

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 janvier 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Dessaux et Berberat, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré,
av. à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 8 al. 1, 16, 17 al. 1, 29 LPGA ; 4 al. 1, 28 LAI

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée, mère de G._____, né le [...], titulaire d'un CFC d'employée de commerce obtenu en 1988, a travaillé pour divers employeurs dans les domaines de la vente, de l'immobilier ou de l'hôtellerie jusqu'en 2009.

Le 8 juillet 2016, par l'intermédiaire du Centre social régional de [...], elle a déposé une demande de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a ensuite déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 11 août 2016, dans laquelle elle a fait état des atteintes à la santé suivantes : « diabète, problème aux mains, dépression etc... », existant depuis 1992. Elle a précisé que son fils, âgé de 17 ans, allait commencer un apprentissage.

Un extrait du compte individuel de l'assurée a été versé au dossier le 28 septembre 2016.

Répondant le 6 octobre 2016 au questionnaire de l'OAI, la Dre W._____, spécialiste en chirurgie de la main, a indiqué qu'elle avait suivi l'assurée d'avril à juin 2016 pour des douleurs sur la face antérieure du médus droit et qu'elle avait procédé à l'opération du médus droit à ressort le 20 mai 2016. Elle n'avait pas délivré d'arrêt de travail car sa patiente en avait déjà un, étant précisé qu'un arrêt de travail de trois semaines était en général instauré après une telle intervention. Elle précisait que la même douleur avait débuté à gauche, mais qu'il n'y avait pas de ressort palpable. Elle ne déterminait aucune limitation fonctionnelle.

Dans un rapport du 14 octobre 2016, la Dre V._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, a posé le diagnostic de diabète de type 1. Cette atteinte nécessitait un suivi médical régulier en raison d'une valeur HbA1C au-delà de la cible voulue. Le pronostic était favorable en cas de contrôle du diabète optimal. Le traitement par insulinothérapie

était « primordial », le déséquilibre du diabète entraînant de la fatigue et des difficultés à s'exprimer. Il en découlait des limitations fonctionnelles au niveau des capacités de concentration, de compréhension et de résistance, restrictions qui pouvaient être améliorées avec l'optimisation du contrôle du diabète. La Dre V._____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assurée et attestait, dans un avis séparé, qu'une mesure du glucose en continu (Freestyle libre) et une mesure continue de la glycémie (CGM) seraient mises en place dès que possible.

Répondant le 9 novembre 2016 au questionnaire sur la détermination du statut, l'assurée a indiqué que, sans l'atteinte à la santé, elle travaillerait à « 80 ou 100 % » dans l'immobilier ou la restauration, par nécessité financière.

Dans un rapport du 10 novembre 2016, le Dr T._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif, de diabète insulino-dépendant de type I et de status post opération de la maladie de Dupuytren à la main droite et prochainement une nouvelle opération à la main gauche. Dans l'anamnèse, il a exposé que sa patiente avait présenté une fatigue associée à un état dépressif attribué à un traitement d'éradication de l'hépatite C suivi en 2002. Il renvoyait pour le surplus au rapport du psychiatre consulté par l'assurée.

Par communication du 18 juillet 2017, l'OAI a informé l'assurée que les mesures d'intervention précoce n'étaient pas indiquées et qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement.

Le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie, a établi un rapport le 15 septembre 2017, dans lequel il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles dépressifs récurrents (F33.9), de troubles de la personnalité émotionnellement labile (F60.3), de difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61) et d'antécédents familiaux de troubles mentaux et de troubles du comportement (Z81). Dans l'anamnèse, le

médecin a évoqué l'apparition d'un premier trouble dépressif et de troubles du comportement dans l'adolescence, dans un contexte familial violent et instable, entraînant des conduites à risques, dont la consommation régulière de cocaïne. Un suivi psychiatrique avait été mis en place de 2003 à 2004, en raison d'un nouvel épisode dépressif survenu à la suite d'un traitement contre l'hépatite C, avec un succès relatif. Puis l'assurée avait consulté le Dr L. _____ dès fin 2013, en raison d'une souffrance liée à sa vie et à une thymie très fluctuante. Le Dr L. _____ attestait d'une incapacité de travail de 100 % dans l'activité d'employée de commerce depuis août 2014, début de sa prise en charge. Il mentionnait les limitations fonctionnelles suivantes : difficultés relationnelles, hostilité ou agressivité, difficultés dans la gestion des émotions, difficulté d'organisation dans le temps, hypersensibilité au stress, apparition périodique de phases de décompensation. Durant les phases de décompensation du trouble de la personnalité ou durant les épisodes dépressifs, les limitations suivantes s'ajoutaient : apragmatisme, difficultés liées aux tâches administratives, difficultés d'autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne, difficultés dans les déplacements, difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne, difficultés dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement, ainsi que des capacités limitées de concentration/attention, de compréhension, mnésiques, d'organisation/planification et d'adaptation au changement. Il signalait encore l'existence d'autres troubles fonctionnels liés au diabète et concluait qu'aucune activité ne paraissait encore possible.

Saisi par l'OAI pour avis, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a adressé les questions supplémentaires suivantes au Dr L. _____ en juillet 2018 :

1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?
2. L'incapacité de travail indiquée dans votre précédent rapport est-elle principalement en lien avec le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile F60.3 ?

3. Sur le plan de l'humeur, quelle est l'intensité du trouble actuellement ?
4. Quelle est l'évolution du traitement depuis votre dernier rapport ?
5. Depuis votre dernier rapport, comment a évolué la consommation de psychotropes (cocaïne, alcool...) ?
6. Depuis 2013, votre anamnèse indique une relation de couple stable, que votre patiente peut s'étayer sur le traitement, de plus, vous indiquez en annexe qu'elle a développé une capacité d'introspection. Ces éléments ne témoignent-ils pas de ressources pouvant être mobilisées dans une activité lucrative à temps partiel ?
7. Maintenez-vous les mêmes limitations fonctionnelles que lors de votre dernier rapport ?
8. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ? (sur un taux de 100 %, même si le taux contractuel est inférieur)
9. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ? (sur un taux de 100 %, dans l'hypothèse d'une activité exercée à plein temps)
10. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?
11. Autres remarques

Le Dr L. _____ a répondu comme suit le 27 août 2018 :

« Question 1 :

Depuis mon dernier rapport, l'état de santé de Madame Z. _____ est superposable à celui décrit dans ledit rapport, le fonctionnement étant marqué par les conséquences de traumatismes divers, par l'installation d'un grave trouble de la personnalité, par un fond héréditaire marqué en particulier par une schizophrénie maternelle, et par une thymie variable stigmatisée en particulier en automne et en hiver par des épisodes dépressifs de moyens à sévères. En outre, elle soutient cette mère schizophrène, actuellement dame âgée, et s'épuise dans ce soutien. Sur le plan du diabète de type I, celui-ci évolue de manière plutôt négative (cf. Rapports qui ont dû vous être adressés par le médecin traitant et le [...]). Sur le plan de la vie familiale et en particulier de la vie conjugale, si le lien représente une source de relative stabilisation affective, il n'en reste pas moins marqué par des épisodes violents de la part de Monsieur, dont les origines socio-culturelles s'accompagnent de comportements différents et en particulier d'un rapport de dominance moins présent sous nos latitudes. Je tiens à préciser que la perception de la réalité est parfois très altérée chez cette patiente, ce qui peut inquiéter quant à l'éventuelle installation d'un trouble psychotique productif.

Question 2 :

L'incapacité de travail indiquée dans mon précédent rapport est en lien avec les différents diagnostics clairement évoqués dans ledit rapport, y compris le diabète de type I dont l'évolution est négative, de même qu'avec les conséquences d'événements de la vie caractérisées par une violence qui fait encore régulièrement effraction dans la psyché de la patiente.

Question 3 :

Sur le plan de l'humeur, l'intensité du trouble actuel est de type moyen. Comme précisé ci-dessus, la patiente s'épuise dans l'actualité à s'occuper d'une mère schizophrène vivant actuellement à son domicile suite à une intervention orthopédique au niveau des hanches des deux côtés.

Question 4 :

La patiente continue à s'étayer de manière suivie sur le cadre du traitement proposé. Cependant, ce traitement ne prétend pas modifier un fonctionnement qui me semble c[h]ronifié. Ce traitement est avant tout un traitement de soutien facilitateur d'une vie psychosociale qui s'inscrit un tant soit peu dans la « normalité ».

Question 5 :

La consommation de psychotropes reste actuellement minime. La patiente rapporte avant tout des alcoolisations épisodiques dont la fréquence correspond probablement à la fréquence des alcoolisations rencontrées dans la moyenne de la population. Pas d'autres consommations de stupéfiants.

Question 6 :

Comme indiqué, certes la relation affective avec son époux constitue un point de repère. Il n'en reste pas moins que, comme précisé dans le dernier rapport, cette relation est régulièrement marquée par de la violence conjugale de la part de Monsieur, celui-ci étant d'une part dominateur. D'autre part, étranger à notre culture, sans formation, il dépend en très grande partie de Madame, dépendance parfois mal supportée.

Question 7 :

Oui, sans aucun doute.

