

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 septembre 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Guy Longchamp, avocat,
à Assens,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 aLAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1973, est divorcée et mère de deux enfants adultes. Sans formation professionnelle certifiée, elle a exercé diverses activités lucratives non qualifiées dès son entrée en Suisse en 1991. Elle a été employée en qualité de repasseuse-blanchisseuse au sein de la société A._____Sàrl de juillet à octobre 2017, avant d'émigrer à l'assurance-chômage.

L'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 23 février 2018. Elle précisait être en incapacité totale de travail depuis le 25 septembre 2017 en raison de lombalgies chroniques, de cervicalgies, de discopathies et d'une dépression réactionnelle.

Procédant à l'instruction de cette demande, l'OAI a sollicité des rapports auprès des médecins traitants de l'assurée, les Drs D._____, spécialiste en neurochirurgie au sein du Centre E._____, C._____, médecin généraliste, et O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a signalé ne plus suivre l'assurée à sa consultation depuis juin 2017 dans un courrier du 23 avril 2018.

Le Dr D._____ a indiqué, le 24 avril 2018, que sa patiente souffrait d'une insuffisance segmentaire L4-L5 et L5-S1 et d'une atrophie musculaire paraspinale lombaire modérées. La capacité de travail était de 50 % actuellement, mais de 100 % à long terme dans un emploi adapté. Des blocs facettaires étaient prévus le 30 avril 2018.

Par rapport du 14 mai 2018, le Dr C._____ a posé les diagnostics de lombosciatalgies chroniques dans le contexte de discopathies L4-L5 et L5-S1 avec arthrose zygapophysaire depuis septembre 2017, de cervicarthrose C5-C6 et C6-C7 avec uncodiscarthrose depuis novembre 2017 et de trouble anxiodépressif récurrent (F33.1) depuis 2013. L'assurée souffrait de lumbago à répétition, de

cervicodorsalgies chroniques et de la persistance d'une humeur dépressive à la suite d'un burn out. La capacité de travail était nulle depuis le 25 septembre 2017 dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée depuis le 1^{er} mai 2018. Les limitations fonctionnelles avaient trait au port de charges, à la surélévation des bras, aux positions en porte-à-faux, à la position debout statique prolongée, à la marche sur terrain irrégulier, à la concentration, à la mémoire, à l'enchaînement des tâches et à la résistance.

Par rapport du 20 juin 2019, le Service médical régional (SMR) a suivi l'appréciation du Dr C._____, retenant l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 100 % dès le 1^{er} mai 2018.

Dans un courrier du même jour, l'assurée a communiqué de nouvelles pièces médicales, dont un rapport du Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie auprès du Centre E._____, adressé le 6 mai 2019 au Dr O._____. Le Dr F._____ évoquait une fibromyalgie, soit des douleurs diffuses avec une fatigue accompagnée de dépression, des troubles du sommeil, un côlon irritable et des dysesthésies des membres. Il préconisait une stabilisation de l'humeur avant la prescription de nouveaux traitements médicamenteux.

Le Dr O._____ a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 19 octobre 2019, après avoir été à nouveau consulté par l'assurée d'août à octobre 2018, puis de décembre 2018 à juillet 2019. Il a posé les diagnostics incapacitants de neurasthénie (F48.0) depuis 2016 et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F54.4) depuis 2018. Sa patiente présentait une thymie dépressive avec des plaintes algiques multiples, sans symptômes de la lignée psychotique. Elle avait cessé de prendre un traitement antidépresseur après quelques mois. Il n'était pas en mesure de se prononcer sur l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à la date de son rapport.

Le 22 octobre 2019, le Dr C._____ a réitéré les diagnostics précédemment retenus, ajoutant ceux de fibromyalgie, d'acrosyndrome

de type acrocyanose et de syndrome du défilé thoracique sur déséquilibre de la ceinture scapulaire. La capacité de travail était, à son avis, nulle dans toutes activités.

Le 17 décembre 2019, le Dr D._____ a maintenu sa précédente évaluation, ajoutant le diagnostic de suspicion de fibromyalgie.

