion fonctionnelle significative dans une éventuelle activité professionnelle. Cette dernière devait toutefois être sédentaire et respecter certaines limitations fonctionnelles (pas d'engagement physique particulièrement lourd ; pas de port régulier de charges de plus de 10-15 kg ; pas de déplacements importants à pied ; pas de montée / descente régulière d'escaliers et d'échelles ; pas d'exposition régulière à l'alcool [serveuse]).

cc) Quant aux experts gastroentérologue et en médecine interne, leurs conclusions se rejoignent. Ils ont tous deux considéré que la

situation se péjorait du point de vue hépatique, que la dépendance alcoolique n'était pas contrôlée et que l'état de nutrition n'était pas stabilisé. Dès lors, la cirrhose d'origine mixte alcoolique et sur hépatite C chronique ainsi que la malnutrition protéino-énergétique affectaient la capacité de travail de la recourante. Du point de vue de la médecine interne, ces atteintes induisaient des limitations fonctionnelles, à savoir une asthénie responsable d'une baisse d'endurance, d'une intolérance aux efforts et au port de charge.

c) Sur le plan psychiatrique, l'appréciation du Dr B. _____ apparaît également convaincante.

aa) En premier lieu, le Dr B. _____ a posé ses diagnostics conformément aux règles de l'art.

En effet, il a pris en compte les explications de la recourante, laquelle lui a notamment indiqué avoir fait cinq tentatives de suicide, dont la dernière remontait à 2012 (étant précisé que les rapports portés au dossier font état de quatre tentatives, dont les deux dernières dataient de 2012 [cf. rapports du 14 janvier 2014 de la Dre W. _____ et du 16 octobre 2014 de la Dre A. _____]). La recourante a toutefois mentionné ne plus avoir d'idées suicidaires depuis 2013 environ. S'agissant de la consommation d'alcool, elle admettait ne pas parvenir à une totale abstinence et toujours boire durant les week-ends (le vendredi soir, le samedi soir et le dimanche à midi, en général un à deux verres à chaque fois). Elle décrivait également ne plus se sentir déprimée actuellement et avoir retrouvé une certaine joie de vivre, énergie et motivation. Elle mentionnait en revanche être souvent angoissée, tendue ou stressée.

L'expert a ensuite constaté qu'en ce qui concernait l'humeur, il n'y avait pas de tristesse visible, sauf lorsque la recourante évoquait les épisodes difficiles de sa vie. Il n'y avait pas de culpabilité pathologique exprimée, ni de ralentissement vocal, moteur ou idéique. La recourante était capable de sourire et il n'y avait pas de signe en faveur d'une

élévation pathologique de l'humeur, telles que de l'excitation, de l'euphorie déplacée ou de la tachypsychie. Il n'y avait également pas de signe d'anxiété majeure, de manifestation neurovégétative, d'émotion agressive ou colérique et d'idée délirante exprimée ; le rapport à la réalité n'était pas distordu.

Sur la base de ces éléments, l'expert a posé les diagnostics de troubles mixtes de la personnalité, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation du tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue, et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue. Il a pris un soin minutieux à les étayer et a confronté sa propre appréciation à celles des médecins traitants. Il a fait état d'un syndrome de dépendance à l'alcool existant depuis plus de 20 ans, largement documenté au dossier. Selon lui, cet habitus correspondait à une comorbidité du trouble mixte de la personnalité de la recourante, avec prédominance d'une composante anxieuse et dépendante avec une tendance aux ruminations soucieuses et une estime de soi particulièrement basse. Sur le plan de l'humeur, une thymie dépressive n'était pas / plus relevée, de sorte que si un diagnostic en ce sens avait pu être posé par le passé - en l'occurrence, celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, dans le rapport du 16 octobre 2014 de la Dre A. _____ -, il n'y avait actuellement pas de critères suffisants pour retenir un trouble dans ce domaine. En effet, au moment de l'examen psychiatrique du 22 janvier 2019, la recourante bénéficiait d'un suivi régulier, toutes les deux semaines, auprès de la Dre C. _____ et son état était stable depuis le dernier rapport du 16 octobre 2014 de la Dre A. _____, le trouble de la personnalité n'étant plus décompensé et la consommation alcoolique limitée, ce dont témoignent les experts somatiques et les résultats d'examens objectifs. En particulier, l'appréciation du Dr B. _____ est confirmée par le rapport du 24 novembre 2021 de la Dre C. _____, laquelle a indiqué avoir commencé à traiter la recourante dès le mois de février 2018 (à une fréquence de deux à trois fois par mois en 2018, d'un rendez-vous pour l'année 2019 et de deux rendez-vous en 2020, avant d'arrêter le suivi). Si cette psychiatre traitante a bien diagnostiqué un