Questions 8, 9 et 10 :

La patiente a transmis à vos services l'ensemble des certificats d'incapacité de travail.

L'incapacité de travail dans l'activité habituelle m'apparaît toujours comme nulle. Compte tenu de la durée de marginalisation de cette patiente sur le plan de l'adaptation à la vie professionnelle, l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée supposerait de votre part une réévaluation dans le sens d'une

orientation professionnelle et l'établissement d'un éventuel plan de formation.

Question 11 :

Veillez excuser le retard avec lequel vous parvient ce rapport, retard à mettre en relation avec la surcharge de travail administrati[f] actuellement reconnue par les différentes sociétés de médecine. »

Prenant connaissance de ce rapport le 27 septembre 2018, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire en psychiatrie et médecine interne. Celle-ci a été confiée à R._____, qui a rendu son rapport le 18 avril 2019. Les experts ont posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) et de diabète mellitus de type I, insulino-dépendant, non-équilibré, depuis 1993 et compliqué d'hypoglycémies symptomatiques. S'agissant de l'évaluation de ses capacités fonctionnelles, ils ont exposé ce qui suit :

« I.1.d.5 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

D'un point de vue interdisciplinaire, l'appréciation globale du degré d'atteinte à la santé, compte tenu de tous les déficits énoncés, est considérée comme moyenne.

I.1.d.6 Evaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

A l'égard de ses troubles psychiques, la personne assurée est dans le déni, tendant à idéaliser son manque de distance avec autrui en considérant qu'elle faisait preuve de sensibilité et d'empathie alors qu'elle se laisse soumettre et envahir. Son sens des réalités est mis en difficulté par son extrême dépendance et par sa difficulté à identifier l'agressivité, chez elle-même et chez les autres, qui est systématiquement déniée. Sur le plan de l'affect, elle présente une forte labilité émotionnelle qui se manifeste par une cyclothymie marquée et qui semble en relation avec les « déceptions » qu'entraînent systématiquement ses relations idéalisées avec autrui. L'intentionnalité et le dynamisme sont conservés le jour de l'examen et la personne assurée est plutôt tonique. Ses défenses (idéalisations, projection, clivage) sont largement inappropriées dans les situations relationnelles.

I.1.d.7 Evaluation des ressources et des facteurs de surcharge

- Profil d'effort actuel avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue psychiatrique, la personne ne doit pas travailler dans une activité où elle aurait un contact avec le public, qui constitue une activité quasi traumatique pour elle en raison de son manque de distance dans le rapport avec autrui. Elle est, par ailleurs, capable de gérer des questions administratives car elle n'a pas de perte de concentration ni de mémoire et est au bénéfice d'une formation administrative dont elle fait déjà profiter ses proches.

En conclusion, une activité en rapport avec son CFC qui n'implique qu'un contact très restreint avec le public et les collègues qui sont une source d'excitation insupportable pour la personne assurée.

Ces difficultés étaient là de tout temps mais médiées, à l'époque, par l'énergie et la probable hyperactivité antérieure de la personne assurée qui n'a pas pu mettre en place ses défenses habituelles lors du long alitement consécutif au traitement de son problème viral qui a présidé, chez elle, à une régression maligne dont elle n'est pas encore complètement sortie. Ce long alitement et les symptômes grippaux dont elle a souffert, qui sont des effets secondaires connus des antiviraux, l'ont mise dans un état important de passivation face à ses angoisses contre lesquelles elle luttait précédemment de manière phallique, c'est-à-dire hyperactive et toute-puissante. Ses angoisses l'ont dès lors envahie sur un mode traumatique et l'ont narcissiquement profondément désorganisée au point de déclencher chez elle une recherche de cocaïne, utilisée comme antidépresseur.

Du point de vue de la médecine interne, les limitations sont relatives au diabète insulino-dépendant depuis 1993 :

- la glycémie doit être vérifiée avant le départ et à intervalles réguliers lors de déplacements prolongés pour la conduite de tout véhicule, manipulation d'engins / accessoires dangereux et travail en hauteur
- en cas d'hypoglycémie [...] la conduite de tout véhicule, la manipulation d'engins/accessoires dangereux, le travail en hauteur, sur des échelles ou échafaudages ou toutes activités exigeant des capacités attentionnelles, de la concentration, de la compréhension et d'adaptabilité sont prohibés jusqu'à normalisation de la glycémie et disparition de tout symptôme d'hypoglycémie.
- Avoir des glucides en réserve à disposition dans son véhicule ou à proximité, en cas d'hypoglycémie
- Des pauses normales le matin, à midi et l'après-midi doivent être respectées.
 - Profil d'effort évolutif/pronostic avec des limitations fonctionnelles

Du point de vue psychiatrique, lors d'un reconditionnement dans un travail adapté, la capacité de travail de la personne assurée pourra encore augmenter.

Il n'y a pas à attendre de changements liés à un traitement médical qui a, ici, plus un rôle stabilisateur.

Du point de vue de la médecine interne, le profil d'effort restera identique. »

Cela étant, ils ont déterminé que la capacité de travail dans l'activité de réceptionniste exercée en dernier lieu était de 0 % du point de vue interdisciplinaire, dès lors qu'elle n'était pas du tout adaptée sur le plan psychiatrique. Aucune évolution ne pouvait être attendue à cet égard. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était évaluée à 50 % du point de vue interdisciplinaire depuis la fin de son traitement viral (2003-2004), l'assurée n'étant plus en mesure de compenser ses limitations d'ordre psychique en raison de son âge et de la régression induite par le traitement viral. Cependant, dès lors que la capacité de travail médico-théorique sur le plan de la médecine interne avait toujours été de 80 % du fait des périodes d'hypoglycémie et pouvait même évoluer jusqu'à 100 % après six mois de bonne compliance au traitement du diabète, le reconditionnement au travail permettait de pronostiquer une augmentation progressive de la capacité de travail du point de vue psychiatrique également au bout de six mois.

A la demande du SMR, un complément d'expertise a été sollicité. Répondant le 21 août 2019, les experts ont exposé que, sur le plan de la médecine interne générale, la capsulite rétractile de l'épaule gauche signalée dans l'anamnèse était susceptible d'entraîner les limitations fonctionnelles suivantes, à confirmer par un expert spécialisé en orthopédie ou rhumatologie : les activités nécessitant des mouvements du membre supérieur gauche au niveau et au-dessus des pectoraux, au-dessus de 80°, le port répétitif de charges supérieures à 5 kg, les mouvements répétitifs de rotation, abduction, adduction et élévation, ainsi que tout port d'engin entraînant des vibrations dans le membre supérieur gauche. Sur le plan psychiatrique, les experts ont indiqué ce qui suit :

« Dans l'expertise, nous mettons en évidence que l'assurée a donné de moins en moins satisfaction à ses employeurs. En effet, après sa période de maladie liée à l'hépatite C et au traitement de son affection, lui ont été proposés des postes moins qualifiés de réceptionniste qu'elle n'occupait pas avant et qui impliquaient un

contact prolongé et soutenu avec le tout-venant de la clientèle ainsi qu'un travail bien moins autonome. Dès lors, les emplois occupés à partir de ce moment-là se sont succédé (4 mois, 6 mois), ce qui implique qu'ils ne se passaient pas bien. Au vu de la nette tendance à l'idéalisation de la personne assurée et de l'absence de lettres de licenciements ou de rapports d'employeurs, nous ne pouvons savoir que de manière indirecte si la situation était difficile.

Dans un rapport du 27 septembre 2019, le SMR a conclu comme suit :

« CONCLUSION. L'expert psychiatre et le psychiatre traitant convergent sur les diagnostics, sur les limitations fonctionnelles ainsi que l'estimation de la [capacité de travail dans l'activité habituelle]. Concernant la [capacité de travail dans une activité adaptée], le Dr L. _____ n'avait pas donné d'estimation étayée. L'expertise explore l'ensemble des indicateurs standards. L'appréciation de la [capacité de travail] se fonde strictement sur les ressources résiduelles déployées au quotidien (p.20-22, 40-41). Nous soulignons aussi que cette estimation prend en compte l'interaction de l'atteinte psychiatrique avec les autres atteintes somatiques, notamment le diabète de type I. Dans ces conditions, nous nous rangeons aux conclusions de cette expertise. Nous admettons aussi une [incapacité de travail] à 100 % pour la capsulite rétractile dans sa phase aiguë eu égard aux difficultés engendrées par cette atteinte dans un processus de réadaptation. Nous retenons les dates sur la base de l'anamnèse p14-15 et des séquelles constatées lors de l'examen. »

Le 21 octobre 2019, l'OAI a établi un rapport REA, comprenant un calcul du salaire exigible. Se fondant sur l'avis SMR du 27 septembre 2019, il constatait qu'une capacité de travail de 50 % était raisonnablement exigible dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de contact avec la clientèle, pas d'activité nécessitant des mouvements du membre supérieur gauche au niveau et au-dessus des pectoraux, au-dessus de 80°, port répétitif de charges supérieures à 5 kg, les mouvements répétitifs de l'épaule, l'exposition du membre supérieur gauche aux vibrations mécaniques (engin, outillage...), pas de travaux en hauteur ou manipulation d'engins dangereux ni conduite professionnelle de véhicule. Pour la comparaison des gains avec et sans invalidité, l'OAI s'est référé aux données statistiques fédérales applicables aux femmes en 2004, dans le domaine du commerce de détail, niveau de qualification 4, à 100 %, pour le revenu sans invalidité, respectivement aux activités immobilières, niveau de

qualification 4, tâches de backoffice sans contact avec la clientèle, à 50 %, avec un abattement de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles, pour le revenu avec invalidité. Il en découlait un degré d'invalidité de 43 %.