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée, compte tenu de l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à 100 %, le 7 février 2020. Se fondant sur les salaires statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), tant pour fixer le revenu sans qu'avec invalidité, il a mis à jour un taux d'invalidité de 10 %.

Par projet de décision du 17 mars 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente. Il l'a mise au bénéfice d'une mesure d'aide au placement par communication de la même date.

L'assurée a contesté le projet de décision susmentionné par courrier du 23 mars 2020, complété le 18 avril 2020. Elle se prévalait d'un certificat _____ du Dr C._____ du 7 avril 2020, lequel attestait de l'aggravation de son état de santé du fait de l'intensification du syndrome douloureux somatoforme de type fibromyalgique, accompagné de fatigue, trouble du sommeil, troubles cognitifs de type troubles de la mémoire, troubles de l'orientation dans le temps, état confusionnel par intermittence, de symptômes somatiques avec douleurs et faiblesses musculaires, de côlon irritable, d'un phénomène de Raynaud, de vertiges, d'une dyspnée au moindre effort, d'inappétence et de symptômes psychiatriques de type trouble anxiodépressif récurrent, épisode actuel sévère. Le médecin estimait indispensable la réalisation d'une expertise rhumatologique et psychiatrique. Etaient annexés les documents suivants :

- des rapports d'imagerie des 10 octobre et 28 novembre 2017, mettant en évidence une discopathie marquée en L5-S1 associée à une arthrose zygapophysaire des deux derniers étages lombaires, une bascule pelvienne vers la gauche significative, ainsi que des signes de cervicarthrose C5-C6 et C6-C7 avec début d'uncarthrose C6-C7 à droite ;
- un rapport du Dr D._____ du 13 février 2018, mentionnant les discopathies L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'une atrophie paraspinale ;
- les protocoles opératoires (blocs facettaires) du Centre E._____ des 30 avril 2018 et 15 mars 2019 ;
- un rapport du Dr Y._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, du 7 septembre 2018, concluant à un syndrome du tunnel carpien avec indication opératoire ;
- un rapport de la Dre G._____, spécialiste en angiologie, du 19 mars 2019, concluant à un acrosyndrome de type acrocyanose, un syndrome du tunnel carpien anamnestique bilatéral et un syndrome du défilé thoracique sur déséquilibre de la ceinture scapulaire ;
- le rapport du Dr F._____ au Dr O._____ du 6 mai 2019, recommandant une prise en charge des troubles de l'humeur ;
- un rapport du Dr F._____ du 16 avril 2020, réitérant les diagnostics d'insuffisance segmentaire L4-L5 et L5-S1 modérée, d'arthrose C5-C6 et C6-C7 et de probable fibromyalgie ; la capacité de travail était, selon lui, de 50 % actuellement et de 100 % à long terme dans une activité adaptée.

Sollicité pour avis, le SMR a recommandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire le 16 septembre 2020. Le mandat a été confié au Centre d'expertises H._____SA (ci-après : le H._____SA) par communication du 12 novembre 2020.

Les Drs J._____, spécialiste en médecine interne générale, L._____, spécialiste en rhumatologie, et K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont communiqué leur rapport le 15 mars 2021 pour le compte du H._____.SA. Les experts ont retenu les diagnostics incapacitants de syndrome lombovertébral avec discopathie L5-S1 et déconditionnement musculaire, ainsi que de syndrome du défilé thoracique bilatéral responsable d'un acrosyndrome de type acrocyanose. Ceux d'autres troubles de l'humeur persistants (F34.8), de fibromyalgie, d'atteinte arthrosique cervicale avec discrets signes de cervicarthrose C5-C6 et C6-C7 et début d'uncarthrose, de léger surpoids associé à un déconditionnement physique et de syndrome du côlon irritable étaient sans incidence sur la capacité de travail. Dite capacité était nulle depuis octobre 2017 dans l'activité habituelle exercée dans une blanchisserie, mais entière dans une activité adaptée « depuis toujours ». Il convenait, du point de vue rhumatologique, de permettre à l'assurée d'alterner les différentes positions, d'éviter le port de charges de plus de 5 kg et les positions agenouillées, la montée et descente d'échafaudages ou d'échelle, ainsi que toute surcharge du rachis. Sur le plan de la médecine interne, il y avait lieu d'éviter les activités exercées dans le froid et imposant l'élévation des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale de façon prolongée (cf. rapport d'expertise du 15 mars 2021, appréciation générale interdisciplinaire, p. 6 et 10). Les spécialistes du H._____.SA ont motivé leur évaluation consensuelle comme suit (cf. ibidem, p. 5 et 6) :