trouble mental sans précision, dû à une lésion ou un dysfonctionnement cérébral ou à une affection physique, elle n'a toutefois aucunement fait état d'un trouble thymique ou dépressif. Elle a également précisé ne pas avoir constaté de rechute sur le plan psychiatrique durant son suivi. De surcroît, l'expert psychiatre a nié l'existence d'un état de stress post-traumatique, tel que diagnostiqué par la Dre A._____. Prenant en compte le parcours de vie difficile de la recourante, il a considéré que ces circonstances avaient touché et perturbé la recourante dans la construction de sa personnalité, ce qui a notamment justifié le diagnostic de trouble de la personnalité. Par ailleurs, l'expert a relevé l'absence de symptôme évocateur d'un état de stress post-traumatique.

Finalement, l'expert a exclu toute exagération ou majoration des symptômes.

bb) En second lieu, le Dr B._____ a procédé à une analyse des différents indicateurs, conformément à la jurisprudence.

Il a en particulier considéré que les traitements mis en œuvre étaient adéquats et conformes aux règles de l'art, tout en soulignant qu'il convenait de poursuivre la prise en charge psychiatrique et de tenter d'obtenir une abstinence totale. Il est également revenu sur les problèmes de compliance de la recourante, ainsi que sur sa personnalité, ses capacités de réadaptation, ses ressources et ses difficultés. A cet égard, il a souligné que les nouvelles relations de soutien trouvées, notamment dans le cadre de la Fondation X._____, stabilisaient la recourante, ce que cette dernière a d'ailleurs confirmé au cours de l'examen médical. Depuis 2012, elle évoluait en effet dans un milieu protégé, bénéficiant ainsi d'un encadrement, et était sous curatelle, ces éléments la déchargeant de nombreux stress. Par ailleurs, elle fonctionnait de manière indépendante, était capable d'assumer, à son rythme, son quotidien, avait retrouvé de la motivation, conservait des sources de plaisir dans l'existence et ne présentait pas d'atteinte touchant son fonctionnement cognitif, des troubles de la mémoire ou de la concentration significatifs n'ayant pas été observés. En revanche, elle conservait un contrôle partiel

de ses pulsions. De même, sa capacité à prendre des décisions et à s'adapter était limitée. Elle présentait également une limitation de l'endurance liée à l'asthénie.

Enfin, l'expert a évalué la cohérence et la plausibilité, faisant état d'une absence d'incohérence, la recourante ayant plutôt des problèmes de motivation, de banalisation de ses troubles et de déni. Ces éléments s'illustrent en effet singulièrement en relation avec sa dépendance à l'alcool et ses difficultés à parvenir à une totale abstinence, malgré des complications engendrées, entre autres, sur le plan somatique.

7. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, les experts l'ont consensuellement estimée à 50 %, après un réentraînement au travail.

a) Sur le plan somatique, les experts s'accordent sur une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, à tout le mois, depuis 2012.

A cet égard, l'expert neurologue a retenu que la capacité de travail actuelle de la recourante était de 50 % et qu'après un réentraînement au travail, elle serait de 100 %, sans diminution de rendement. Pour sa part, l'expert en gastroentérologie a estimé la capacité de travail à 50 % dès 2012, en raison des facteurs limitants que représentaient, d'une part, l'état général lié à l'activité cirrhotique, hépatique et virale et l'état de dénutrition sévère, d'autre part. Quant à l'expert en médecine interne, il a considéré que la capacité de travail était de 50 % depuis le mois de juillet 2013, soulignant que les décompensations ascitiques de 2013 et 2018 avaient nécessité des incapacités de travail complètes temporaires durant deux à trois semaines.

b) Sur le plan psychiatrique, il convient également de retenir que la capacité de travail dans une activité adaptée de la recourante est de 50 % à compter du 1^{er} décembre 2012.