Le 31 octobre 2019, l'OAI a établi un projet de décision, prévoyant l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2017. Il relevait que l'assurée avait travaillé en qualité de vendeuse et que sa capacité de gain était considérablement restreinte depuis le mois de janvier 2004. A l'échéance du délai de carence, en janvier 2005, l'incapacité de travail et de gain était entière dans l'activité habituelle. Toutefois, l'assurée présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dont il donnait la liste figurant dans le rapport REA. Il exposait ensuite que la comparaison des gains avec et sans invalidité, fondée sur les données statistiques fédérales applicables aux femmes en 2004, avec un abattement de 5 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles sur le revenu avec invalidité relatif à des « activités qualifiées du domaine des activités administratives » à 50 %, établissait un degré d'invalidité de 43 %.

Le 2 décembre 2019, représentée par Me Olivier Carré, l'assurée a déclaré s'opposer au projet de décision. Faisant valoir préliminairement que le moment de la naissance du droit à la rente devait être calculé à partir de la date de dépôt de la demande de détection précoce, elle a contesté en premier lieu les chiffres retenus pour la comparaison des revenus. Ainsi, le revenu sans invalidité était erroné, dès lors qu'il se fondait sur une activité de vendeuse alors que ses compétences concernaient principalement d'autres domaines, avec une capacité de gain supérieure. Elle ajoutait que le revenu avec invalidité avait été surestimé, un abattement de 25 % devant être opéré sur le revenu résiduel, et non seulement de 5 %, pour tenir compte du diagnostic de trouble borderline et des atteintes somatiques qui lui causaient des douleurs handicapantes. Elle a par ailleurs fait valoir que, compte tenu de son instabilité psychique, il était peu probable qu'elle puisse s'insérer dans

une activité du genre de celle retenue, pointant des contradictions dans l'expertise s'agissant de la définition de l'activité adaptée et contestant l'augmentation progressive retenue. Selon elle, seule une activité occupationnelle était éventuellement envisageable. Sur cette base, la comparaison des revenus devait aboutir à l'octroi d'une rente entière. En outre, l'incapacité de travail liée à l'atteinte à l'épaule n'avait pas été évaluée correctement, l'avis d'un orthopédiste ou d'un rhumatologue devant être sollicité, de sorte que l'instruction avait été insuffisante.

L'assurée a complété son argumentation par courrier du 10 janvier 2020 à propos de l'activité de courtière dans l'immobilier qu'elle a exercée par le passé, en précisant qu'elle avait travaillé à 80 % à l'époque pour s'occuper de son fils. Elle a produit en particulier des fiches de salaires et certificats de travail relatifs à cette activité, ainsi que les pièces médicales suivantes :

- Un courrier du Dr T. _____ du 9 décembre 2019, relevant qu'il y avait une incohérence entre les constatations physiques et psychiques des médecins examinateurs et le droit à la rente reconnu. Il se disait surpris qu'aucun autre expert (diabétologue, rhumatologue et/ou orthopédique) n'ait été sollicité pour avis.
- Un courrier du Dr L. _____ du 6 janvier 2020, critiquant l'expertise bidisciplinaire, dès lors qu'elle opérait un clivage entre psyché et soma. Il relevait que l'incidence du diabète de type I avait été sous-évalué, dès lors que cette maladie chronique engendrait un stress important chez une patiente hypersensible au stress en raison de son trouble de la personnalité et qu'il était compliqué d'hypoglycémies symptomatiques invalidantes ainsi que d'autres symptômes physiques. Enfin, il s'étonnait que les experts retiennent que le diagnostic d'insomnie avec parasomnie n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail, car il s'agissait d'une source de fatigabilité augmentée, voire d'épuisement. Il ajoutait que la dépression était un trouble fréquent chez les diabétiques et que l'assurée présentait régulièrement des épisodes dépressifs, ce

que les experts n'avaient pas relevé. Enfin, il mettait en doute la méthode utilisée par les experts pour évaluer la capacité de travail de l'assurée et maintenait que cette capacité était nulle.

Ces dernières pièces ont été soumises au SMR, qui a conclu comme suit dans son avis médical du 11 juin 2020 :

« CONCLUSION. Le rapport du Dr T. _____ n'apporte pas de nouveaux éléments objectifs. Le Dr T. _____ ne fournit ni anamnèse ni status ni témoignage d'une démarche diagnostique ou thérapeutique pouvant contrebalancer le travail de l'expert somaticien.

Sur le plan psychiatrique, le Dr L. _____ forme une appréciation différente de la [capacité de travail] à partir d'un même état de santé. Cette appréciation ne s'appuie pas sur l'examen des indicateurs standards contrairement à celle découlant de l'expertise. Ces rapports ne sont pas de nature à modifier les conclusions du rapport SMR du 28.09.19. »

Le 9 juillet 2020, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision, annulant et remplaçant celui du 31 octobre 2019, par lequel il prévoyait de reconnaître le droit de l'assurée à trois-quarts de rente dès février 2017. Le degré d'invalidité, de 60 %, était fondé sur la même capacité de travail exigible et le même revenu avec invalidité que dans le premier projet mais tenait compte d'un revenu sans invalidité fondé sur le revenu que pouvait percevoir une femme en bonne santé dans des activités qualifiées du domaine de l'immobilier à 100 % en 2004. Dans un courrier séparé, l'OAI a confirmé que le droit à la rente naissait au 1^{er} février 2017 dès lors que la demande de prestations avait été déposée le 12 août 2016. Il a par ailleurs réfuté les critiques relatives à l'expertise bidisciplinaire et relevé qu'un volet de diabétologie ne s'imposait pas dès lors que l'expert en médecine interne avait tenu compte des effets du diabète sur la capacité de travail en établissant une anamnèse précise, tandis que le diabète, présent dès 1993, n'avait pas empêché l'assurée de mener diverses activités lucratives. Enfin, il exposait que les deux rapports médicaux produits à l'appui de l'opposition n'apportaient aucun élément nouveau.

Toujours représentée par Me Olivier Carré, l'assurée s'est opposée à ce nouveau projet de décision le 13 septembre 2020, concluant à l'octroi d'une rente entière dès janvier 2017. Elle a maintenu ses critiques à l'égard de la capacité de travail retenue par les experts et reprise par l'OAI, s'interrogeant en outre sur le type d'activité adapté à son état de santé. Elle exposait ensuite que ses compétences professionnelles devaient faire admettre un revenu sans invalidité de l'ordre de 78'000 fr. par an et maintenait qu'un abattement de 25 % devait être opéré sur le revenu avec invalidité. Dans une écriture complémentaire du 19 novembre 2020, se référant à l'ATF 129 V 222, elle a encore fait valoir que, pour déterminer le droit à la rente, il convenait de se placer au moment de la naissance du droit à la rente, ce qui n'était pas le cas dans le projet de décision.

Par courrier du 19 janvier 2021, l'OAI a exposé que la communication de détection précoce ne pouvait être considérée comme une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Pour le surplus, il réfutait les critiques portant sur l'expertise bidisciplinaire et maintenait que l'impact des limitations fonctionnelles sur la capacité de travail avait été correctement évalué et qu'elles ne justifiaient pas un abattement supérieur à 5 % sur le revenu avec invalidité. Enfin, il relevait que le revenu sans invalidité retenu était comparable à celui que l'assurée avait obtenu durant son emploi auprès d'une agence immobilière en 2001. Partant, il confirmait le second projet de décision.

Par décision du 29 janvier 2021 reprenant la motivation développée dans son second projet de décision, l'OAI a octroyé trois-quarts de rente d'invalidité à l'assurée, d'un montant de 1'563 fr. par mois dès le 1^{er} février 2021, le droit à trois-quarts de rente étant reconnu dès le 1^{er} février 2017.

Par décision du 11 février 2021, l'OAI a fixé les montants des trois-quarts de rente valables successivement du 1^{er} février 2017 au 31 janvier 2021.