« [...] Du point de vue **psychiatrique**, son médecin traitant a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive en sachant que ce diagnostic implique des troubles n'ayant pas l'intensité ou la durée nécessaire pour poser le diagnostic d'un trouble anxieux ou dépressif caractérisé. Il n'a donc pas de caractère incapacitant et sa durée ne dépasse pas les 6 mois. Un suivi psychiatrique morcelé a eu lieu, assuré par le Dr. O._____, psychiatre à [...], séparé en 3 périodes et marqué à chaque fois par des suspensions du suivi à l'initiative de la personne assurée. L'adhésion médicamenteuse est médiocre, documentée par le rapport du Dr O._____ et la personne assurée a stoppé tout traitement antidépresseur depuis plus d'une année.

Sur la base des rapports médicaux à disposition, de la recherche anamnétique et des résultats de l'examen clinique, le diagnostic F34.8 autres troubles de l'humeur persistants est retenu. En effet, il est retrouvé des symptômes persistants depuis plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante ou la durée trop brève pour justifier d'un diagnostic de dysthymie ou d'épisode dépressif, mais qui sont cependant cliniquement significatifs. Ces troubles, dont la

sévérité est insuffisante ou la durée trop brève pour justifier d'un diagnostic de dysthymie, ne sont donc pas incapacitants.

Du point de vue **rhumatologique**, elle rapporte des douleurs lombaires et cervicales chroniques, non déficitaires, évoluant depuis l'âge de 16-17 ans, aggravées pendant sa 1^{ère} grossesse. Actuellement l'examen met en évidence des troubles du rachis ne permettant pas la reprise de l'activité professionnelle habituelle de repasseuse-blanchisseuse, mais toute activité adaptée en respectant les limitations fonctionnelles est possible depuis toujours. Du point de vue de la **médecine interne**, la personne assurée allègue des troubles du transit et des palpitations déjà investiguées mais qui ne sont pas incapacitantes. Il a été constaté au cours de cette expertise une hypotension artérielle orthostatique et une acrocyanose dans un contexte de syndrome de défilé thoracique dont souffre la personne assurée. En respectant le profil d'effort, les atteintes à la santé ne seront pas incapacitantes.

[...]

Du point de vue **psychiatrique**, la personne assurée décrit des troubles chroniques de l'humeur avec des périodes où elle se sent bien, et d'autres où elle se sent fatiguée et déprimée. Elle explique être fatiguée et décrit des ruminations. Elle dit mal dormir mais en raison de douleurs. Cependant, elle reste capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne en dehors des limitations rattachées à ces troubles douloureux. Elle ne rapporte pas d'idées suicidaires. L'appétit n'est pas altéré. Le sommeil n'est pas altéré pour des motifs psychiques. Elle garde la capacité de ressentir du plaisir, à discuter avec son fils, à être avec son ami pour qui elle éprouve un grand sentiment amoureux et elle s'en sent heureuse, à faire des promenades de 2 heures par jour, apprécier la nature, s'intéresser aux documentaires et garde un lien étroit avec sa famille par téléphone.

Cette capacité hédonique, l'intérêt pour des activités récréatives au quotidien nous permettent d'écarter le diagnostic de dysthymie au profit du diagnostic F34.8 Autres troubles de l'humeur persistants. Ce diagnostic n'est pas incapacitant, il fait référence à des troubles affectifs persistants mais dont la sévérité est insuffisante ou la durée trop brève pour justifier un diagnostic de dysthymie.