L'expert psychiatre a en effet considéré que la capacité de travail actuelle de la recourante était de 50 %, sans diminution de rendement, dans une activité simple, encadrée et tenant compte de son niveau de formation. Il a ajouté que, même après un réentrainement au travail, celle-ci ne dépasserait pas les 50 %, au vu des limitations de la recourante, de ses capacités adaptatives et de sa fragilité. Il découle des explications de l'expert que cette capacité de travail de 50 % existe, à tout le moins, depuis la prise en charge de la recourante par la Fondation X._____, en date du 1^{er} décembre 2012, celui-ci soulignant la stabilisation de l'état de santé psychique de la recourante et l'absence de décompensation du trouble de la personnalité depuis plusieurs années. En effet, l'expert a relevé, en lien avec le trouble de la personnalité de la recourante, que dominait une forme de dépendance à autrui avec un besoin de réassurance dans ses relations interpersonnelles. Cela expliquait son « cramponnage » à certaines relations pathologiques, dans lesquelles celle-ci avait une position de soumission, comme cela avait notamment été le cas avec ses maris. La recourante a d'ailleurs exposé qu'un des motifs de sa souffrance était une relation difficile avec son fils aîné, avec lequel elle n'a actuellement plus de lien, ainsi qu'une relation conflictuelle avec son dernier époux (décrit comme étant possessif, jaloux et directif, voire dictatorial), ce qui a conduit à une séparation en 2011 et à un divorce en 2012. Or les relations de soutien retrouvées, à cette même période, dans le cadre de ladite fondation ont grandement servi à stabiliser la recourante. Est également notée la disparition des idées suicidaires de la recourante depuis 2013, selon ses explications, ainsi que l'absence de nouvelle tentative de suicide depuis la fin de l'année 2012. Cette prise en charge est d'ailleurs venue s'ajouter à l'instauration d'une curatelle dès le 1^{er} juillet 2012, autre élément ayant déchargé la recourante de facteurs de stress. Enfin, cette stabilisation s'illustre encore par le fait que, depuis son intégration au sein de ladite fondation, la recourante a été capable d'œuvrer en qualité d'aide de cuisine plusieurs heures par semaine.

c) Rien au dossier ne permet de retenir que la recourante ne serait pas objectivement en mesure, pour des motifs psychiques ou somatiques, d'exercer à temps partiel une activité adaptée.

Ainsi, la Dre P._____, dans son rapport du 17 janvier 2022, la Dre C._____, dans son rapport du 24 novembre 2021, et T._____, dans son attestation du 13 décembre 2021, n'évaluent pas la capacité de travail ou les limitations fonctionnelles de la recourante. Quant au rapport du 16 octobre 2014 de la Dre A._____, lequel fait état des diagnostics de trouble dépressif récurrent et d'état de stress post-traumatique, les experts ont motivé de manière convaincante les raisons pour lesquelles ces diagnostics ne devaient plus être retenus, ainsi que la stabilisation de l'état de santé psychique de la recourante depuis la fin de l'année 2012. Ledit rapport ne suffit dès lors pas à remettre en question les conclusions des experts.

Quant aux dernières pièces médicales produites par la recourante, en particulier le rapport du 17 janvier 2022 de la Dre P._____, lesquelles semblent attester d'une aggravation de son état de santé survenue au mois de juin 2021, il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Par conséquent, l'aggravation susmentionnée étant survenue postérieurement à la décision litigieuse du 14 janvier 2021, il reviendra à l'intimé d'examiner d'office si, en application de l'art. 17 al. 1 LPGA, le droit à la rente doit donner lieu à une révision. Pour ce faire, il y a lieu de transférer le dossier à l'office intimé et de l'inviter à examiner cette question.

d) Par conséquent, il convient de constater que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1^{er} décembre 2012. A cet égard, le fait que l'intimé a considéré que tel était le cas dès le 1^{er} août 2012 est sans

incidence sur le droit à la rente de la recourante, celle-ci ayant déposé sa demande de prestations en date du 7 novembre 2013.

e) Au demeurant, un stage d'observation, suivi d'un réentraînement progressif au travail n'avait pas à être préalablement mis en œuvre par l'intimé. Si les Drs M. _____ et B. _____ suggèrent ces mesures dans le rapport d'expertise, ils les justifient, sur le plan neurologique, par le fait que la recourante ne paraissait « pas très motivée » et, sur le plan psychiatrique, en raison de la durée de déshabituaiton et d'inactivité de la recourante. Lesdites mesures sont ainsi principalement motivées par l'éloignement du monde du travail de la recourante, soit un facteur étranger à l'assurance-invalidité, et non par les conséquences directes et inévitables de ses atteintes à la santé. Lesdites mesures ne relèvent ainsi pas de l'assurance-invalidité et l'intimé pouvait procéder immédiatement à l'évaluation du taux d'invalidité de la recourante en prenant en compte une capacité de travail résiduelle de 50 % (cf. TF 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2 et les références ; TF 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2 et 5.2.1).