B. Toujours représentée par Me Olivier Carré, Z._____ a recouru contre les décisions des 29 janvier et 11 février 2021 précitées auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 26 février 2021, concluant principalement à leur réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité entière lui soit reconnu dès le 1^{er} février 2017, de même que le droit à une rente complémentaire pour l'enfant G._____ pour la période de février à octobre 2017, subsidiairement, à l'annulation des décisions et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelles décisions dans le sens des considérants. Reprenant l'argumentation développée dans ses précédents écrits, la recourante a produit en particulier les pièces suivantes :

- Un courrier du Dr L._____ du 2 août 2020, dans lequel il réagissant à l'avis médical du SMR du 11 juin 2020. Il relevait que l'atteinte de la recourante était « avant tout psychiatrique sans négliger l'intrication entre maladie mentale et pathologie chronique telle qu'un diabète ». Aucune capacité de travail ne pouvait être retenue, quand bien même l'intéressée était capable de mobiliser certaines ressources. Le fait de maintenir des tâches domestiques, une capacité de conduire et d'assumer les tâches administratives n'avaient aucune relation avec la capacité de travail de la patiente et constituaient simplement des activités résiduelles à caractère thérapeutique.
- Un courrier du Dr L._____ du 23 février 2021, dans lequel il maintenait que la capacité de travail de sa patiente était nulle. Relevant que le retour sur le marché du travail après plusieurs années d'inactivité était déjà un exercice particulièrement périlleux pour une personne fonctionnant dans les limites de la norme et ne présentant pas d'atteinte somatique, il en déduisait qu'aucune capacité de travail ne pouvait être reconnue à la recourante sans aucun suivi, soutien ni projet cohérent propre à stimuler ses compétences résiduelles.

L'assistance judiciaire a été accordée à la recourante par décision du 25 mars 2021.

Dans sa réponse du 11 mai 2021, l'intimé a relevé que les nouvelles pièces médicales produites par la recourante ne faisaient pas état d'éléments objectivement vérifiables rattachés à la période qui prévalait jusqu'à la décision litigieuse. Renvoyant à sa décision et à son courrier explicatif du 19 janvier 2021, il a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision litigieuse.

Répliquant le 11 juin 2021, la recourante a produit un nouveau rapport du Dr L._____, auquel elle renvoyait. Dans ledit rapport, non daté, le Dr L._____ relevait en particulier que le diagnostic posé par l'expert psychiatre concernait le tableau clinique existant « pendant la fenêtre temporelle de l'expertise » et ne tenait pas suffisamment compte des conséquences des troubles dépressifs récurrents, les troubles de l'humeur (F33.9 CIM-10) ayant été « mis de côté ». Il en allait de même des insomnies au long cours, dont l'incidence sur la capacité de travail était évidente et qui constituaient un des troubles physiques caractéristique des troubles dépressifs moyens à sévères pouvant aussi devenir invalidants. La comorbidité entre trouble borderline et trouble dépressif était connue, de même que le risque d'invalidité présenté par les patients concernés au fil du temps. Il ajoutait qu'une bipolarité de type II n'était « pas à exclure, ce qui pourrait faire l'objet d'une discussion dans une contre-expertise effectuée par un expert indépendant ». Enfin, il a estimé que l'expertise était « clivée » dès lors que l'intrication entre diabète de type I et dépression n'était pas prise en compte. Le Dr L._____ concluait ainsi que la complexité du tableau clinique présenté par la recourante, les interactions entre trouble de la personnalité, troubles affectifs et diabète de type I et leur inscription sur la durée entraînaient une capacité de travail nulle.

Par duplique du 5 juillet 2021, se référant à un avis du SMR du 22 juin 2021 joint à son écriture, l'intimé a conclu derechef au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Dans cet avis, prenant

acte des critiques du Dr L._____ dans son dernier rapport et y répondant, le SMR a conclu que ce médecin donnait une appréciation différente d'un même état de santé et qu'il n'apportait pas d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été négligés lors de l'instruction ou de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise.

Dans un écrit du 10 septembre 2021, la recourante a déclaré modifier ses conclusions, en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité doit lui être reconnu dès janvier 2017. Elle a par ailleurs produit trois articles publiés dans des revues médicales portant sur les troubles dépressifs chez les personnes atteintes de diabète, ainsi que les pièces suivantes :

- Les questions soumises par le mandataire de l'assurée à la Dre P._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, qui les a annotées comme suit le 27 août 2021 :

« 1) Est-il bien exact que votre patiente souffre d'un diabète de type 1 (insulino-dépendant) ?
OUI

2) Est-il exact que votre patiente est sujette à des épisodes d'hypoglycémie très fréquents, soit tous les 2 à 3 jours en moyenne (quoique parfois plusieurs le même jour et parfois aussi aucun pendant quelques jours) ?
OUI

3) Est-il exact qu'à chaque crise d'hypoglycémie, elle met un temps important à se remettre, parfois 45 minutes, parfois plusieurs heures ?
IL EST POSSIBLE, OUI

4) Est-il exact que, d'une façon générale, et chez elle en particulier, chaque crise s'accompagne ensuite de fatigue, de perte de concentration, d'épuisement, au point de nécessiter même une sieste dans certains cas ?
IL EST FORT POSSIBLE

5) Est-il exact que votre patiente a été équipée d'un système de mesure permanent des hyperglycémies et hypoglycémies (type Free-Style), mais qu'elle a présenté très vite une allergie à la colle des patchs qui rend cet appareillage inexploitable, de sorte que la tentative a été abandonnée ?
OUI, POUR LE MOMENT

6) Est-il exact que votre patiente ne peut pas prendre de médicaments pour lutter contre ses troubles du sommeil, du fait qu'elle craint de ne pas sentir les hypoglycémies en fin de nuit ?
C'EST UNE PEUR REELLE

7) Est-il exact que votre patiente, confrontée à ces risques d'hypoglycémie dans son sommeil, est contrainte de se réveiller très régulièrement au milieu de la nuit pour prendre une collation légère ?
PARFOIS CA A PU SE PRODUIRE

8) Est-il exact que l'on observe fréquemment un retentissement psychique des atteintes de diabète telles que celles présentées par votre patiente, d'une façon générale ?
MALHEUREUSEMENT LES HYPOGLYCEMIES AINSI QUE L'INSTABILITE GLYCEMIQUE PARTICIPENT AU VIEILLISSEMENT DU CERVEAU

9) Est-il exact que votre patiente présente une intrication des problèmes diabétiques avec son état psychique, notamment sous forme de dépression, d'autant plus si l'on considère qu'elle présente d'autres maux psychiques (maladie et/ou trouble de la personnalité) ?
IL EST DIFFICILE DE BIEN S'OCCUPER DU DIABETE DE TYPE 1 SI MORALEMENT CA NE VA PAS ET VICE VERSA.

- Un courrier que le Dr L. _____ a adressé le 16 août 2021 au mandataire de l'assurée, dans lequel il réagissait à l'avis SMR du 22 juin 2021. Il a en particulier exposé que sa justification de l'incapacité de travail n'était pas centrée sur les problématiques relevant des ressources résiduelles de l'assurée (consommation de psychotrope contrôlée grâce à un travail personnel et au traitement suivi dans le passé ; soins à la mère qui sont en réalité des « coups de main » dès lors que l'intéressée est prise en charge en hôpital de jour avec intervention du CMS à domicile ; relation conjugale satisfaisante quoiqu'émaillée de violentes crises) mais bien sur le trouble sévère de la personnalité, la dépression récidivante et l'intrication entre psychopathologie et diabète de type 1. Ainsi, les ressources résiduelles de sa patiente fluctuaient non pas au gré de ses intérêts mais au gré des mouvements induits par ses pathologies, lesquels entraînaient de longs intervalles durant lesquels elle n'est pas en mesure de mobiliser lesdites ressources. Enfin, il reprochait à l'expertise de ne pas retenir « l'incidence du trouble dépressif récurrent sur l'incapacité de travail connoté par un syndrome somatique comportant sévères troubles du sommeil,

diminution de l'intérêt et du plaisir pour des activités agréables, dépression plus marquée le matin, réveils matinaux précoces, diminution de la libido, ralentissement psychomoteur », dès lors que sa patiente ne présentait pas de trouble dépressif au moment de l'expertise.

L'intimé s'est déterminé le 4 octobre 2021 sur ces nouvelles pièces et a confirmé sa position en se prévalant d'un nouvel avis du SMR du 21 septembre 2021, joint à son écriture. Dans cet avis, examinant les observations du Dr L. _____ du 16 août 2021 précité, le SMR a conclu comme suit :

« CONCLUSION. Les experts se sont astreints à identifier les ressources résiduelles et à les prendre en compte dans leurs appréciations de la [capacité de travail]. Aussi, les éléments recueillis lors de l'expertise ne témoignent pas d'une absence totale de ressources qui pourraient justifier une [incapacité de travail] totale. Nous maintenons donc nos conclusions fondées sur cette expertise. »

Par déterminations spontanées du 19 novembre 2021, la recourante a réitéré ses critiques relatives à l'expertise du R. _____. Elle a par ailleurs signalé que, depuis l'été 2021, elle subissait de nouveaux symptômes, en particulier des vertiges sévères, dont l'origine était en cours d'évaluation. Elle a produit les réponses données le 16 novembre 2021 par la Dre P. _____ à de nouvelles questions de son mandataire. Il en ressort que la Dre P. _____ ne pouvait affirmer que sa patiente présentait une névrite vestibulaire, mais que c'était une possibilité. Le médecin a par ailleurs joint le rapport d'un confrère ophtalmologue en réponse à une question portant sur l'existence d'atteintes oculaires. Dans ledit rapport, daté du 1^{er} novembre 2021, l'ophtalmologue notait en particulier ce qui suit :

gauche

« Diagnostic : - 1 micro hémorragie en périphérie rétinienne à chaque œil
- Membrane épirétinienne sub clinique macula œil
- opalescence du cristallin aux deux yeux

(...)