A noter que la personne assurée n'a pas de suivi psychiatrique depuis plus de 1 an (le dernier suivi remontant de décembre 2018 à avril 2019), qu'elle en avait un en août 2016 qu'elle a interrompu également pendant 1 an avant de le reprendre en août 2018 et de l'abandonner rapidement 2 mois plus tard, qu'elle a un traitement antidépresseur prescrit par son médecin traitant.

Elle ne bénéficie que d'un traitement tranquillisant pour dormir le soir en raison de ses douleurs et d'un traitement anxiolytique la journée, qu'elle note dans son questionnaire comme étant des médicaments en réserve (Lexotanil).

Les critères constitutifs d'un syndrome douloureux somatoforme persistant ne sont pas retrouvés, en particulier, nous notons l'absence de sentiment de détresse à l'évocation de ces douleurs qui ne sont pas intenses ni persistantes variant d'un jour à l'autre avec des jours où elle peut accomplir certaines tâches, de nombreuses activités de plaisir sont présentes et appréciées, une vie affective riche et nourrissante.

Elle bénéficie d'un réseau social et familial soutenant (ses enfants, son ami et ses sœurs).

Il n'y a donc pas de contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble.

Les critères constitutifs de la neurasthénie selon la CIM-10 ne sont également pas réunis, en effet : elle ne rapporte pas de plainte concernant une fatigue accrue après des efforts mentaux se manifestant comme une distractibilité en lien avec une intrusion désagréable d'associations et de souvenirs entraînant une difficulté de concentration.

Elle ne rapporte pas non plus de sensations de faiblesse corporelle et un sentiment d'épuisement après des efforts minimes, les limitations rapportées sont associées à des douleurs. Elle ne signale pas de sensations vertigineuses, de céphalées de tension, d'anhédonie, d'irritabilité.

Elle ne rapporte pas d'épisode dépressif clairement délimité dans le temps et séparé des périodes de récupération totale, mais décrit une fluctuation de l'humeur d'un jour à l'autre, en fonction des situations de la vie, les critères d'un épisode dépressif quelle qu'en soit l'intensité ne sont pas présents et par conséquent ceux d'un trouble dépressif récurrent.

Du point de vue **rhumatologique**, l'examen met en évidence une pathologie lombaire par déconditionnement musculaire sur discopathie arthrosique cervicale et lombaire et le diagnostic de fibromyalgie est confirmé au vu du score de Wolfe.

Les troubles dégénératifs du rachis ont été objectivés par une IRM [réf. : imagerie par résonance magnétique] lombaire du 16.01.2018 et une radiographie du rachis cervical le 28.11.2017.

Concernant l'atteinte arthrosique cervicale, l'examen clinique du jour ne retrouve pas de limitation à la mobilisation du cou, une distance menton-sternum passant de 22 à 0 cm sans douleur, la palpation est également indolore. La radiographie n'a montré que de discrets signes de cervicarthrose avec un début d'uncarthrose. Elle ne relate pas de limitation particulière en lien avec cette atteinte dans sa vie quotidienne. Elle n'est donc pas retenue comme incapacitante.

Concernant les douleurs lombaires sur discopathie L5-S1 avec pincement discal à prédominance postérieure associée à une déshydratation discale globale mais sans retentissement canalaire ou foraminal, et un déconditionnement musculaire avec une atrophie de la musculature paravertébrale, certainement amplifié par la concomitance du syndrome fibromyalgique, les atteintes empêchent la reprise dans une activité sollicitant ou surchargeant le rachis lombaire, telle que l'activité de repasseuse-blanchisseuse, mais permettent la reprise dans une activité adaptée, ce qui serait même certainement bénéfique au vu du déconditionnement musculaire qui s'installe progressivement.