A toutes fins utiles, il est relevé que l'intimé a examiné l'opportunité d'éventuelles mesures, considérant qu'au vu des éléments au dossier, du manque de prérequis et d'acquis scolaire, d'une capacité d'adaptation diminuée et d'une consommation d'alcool existant depuis plus de 20 ans et partiellement contrôlée, aucune mesure ne pouvait objectivement et subjectivement réduire le préjudice économique de la recourante (cf. rapport final du 21 mai 2019 du spécialiste en réinsertion de l'OAI).

8. La recourante fait encore valoir qu'au vu de la conjoncture actuelle, il paraissait douteux qu'un employeur accepte de l'engager, compte tenu de ses pathologies, de son absence de formation certifiée, de son âge et du fait qu'elle n'avait pas travaillé depuis 2000.

Elle perd toutefois de vue que lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa

capacité de gain résiduelle sur le marché du travail (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; 110 V 273 consid. 4b ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.1). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle.

Certes, il est vrai que, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail (ATF 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_188/2019 du 10 septembre 2019 consid. 7.2 ; TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1). En l'occurrence, cette jurisprudence n'est cependant pas applicable. En effet, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 146 V 16 consid. 7.1 ; 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_188/2019 précité consid. 7.2). Or, en l'espèce, l'expertise a été rendue le 7 mars

2019, soit alors que la recourante était âgée de 51 ans et se trouvait donc encore très éloignée de l'âge de la retraite. Son grief doit ainsi être rejeté.

9. Il y a finalement lieu de déterminer le taux d'invalidité de la recourante.

a/aa) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

bb) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; 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).

cc) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS

correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

dd) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

b) En l'occurrence, les revenus avec invalidité (53'793 fr.) et sans invalidité (26'896 fr. 50) fixés par l'intimé ne sont, à juste titre, pas contestés par les parties. Ils sont en effet fondés sur le salaire statistique de 4'300 fr. tiré de l'ESS (tableaux TA1_skill_level, tous secteurs confondus, niveau de compétence 1, femme), calculés sur 41.7 heures de travail hebdomadaire, pour l'année 2014, laquelle est déterminante pour l'ouverture du droit à la rente de la recourante.

En revanche, l'intimé n'a pas appliqué de taux d'abattement supplémentaire, considérant que la capacité de travail résiduelle de la recourante prenait déjà en compte ses limitations fonctionnelles. Cependant, au moment de la décision litigieuse, la recourante était déjà âgée de 53 ans. De plus, l'expert en réinsertion de l'OAI a souligné ses capacités d'adaptation limitées (cf. rapport du 21 mai 2019). Ces éléments justifient qu'un abattement de 10 % soit appliqué sur le revenu avec invalidité de la recourante, portant son taux invalidité à 55 %, ce qui ne lui permet toutefois pas d'obtenir autre chose qu'un droit à une demi-rente d'invalidité.

c) Sur le vu de ce qui précède, la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2014.

10. Le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise multidisciplinaire, telle que requise par la recourante (appréciation anticipée des preuves ; TF 8C_253/2020 du 12 novembre 2020 consid. 3.2 et les références citées).

11. a) En définitive, le recours doit être rejeté et, partant, la décision du 14 janvier 2021 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 400 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

d) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc

provisoirement supportés par l'Etat et Me Elodie Vilardo peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 1^{er} mars 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'612 fr. 25, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis du règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile [RAJ ; 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 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 [CPC ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 14 janvier 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.

- III.** Le dossier est transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il procède conformément aux considérants.

- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de N. _____ et provisoirement supportés par l'Etat.

- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

VI. L'indemnité d'office de Me Elodie Vilardo est fixée à 2'612 fr. 25 (deux mille six cent douze francs et vingt-cinq centimes), débours et TVA compris, et est provisoirement supportée par l'Etat.

VII. N._____ 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 d'office de Me Elodie Vilardo, mis provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Elodie Vilardo (pour 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 :