L'examen de l'acuité visuelle présente une légère baisse aux deux yeux d[û] à une opalescence précoce du cristallin. Au fond d'œil on observe une micro hémorragie à chaque œil. Ainsi qu'une membrane épirétinienne sur la macula de l'œil gauche. J'explique à la patiente qu'il n'y a à ce jour pas lieu de s'inquiéter. Que les hémorragie[s] rétinienne[s] peuvent se résorber si la glycémie et la tension artérielle sont sous contrôle.
(...) »

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) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

En l'occurrence, les décisions litigieuses portent exclusivement sur le droit à la rente de la recourante. En revanche, la question du droit éventuel à une rente pour enfant liée à la rente de la recourante n'a pas été traitée par l'intimé et ne fait donc pas l'objet d'une décision. Par conséquent, la conclusion de la recourante portant sur l'allocation d'une telle rente pour enfant ne peut être traitée dans le cadre du présent recours et est donc irrecevable. Au besoin, la recourante pourra requérir de l'intimé une décision formelle sur ce point. Par conséquent, le litige porte sur le degré d'invalidité présenté par la recourante, singulièrement sur sa capacité de travail et les données à prendre en compte pour la comparaison des revenus, ainsi que sur le début du droit à la rente.

b) 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 des décisions litigieuses rendues les 29 janvier et 11 février 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a

duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 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 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

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

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement

tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, les avis médicaux du SMR se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 RAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Il est admissible de se fonder de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées).

6. L'intimé a retenu une incapacité de travail complète dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Il s'est fondé pour cela sur les avis émis par le SMR, lequel s'est rallié à une expertise bidisciplinaire en médecine interne et psychiatrie effectuée en 2019. La recourante conteste la capacité de travail résiduelle qui lui est attribuée, estimant présenter une incapacité de travail complète.

a) La recourante a déposé sa demande de prestations en la motivant, notamment, par des atteintes aux mains et un diabète de type 1. Les premiers rapports médicaux au dossier n'étaient toutefois pas l'existence d'une atteinte somatique invalidante. S'agissant des mains, le rapport établi le 6 octobre 2016 par la chirurgienne qui a opéré la recourante pour la main droite se limitait à indiquer que l'intervention justifie en général une incapacité de travail de trois semaines. Elle mentionnait que des douleurs avaient débuté sur l'autre main, mais n'évoquait pas de nouvelle intervention ni de limitation fonctionnelle en lien avec l'atteinte à cette main. Le médecin généraliste traitant a ensuite indiqué, dans son rapport du 10 novembre 2016, que la main gauche serait prochainement opérée également. Il n'a cependant pas relevé d'incidence des atteintes aux deux mains sur la capacité de travail, ni déterminé de limitation fonctionnelle. La problématique des mains n'a plus été citée par la suite par les différents médecins consultés par la recourante. Partant, aucune atteinte invalidante durable des mains ne saurait être retenue, seules les deux interventions chirurgicales successives pouvant justifier un arrêt de travail de trois semaines post-opératoires.

Quant au diabète de type I, la diabétologue consultée à l'époque mentionnait, dans un rapport du 14 octobre 2016, qu'une insulinothérapie était primordiale et qu'un suivi régulier était nécessaire en raison d'une valeur HbA1C trop élevée. Elle mentionnait des limitations fonctionnelles liées au déséquilibre du diabète, au niveau des capacités de concentration, de compréhension et de résistance, mais ne chiffrait pas la capacité de travail de sa patiente. Pour sa part, le médecin généraliste traitant n'a pas mentionné, dans son rapport du 10 novembre 2016, de limitation de la capacité de travail de la recourante en lien avec son diabète, puisqu'il renvoie à ce propos aux seules conclusions du psychiatre consulté par l'intéressée. Ni le médecin traitant, ni la diabétologue qui a repris le suivi de la recourante n'ont attesté ultérieurement d'autres limitations fonctionnelles ni déterminé d'incapacité de travail en lien avec le diabète de type 1. Enfin, les

réponses données par la Dre P._____ aux questions du mandataire de la recourante en août et en novembre 2021, ne sont absolument pas étayées et n'ont de ce fait aucune force probante, étant au surplus relevé que les symptômes allégués par la recourante en novembre 2021, qui ne sont ni confirmés ni infirmés par la spécialiste, sont survenus postérieurement aux décisions litigieuses et constituent ainsi des modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse que le juge n'a pas à prendre en considération (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

Ainsi, l'incidence tant de la problématique des mains que de celle du diabète sur la capacité de travail n'a fait l'objet d'aucune évaluation par les médecins traitants.

b) Sur le plan psychiatrique, le Dr L._____ a établi un premier rapport le 15 septembre 2017, faisant état de plusieurs diagnostics avec effet sur la capacité de travail et mentionnant le diabète de type I en tant que diagnostic sans effet sur la capacité de travail. Il a proposé une anamnèse détaillée et conclu à une incapacité de travail totale dans l'activité d'employée de commerce tandis qu'aucune autre activité ne paraissait possible. Il a déterminé des limitations fonctionnelles applicables en tout temps, ainsi que des limitations fonctionnelles qui s'ajoutaient durant les phases de décompensation du trouble de la personnalité ou durant les épisodes dépressifs. Enfin, le Dr L._____ a indiqué à titre de conclusion que sa patiente était intelligente, mais que son fonctionnement était « largement grevé par un trouble de la personnalité organisé par un développement psychoaffectif marqué par des événements et des conditions de vie parfois catastrophiques », ajoutant que l'hépatite C et le traitement de cette maladie en 2004 avaient « mis à mal [l]es modalités défensives » de la recourante, que celle-ci était depuis lors « régulièrement décompensée » et que les antécédents familiaux pouvaient en outre faire craindre une évolution psychotique. Invité par le SMR à compléter son rapport, le Dr L._____ a précisé le 27 août 2018, en particulier, que la thymie variable de sa patiente entraînait des épisodes dépressifs moyens à sévères surtout en automne et en hiver, avec cependant une relative stabilisation affective

grâce à sa relation conjugale actuelle. Il mentionnait toutefois que cette relation connaissait régulièrement des crises lors desquels le mari de la recourante, dominateur et économiquement dépendant de son épouse, pouvait se montrer violent. L'intensité du trouble dépressif actuel était moyenne, du fait que la patiente s'épuisait à s'occuper de sa mère, schizophrène, qui vivait actuellement à son domicile à la suite d'une intervention orthopédique au niveau des hanches des deux côtés. Sur le plan de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle, le Dr L. _____ a précisé que son appréciation n'était pas seulement liée aux différents diagnostics, mais qu'elle incluait le diabète de type I, dont l'évolution était négative, ainsi que les « conséquences d'événements de vie » violents. Quant à une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée, le psychiatre traitant n'excluait plus, dans son rapport du 27 août 2018, qu'une capacité de travail résiduelle puisse subsister dans une activité adaptée.

Sur la base de ces deux rapports, le SMR a constaté que des facteurs non médicaux, soit le contexte psychosocial, influençaient largement l'appréciation du Dr L. _____ sur la question de la capacité de travail, alors que ce médecin qualifiait sa patiente d'intelligente et relevait qu'elle mobilisait des ressources au quotidien pour préserver sa relation de couple, qu'elle assumait dès qu'elle le pouvait les tâches administratives et ménagère ainsi que dans l'orientation professionnelle de son fils. Le SMR en a conclu, le 27 septembre 2018, qu'il ne pouvait se rallier à la capacité de travail déterminée par le psychiatre traitant et qu'une expertise était nécessaire. La coexistence d'une maladie chronique et d'une problématique psychiatrique a donc amené le SMR à mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire incluant la médecine interne et la psychiatrie. Le rapport d'expertise du R. _____ déposé le 18 avril 2019 et complété le 21 août 2019 présente, pour les deux spécialités, une anamnèse détaillée de la recourante, incluant les plaintes de celles-ci et l'ensemble de son dossier médical. Les experts ont chacun procédé à un examen clinique complet de l'intéressée et ont motivé leurs conclusions. Ils ont ensuite établi un rapport de synthèse selon une approche bidisciplinaire étayée. Les experts ont constaté que la capacité de travail

dans l'activité habituelle était nulle, mais qu'il existait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, dès 2003-2004, avec une augmentation possible dans un délai de six mois, au fur et à mesure d'un reconditionnement au travail, d'une bonne compliance et d'un traitement du diabète adapté. Les limitations fonctionnelles sont décrites de manière détaillée pour chacune des deux atteintes retenues. En outre, comme l'a souligné le SMR dans son avis, du 27 septembre 2019, l'appréciation de la capacité de travail est fondée sur les ressources résiduelles déployées au quotidien par la recourante. Cette expertise remplit ainsi tous les réquisits de la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue.

c) La recourante critique l'appréciation des experts sur sa capacité de travail résiduelle en se fondant notamment sur l'avis du Dr L._____, lequel considère, en substance, que l'expert psychiatre a fait abstraction du trouble dépressif récurrent et que l'incidence du diabète sur l'état psychique de sa patiente a été sous-évalué, de même que celle de la problématique des insomnies, qui n'ont pas été mentionnés comme diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail. Reprenant à son compte les observations de son psychiatre traitant, la recourante fait valoir que les troubles de la personnalité tels que celui qu'elle présente « conduisent régulièrement à la reconnaissance d'une invalidité complète ». Ce faisant, la recourante, qui a par ailleurs tendance à faire sa propre évaluation médicale (cf. p. 10 du recours), perd de vue que le degré d'invalidité ne se définit pas sur le seul diagnostic. Il s'agit en effet de procéder selon le processus décrit dans la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles psychiatriques (cf. en particulier ATF 141 V 281 consid. 4.3, déjà cité ci-dessus). Ainsi, une fois le diagnostic posé, le psychiatre doit évaluer le degré de gravité fonctionnelle en pondérant les déficits et les ressources, en déterminant la cohérence des plaintes de l'assurée et son comportement dans ses différentes activités et en excluant les facteurs contextuels non médicaux qui empêchent l'assuré de reprendre une activité professionnelle. Ce dernier point revient à analyser le contexte social et le Tribunal fédéral souligne à cet égard, 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 l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, telles que le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

En l'occurrence, l'expert psychiatre a eu connaissance des différents rapports du Dr L._____ et les a examinés (cf. p. 44 de l'expertise, ch. III.6.a.4). Il a ensuite déterminé le degré de gravité fonctionnelle comme suit : « Le trouble borderline est intense mais n'envahit pas l'ensemble du fonctionnement psychique. Il existe un dysfonctionnement spécifique du préconscient (= elle n'a pas d'« airbag » pour « amortir » ses relations entre elle-même et les autres), mais la personne assurée peut fonctionner dans les autres situations non-relationnelles de la vie quotidienne : dans sa cuisine, dans son jardin, dans l'aide administrative apportée à sa mère, etc. ». Pour ce faire, il a passé en revue les différents indicateurs précités (cf. pp. 45ss de l'expertise, ch. III.7), comprenant en particulier une analyse de la personnalité et des ressources personnelles dont elle dispose (ch. III.7.a.1, repris dans la partie bidisciplinaire au ch. I.1.d.6). Contrairement à ce que soutient le Dr L._____ dans ses divers commentaires sur l'expertise, l'expert psychiatre a tenu compte de la problématique des troubles dépressifs. Il a relevé en particulier que la recourante « présente une forte labilité émotionnelle qui se manifeste par une cyclothymie marquée et qui semble en relation avec les "déceptions" qu'entraînent systématiquement ses relations idéalisées avec autrui » (ch. III.7.a.2). Il ajoute, dans la discussion, que le psychiatre traitant évoque des troubles dépressifs récurrents, mais qu'il ne retient pas ce diagnostic parce qu'il considère, pour sa part, que « le trouble de la personnalité labile suffit à [en] rendre compte » (ch. III.7.c.4). Au demeurant, le Dr L._____ n'a pas décrit précisément les épisodes dépressifs qu'il mentionnait déjà dans son rapport du 15 septembre 2017, s'agissant de leur intensité, de leur récurrence et de leur durée. Il évoquait uniquement un phénomène plus marqué en automne et en hiver dans son rapport du 27 août 2018, où il indiquait par ailleurs que la situation était superposable à celle décrite dans son précédent rapport et faisait part d'une certaine stabilisation de

sa patiente. Dans ses écrits ultérieurs, le Dr L._____ admet que sa patiente ne présentait pas d'épisode dépressif au moment de l'expertise. A cet égard, il critique l'expertise sans étayer plus son point de vue, faisant part de généralités plutôt que de constats applicables à la recourante, ce qui est insuffisant pour remettre en question les constats détaillés de l'expert psychiatre. Il en va de même de ses critiques à l'égard des limitations fonctionnelles retenues par l'expert psychiatre. Il n'est en effet pas question, comme semble l'interpréter le Dr L._____ dans son écrit du 6 janvier 2020, de couper la recourante de tout contact et de la placer dans un contexte de type autistique. L'expert en médecine interne a noté, dans l'anamnèse de son rapport, que la recourante entretenait de bons rapports avec ses collègues et ses supérieures (ch. II.3.b.7). Cette remarque rejoint le constat du Dr L._____ dans son écrit du 6 janvier 2020, où il expose que la recourante investit la relation avec un certain plaisir et qu'il ne faut donc pas la couper de tous contacts sociaux. Ce médecin signalait toutefois, dans son rapport du 15 septembre 2017, que sa patiente présentait des difficultés relationnelles et qu'une activité en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels n'était possible que « de manière fluctuante » en raison du trouble de la personnalité, ayant fait le constat que, dans ses relations, l'intéressée allait « du surinvestissement au désinvestissement ». Or, l'expert psychiatre a relevé que la recourante elle-même rapportait que ses activités de réceptionniste et d'une manière générale les activités directement en relation avec le public ne lui convenaient pas, car elle devait pouvoir faire face à ses hypoglycémies. Elle avait en outre relaté qu'elle s'était trop impliquée lors d'un stage bénévole, finissant par recevoir chez elle les personnes rencontrées à cette occasion (ch. III.3.b.6 et III.3.b.7). L'expert avait dès lors conclu à la nécessité d'un environnement de travail comprenant peu d'interactions avec autrui, après avoir constaté que la labilité émotionnelle de la recourante est fortement liée à l'idéalisation de ses relations avec autrui et aux déceptions qui en découlent (cf. ch. III.7.a.2). Ainsi, le psychiatre traitant et l'expert psychiatre se rejoignent sur la nécessité que la recourante évite les situations susceptibles d'entraîner une trop forte implication dans la relation, notamment avec la clientèle.

Par ailleurs, l'incidence des insomnies a été évaluée par les deux experts, qui ont relevé que la recourante ne se plaignait pas d'hypersomnolence diurne ni d'accident, qu'à l'examen, elle était attentive, cohérente et sans trouble de la vigilance et, enfin, que l'examen neurologique était dans la norme. Ils ont également cité l'hyperesthésie des mains, pour constater que ce symptôme n'avait pas de retentissement fonctionnel (ch. I.1.d.2). Tel n'est pas le cas du Dr L._____, qui se limite également à des généralités en invoquant notamment, dans son commentaire de juin 2020, une « incidence évidente [des insomnies] sur la capacité de travail pouvant mener à l'invalidité ». Enfin, l'expert psychiatre a mentionné, dans l'anamnèse, les explications de la recourante quant à la gestion de son diabète et de son ressenti à ce propos, tant sur le plan professionnel (ch. III.3.b.7) que dans l'organisation de son quotidien (ch. III.3.b.10).

Quant à l'argumentation soutenue par la recourante selon laquelle ne serait exigible qu'une activité occupationnelle sans exigence de rendement - thèse soutenue également par le Dr L._____ qui qualifie de « thérapeutiques » dans son écrit du 2 août 2020 les ressources résiduelles de la recourante déterminées par les experts - elle ne manque pas de surprendre. En effet, il ressort de l'expertise que la recourante a, dans son quotidien, des occupations diverses qui dépassent le niveau de la simple activité occupationnelle ou thérapeutique. Les journées sont structurées, avec un temps consacré au ménage et à la préparation des repas, une sieste puis une promenade avec son chien. La recourante a déclaré qu'elle s'occupait elle-même de la plus grande partie des tâches ménagères, son mari intervenant uniquement pour les travaux lourds tels que le nettoyage des sols. Elle a indiqué qu'elle aimait faire la cuisine, qu'elle jardinait en été, qu'elle lisait et qu'elle s'intéressait à la décoration. Elle a également indiqué qu'elle aidait sa mère pour ses tâches administratives et pour ses courses. Ses ressources n'ont pas vraiment été examinées par ses médecins traitants, en particulier par le Dr L._____, de sorte que l'incapacité totale de travail que celui-ci retient n'est pas

étayée. Par ailleurs, l'argumentation soutenue par le Dr L._____ se fonde en grande partie sur des éléments extra-médicaux. D'ailleurs, dans son rapport médical du 23 février 2021, où il fait état de déconditionnement et de la nécessité d'une formation, ce médecin reproche à l'intimé de ne pas avoir mis en place des mesures de réinsertion mais ne conteste plus l'existence d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée.

Cela étant, les critiques du Dr L._____ ont été soumises au SMR, qui les a examinées et y a répondu, notamment dans son avis du 11 juin 2020. Le SMR a relevé que le Dr L._____ ne posait pas d'autre diagnostic que celui retenu par l'expert psychiatre et que son premier rapport faisait apparaître une capacité de la recourante à mobiliser ses ressources. Pour le surplus, ni le Dr T._____, ni la Dre P._____ n'avaient émis de telles critiques. Le Dr T._____ avait seulement déploré que l'avis d'un diabétologue ne soit pas sollicité, mais n'avait pas indiqué en quoi les limitations fonctionnelles retenues dans l'expertise seraient insuffisantes. Le SMR a constaté que, s'agissant des mains, l'expert avait pu s'appuyer sur les rapports de la chirurgienne de la main et du neurologue consultés par la recourante, qu'il avait établi une anamnèse détaillée et un status complet. Au sujet du diabète, le SMR a rappelé que, contrairement aux spécialistes consultées par la recourante qui ne s'étaient jamais prononcées sur la capacité de travail ni sur les limitations fonctionnelles, l'expert en médecine interne s'était « attaché à recueillir les déclarations de l'assurée pour établir une anamnèse précise » et à quantifier les hypoglycémies ainsi que leurs répercussions. En outre, l'intéressée déclarait que son diabète était présent depuis 1994, soit depuis l'âge de 24 ans, avec déjà des hypoglycémies matinales, ce qui ne l'avait pas empêchée de mener diverses activités lucratives. Le SMR a encore observé que l'expert n'avait pas signalé de nécessité de modifier le traitement, seul élément pouvant justifier « un consilium spécialisé auprès d'un Endocrinologue-Diabétologue FMH ». Enfin, il a relevé qu'il y avait eu une discussion consensuelle entre les deux experts afin d'examiner l'interaction des différents diagnostics somatiques et psychiatriques. Ces remarques emportent la conviction et permettent de réfuter celles du Dr L._____.

S'agissant encore des contradictions mises en avant par la recourante pour nier le caractère probant de l'expertise, cet argument tombe à faux. En effet, procédant d'un raisonnement tronqué, la recourante met directement en parallèle un passage du volet de médecine interne avec un passage du volet psychiatrique, sans égard à l'analyse bidisciplinaire. S'il est en effet constaté que, du point de vue de ses capacités physiques, l'activité de réceptionniste exercée en dernier lieu par l'assurée est compatible pour un taux de 80 % compte tenu de la récurrence d'hypoglycémies induites par son diabète, une telle activité est clairement contre-indiquée en raison de la comorbidité psychiatrique, ce que les experts constatent dans leur analyse interdisciplinaire en concluant à une capacité de travail nulle dans l'activité de réceptionniste exercée en dernier lieu par la recourante (ch. I.1.d.9), étant en outre rappelé que les limitations fonctionnelles déterminées par chacun des experts dans sa spécialité s'additionnent.

La recourante soutient ensuite qu'il lui sera difficile de trouver un emploi correspondant aux limitations fonctionnelles déterminées en particulier par l'expert psychiatre. Celui-ci a mentionné que l'intéressée peut exercer une activité en rapport avec son CFC qui n'implique qu'un contact très restreint avec le public et les collègues, en raison de son manque de distance dans le rapport avec autrui. Or, tous les postes administratifs n'impliquent pas des contacts directs avec la clientèle. Il est en outre le lieu de préciser que les médecins ne sont pas tenus de donner des exemples d'activités professionnelles adaptées, la tâche d'examiner s'il existe des activités adaptées aux limitations fonctionnelles sur le marché du travail incombant à l'intimé. L'intimé l'a fait, par son service de REA, dans son rapport du 21 octobre 2019, en déterminant qu'une activité en « back-office » était possible dans des postes administratifs. Enfin, contrairement à ce que semble soutenir la recourante, il ne s'agit pas d'examiner si l'activité adaptée correspond à des postes vacants sur le marché du travail actuel. L'invalidité se détermine en effet d'après un marché du travail équilibré (cf. art. 7 LPGA).

En définitive, il apparaît qu'aucun élément au dossier ne vient contredire de manière objective les observations et conclusions de l'expertise quant à la capacité de travail résiduelle présentée par la recourante en lien avec son diabète, l'atteinte touchant ses mains ainsi que son état psychique, l'avis du Dr L._____ sur cette évaluation relevant en définitive d'une appréciation divergente de l'interaction des diagnostics. Il faut ainsi admettre que l'expertise bidisciplinaire tient compte de l'ensemble de la situation de la recourante et qu'elle peut être suivie.

d) La recourante, se fondant cette fois sur l'expertise bidisciplinaire, fait valoir que la capacité de travail résiduelle retenue par l'intimé n'aurait pas pu être mise en valeur entre janvier 2017 et janvier 2019, en raison d'une atteinte à l'épaule.

A ce propos, il y a lieu d'admettre avec la recourante qu'il est mentionné l'existence d'une atteinte à l'épaule dans le rapport d'expertise, au volet médecine interne, à savoir une capsulite ou syndrome de l'épaule gelée gauche, apparue en septembre 2016 et entraînant une importante limitation fonctionnelle. L'expert en médecine interne a rapporté que, selon la recourante, la douleur avait diminué d'intensité depuis novembre 2018, avec des pics douloureux aux mouvements avec charge ou à l'exposition au froid. Il a noté que l'intéressée pouvait porter des charges de 3 à 5 kg, se laver les cheveux, s'habiller et enfiler à nouveau ses pantalons (ch. II.3.b.1). Il a constaté au moment de l'examen une limitation des amplitudes articulaires au niveau de l'épaule gauche (ch. II.4.c.2). Cette problématique - qui n'avait jamais été mentionnée avant - n'a pas échappé au SMR, qui a sollicité un complément d'expertise notamment afin que l'expert de médecine interne précise les limitations fonctionnelles et l'éventuelle incapacité de travail induites par cette atteinte. Le complément du 21 août 2019 comprend la liste de ces limitations et les experts ont indiqué qu'une incapacité de travail de 100 % était à retenir durant la phase aiguë de la capsulite mentionnée dans l'anamnèse de leur rapport. Dans son rapport du 27 septembre 2019, le SMR a admis que la capsulite rétractile à l'épaule

gauche avait entraîné une incapacité de travail complète dans toute activité de septembre 2016 à novembre 2018.

La recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir, à l'invitation des experts, ordonné une expertise orthopédique afin d'évaluer « correctement » l'incapacité de travail liée à l'atteinte à son épaule gauche. Le SMR a cependant répondu, de manière convaincante, à cette argumentation dans son rapport du 11 juin 2020. Il a relevé que, bien qu'il ne soit ni rhumatologue ni orthopédiste, l'expert en médecine interne était le seul à produire une appréciation argumentée quant à l'impact de l'atteinte à l'épaule gauche « chez cette assurée droitrière », puisqu'elle n'avait été signalée ni par le Dr T. _____, ni par le Dr L. _____, ni par les diabétologues, et qu'aucune incapacité de travail n'avait été attestée par un spécialiste consulté par la recourante pour cette atteinte. Le SMR a constaté que l'expert en médecine interne avait établi une anamnèse précise à propos de la capsulite, notant à ce propos que la recourante avait vu son orthopédiste en dernier lieu en septembre 2017, qu'elle n'avait pas donné suite à la prescription de physiothérapie et qu'elle signalait une amélioration des douleurs dès novembre 2018. L'expert avait en outre « réalisé un status, [...] recherché à identifier et quantifier les empêchements au quotidien découlant de cette atteinte », puis retenu « des limitations fonctionnelles visant à préserver cette articulation ». Il faut constater, avec le SMR, qu'aucun rapport médical au dossier ne suggère que ces limitations fonctionnelles seraient insuffisantes pour tenir compte de l'atteinte à l'épaule gauche de la recourante. On ajoute que l'expert s'est fait remettre un rapport de l'orthopédiste traitant, qu'il a annexé à son rapport d'expertise. Pour sa part, l'intéressée a eu l'occasion de produire des rapports médicaux de l'ensemble de ses médecins traitants, mais aucun ne portait sur la problématique de son épaule gauche ni ne suggérait que d'autres limitations fonctionnelles devraient être retenues, ce que la recourante ne soutient du reste pas. L'atteinte était stabilisée au moment de l'expertise de médecine interne et rien ne permet de retenir que tel ne serait plus le cas actuellement. Dans un tel contexte, il paraît peu probable qu'un examen orthopédique puisse

apporter un éclairage différent, respectivement plus favorable à l'assurée, sur cette atteinte.

Cependant, il est constant que l'intimé a omis de tenir compte de l'incapacité de travail induite par l'atteinte à l'épaule gauche et qui concernait toute activité de septembre 2016 à novembre 2018. L'intimé n'ayant pas davantage investigué sur cette atteinte, il ne pouvait s'écarter des conclusions du SMR, fondées sur une expertise ayant pleine valeur probante. Il s'ensuit qu'il existe une incapacité de travail complète générant un droit à une rente entière jusqu'au 28 février 2019, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé.

7. La recourante fait valoir que le début du droit à la rente doit être fixé à janvier 2017, soit six mois après le dépôt de la demande de détection précoce.

Il est constant que le droit à la rente prend naissance, au plus tôt, six mois après le dépôt de la demande de prestations, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI. La recourante argue que le dépôt de sa demande a été retardée en raison d'une erreur du service social qui lui fournit le revenu d'insertion, en déposant d'abord une demande de détection précoce alors qu'un tel préalable n'était pas justifié. Cette argumentation ne saurait être suivie. En effet, il a été constaté au cours de l'expertise bidisciplinaire que la recourante est tout à fait capable de gérer l'aspect administratif. Son psychiatre traitant a également relevé, dans son rapport du 15 septembre 2017, que sa patiente disposait de bonnes ressources intellectuelles et qu'elle assumait ses tâches administratives, notamment. Elle était ainsi en mesure de vérifier les actes déposés pour elle par des tiers. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé a compté le délai de l'art. 29 al. 1 LAI depuis la date de dépôt de la demande de prestations, en août 2016, de sorte que le droit à la rente a débuté le 1^{er} février 2017.

8. La recourante conteste le calcul du degré d'invalidité, en particulier le montant des revenus retenus par l'intimé.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa).

Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2). 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 l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'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 l'assuré 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).

b) Lorsque les tables de l'ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1_skill_level, à la ligne « total secteur privé » ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale. Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires

mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières ; tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.1 et les références citées). En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 pour se référer à la table T17 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2.2 ; TF 8C_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.2 et les références citées).

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 ; ATF 129 V 222).

c) L'assuré 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'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 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 l'assuré 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).

d) Il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_104/2009 du 31 décembre 2009 consid. 5.2).

9. En l'espèce, il y a lieu de relever, à titre préliminaire, que l'intimé a fondé son calcul sur la base des statistiques de 2004, alors que le début du droit, qui est le moment pertinent pour procéder à la comparaison des revenus, est fixé au 1^{er} février 2017. Les bases du calcul sont dès lors erronées et devront, cas échéant, être corrigées pour tenir compte des statistiques de 2016 et de l'indexation à 2017.

S'agissant des données chiffrées, l'intimé s'est référé aux statistiques tant pour le revenu avec que sans invalidité. Il convient d'abonder dans ce sens, dès lors que l'assurée n'a plus d'activité professionnelle depuis de nombreuses années et que son incapacité de travail partielle dure depuis plus de douze ans. L'extrait de son compte individuel AVS montrant en outre des fluctuations importantes des revenus au cours des années, il se justifie pleinement de procéder au calcul sur la base de l'ESS. La recourante a plaidé l'utilisation de données publiées sur le site internet jobs.ch. Ces statistiques privées ne peuvent être retenues, dans la mesure où elles sont fondées sur des données non vérifiables provenant des utilisateurs du site. Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter de la jurisprudence, établie, qui préconise l'utilisation de l'ESS, TA1 skill-level.

Dans son second calcul, l'intimé a retenu, pour le revenu sans invalidité, les données statistiques de l'ESS TAI concernant une femme dans les activités qualifiées du domaine de l'immobilier. La recourante s'était opposée au premier calcul dès lors qu'il retenait le domaine de la vente et avait fait valoir que son CFC d'employée de commerce lui avait permis d'exercer dans divers domaines, dont l'immobilier. Les chiffres concernant ce domaine particulier étant plus favorables à la recourante que le revenu moyen figurant dans l'ESS pour l'ensemble du domaine des services, l'intimé sera suivi sur ce point. Dans l'ESS 2016, le niveau de qualification 2 permet de tenir compte du CFC et des connaissances spécialisées de la recourante. Dans ce niveau de qualification, le revenu que pouvait obtenir une femme dans les activités immobilières en 2016 était de 5'333 fr. brut par mois à 100 %, soit 63'996 fr. par an, pour une durée de travail hebdomadaire de 40 heures. Indexé à 2017 (+ 0.4 %) et adapté à la durée usuelle du travail en 2017 (41,7 heures), le revenu exigible sans invalidité s'élève à 66'982 fr. 69.

Pour le revenu avec invalidité, il n'y a pas lieu en revanche de retenir le domaine de l'immobilier, les activités adaptées pouvant être exercées dans d'autres domaines. Il convient ainsi de se référer au secteur des services, le niveau de qualification 1 permettant de tenir compte de la nécessité de rester dans les activités en back-office. Le salaire que pouvait obtenir une femme dans ce secteur et niveau de qualification en 2016 était de 4'281 fr. par mois, soit 53'555 fr. 31 par an pour une durée de travail hebdomadaire de 40 heures. Indexé à 2017 (+ 0.4 %), adapté à la durée usuelle du travail en 2017 (41,7 heures) et réduit au taux de 50 % correspondant à la capacité de travail résiduelle de la recourante, ce revenu s'élève à 26'884 fr. 77.

L'intimé a admis un abattement supplémentaire de 5 % en raison des limitations fonctionnelles de la recourante. Cette dernière estime que ce pourcentage ne tient pas suffisamment compte de sa situation personnelle, ce qu'elle justifie par le cumul des atteintes psychiques et somatiques. Cet argument ne peut être suivi, le taux d'abattement n'étant pas lié au nombre d'atteintes diagnostiquées mais à

leur répercussion probable sur les perspectives salariales. En l'occurrence, les limitations fonctionnelles de la recourante ne l'obligent pas à rechercher un travail en dehors de ses qualifications. Sa formation et son expérience professionnelle variée peuvent être mises en valeur dans de nombreux domaines, seul le mode d'exercice de l'activité étant limité aux tâches de back-office, ce qui se reflète suffisamment dans le montant du salaire entrant en considération. Par ailleurs, ce type d'activité est parfaitement adapté aux atteintes somatiques dont souffre la recourante, puisque des activités administratives n'impliquent pas de contraintes particulières au niveau des épaules et que le taux d'activité retenu est inférieur au taux d'activité exigible en lien avec la problématique du diabète. Quant aux limitations induites par l'atteinte psychique, elles ont été prises en compte dans le taux d'activité retenu, taux réduit qui s'avère ainsi le désavantage principal sur les perspectives salariales de l'assurée dans l'activité adaptée. Dans ces conditions, il apparaît que l'intimé a correctement évalué l'impact des limitations fonctionnelles sur les perspectives salariales de la recourante et peut être suivi. Il en découle que le revenu avec invalidité exigible s'élève à $(26'884 \text{ fr. } 77 \times 5 \%) = 25'540 \text{ fr. } 53$.

Après comparaison des revenus avec et sans invalidité déterminés ci-dessus, il apparaît que la perte de gain s'élève à 41'442 fr. 16 par an, pour un degré d'invalidité de 62 % (arrondi ; cf. ATF 130 V 1221 consid. 3), ouvrant le droit à trois-quarts de rente à compter du 1^{er} mars 2019.

8. a) Vu ce qui précède, le recours doit être partiellement admis dans la mesure où il est recevable, et la décision attaquée réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2017 au 28 février 2019, puis à trois-quarts de rente dès le 1^{er} mars 2019.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69

al. 1^{bis}, 1^{re} phrase, LAI). Le tribunal statue sur les frais (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), conformément aux art. 45 ss LPA-VD.

En l'espèce, la recourante alléguait essentiellement une incapacité de travail durable en raison d'atteintes à sa santé physique et psychique présentes de longue date. Or, le recours a été admis partiellement en raison d'une atteinte à l'épaule récente, entraînant une invalidité provisoire. Puis les prétentions requises à titre de rente pour enfant ont été déclarées irrecevables. En conséquence, il y a lieu de constater que l'intéressée n'obtient que partiellement gain de cause, de sorte que les frais doivent être partagés. Ces frais, fixés à 600 fr., seront donc mis par 300 fr. à la charge de l'intimé et par 300 fr. à la charge de la recourante. Toutefois, dès lors que cette dernière a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération des avances et des frais de justice, ceux-ci sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) La recourante obtenant partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, il y a lieu de lui allouer des dépens réduits, arrêtés en l'occurrence à 1'500 francs, débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD), à la charge de l'intimé.

d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Par décision de la juge instructrice du 25 mars 2021, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 26 février 2021 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Olivier Carré. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 19 novembre 2021, laquelle fait état d'un total de 18.95 heures de travail fourni. Seules les prestations nécessaires à l'assistance de la recourante peuvent être admises. Or, certaines prestations résultant de la liste des opérations paraissent excessives. Tel est le cas des vingt-cinq lettres adressées à la recourante sur une période de neuf mois ; ensuite, si l'acte de recours compte vingt-quatre pages, il reproduit en grande partie des pièces au dossier, dont notamment l'acte d'opposition dont les arguments sont repris dans l'acte de recours ; puis un entretien de plus de deux heures au stade du deuxième échange d'écritures sans que cela n'amène d'argument véritablement nouveau ; enfin, la recherche et la production d'articles généraux sur des atteintes qui, dans la mesure où il ne consistent pas en une appréciation individualisée, ne sont pas pertinents. En définitive, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 12 heures, auxquelles doit être appliqué un tarif horaire de 180 francs. S'y ajoute le forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours (art. 3bis al. 1 RAJ). Ainsi, le montant de l'indemnité de Me Carré est arrêté à 2'442 fr. 65, débours et TVA compris.

L'indemnité d'office n'étant que partiellement couverte par les dépens, le solde, soit 942 fr. 65 (2'442 fr. 65 - 1500 fr.), sera provisoirement supporté par l'Etat. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. a et 123 al. 1 CPC, applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est partiellement admis, dans la mesure où il est recevable.

- II. Les décisions rendue les 29 janvier et 11 février 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées, en ce sens que Z._____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 2017 au 28 février 2019 puis à trois-quarts de rente dès le 1^{er} mars 2019.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis par 300 fr. (trois cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, le solde, par 300 fr. (trois cents francs) étant laissé à la charge de l'Etat.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z._____ une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens réduits.

- V. Il est alloué à Me Olivier Carré, conseil d'office de la recourante, une indemnité fixée, après déduction des dépens précités, à 942 fr. 65 (neuf cent quarante-deux francs et soixante-cinq centimes), TVA et débours 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 Olivier Carré (pour Z. _____),
- 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 :