Du point de vue de la **médecine interne**, au total, l'examen réalisé pour la présente expertise ainsi que l'analyse du dossier ne retrouve aucun diagnostic incapacitant durable au sens médico-théorique en respectant le profil d'effort. [...] »

S'agissant spécifiquement de l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'expert psychiatre du H. _____ SA a relevé que l'assurée ne décrivait aucune limitation fonctionnelle de nature psychiatrique, hormis des angoisses et des crises de larmes survenant

pour les premières une fois par semaine, pour les secondes un jour sur deux d'une durée de 10 minutes. Il n'observait aucun élément d'autolimitation, d'exagération ou de simulation (cf. rapport d'expertise du 15 mars 2021, expertise psychiatrique, p. 39). Le Dr K._____ s'est par ailleurs exprimé en ces termes sur les ressources à disposition de l'assurée (cf. ibidem, p. 42) :

« [...] La personne assurée [a la] capacité de mobiliser des ressources internes non négligeables. Elle s'occupe d'une bonne partie des tâches quotidiennes avec l'aide de son ami et de son fils, s'intéresse aux programmes télé, veille à ce que sa maison soit propre, arrive à apprécier et à se concentrer sur des programmes culturels sur ARTE, prépare les repas, marche 2 heures par jour, soit dans les magasins, soit dans la nature. Elle aime les documentaires, discute beaucoup avec son ami et son fils. Concernant ses ressources externes, elle bénéficie du soutien de ses enfants et de son ami, dont elle est très amoureuse, qui est soutenant et aimant. Elle bénéficie du soutien également de ses sœurs avec qui elle est en contact régulier. »

Par rapport du 29 avril 2021, le SMR s'est intégralement rallié aux conclusions des experts. Il a retenu que l'exercice d'une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées était exigible à 100 %. L'activité de repasseuse et blanchisseuse était en revanche contre-indiquée depuis octobre 2017.

L'OAI a rendu une décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité le 9 juillet 2021, sur la base des considérations médicales ci-dessus. Il a pris en considération un degré d'invalidité de 10 %. Le revenu sans invalidité était fixé à 55'073 fr. et le revenu d'invalidité à 49'566 fr. compte tenu d'un abattement de 10 % sur les salaires statistiques, destiné à compenser les restrictions fonctionnelles. Des activités du domaine industriel léger (montage contrôle ou surveillance d'un processus de production, travail à l'établi simple et léger, conditionnement léger) étaient accessibles à l'assurée.

B. B._____, assistée de Me Guy Longchamp, a déféré la décision du 9 juillet 2021 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 13 septembre 2021. Elle a conclu principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité

« à compter du 1^{er} février 2019 », subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Elle a contesté l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, rappelant souffrir d'une pluralité d'atteintes à la santé somatique et psychique. Elle estimait ne plus être en mesure de déployer une quelconque activité, qui plus est faite de formation professionnelle reconnue. Sur le plan psychiatrique, il apparaissait que l'expert du H. _____ SA avait sous-évalué les conséquences des troubles psychiques. Elle souffrait également de fibromyalgie dans un contexte social difficile (difficultés d'intégration de son fils, absence de contact avec sa fille et rencontres limitées avec son ami vivant [...]). L'assurée a par ailleurs requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, compte tenu de la précarité de sa situation financière.

La magistrate instructrice a accordé l'assistance judiciaire à l'assurée par décision du 15 septembre 2021, l'exonérant de frais et d'avance de frais, ainsi que désignant Me Longchamp en qualité d'avocat d'office dès le 13 septembre 2021.

L'OAI a répondu au recours le 19 octobre 2021 et conclu à son rejet. Il ne retenait aucun motif de s'écarter des conclusions, à son avis, convaincantes du H. _____ SA.

Par réplique du 21 février 2022, l'assurée a maintenu ses conclusions. Elle s'est prévalu de nouvelles pièces médicales, à savoir des _____ rapports _____ du Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 16 septembre 2021 et du Dr N. _____ du 11 novembre _____ 2021. Le Dr N. _____ indiquait avoir procédé à une arthroscopie du genou gauche en date du 16 juillet 2021. Il persistait encore une douleur à l'effort, alors que l'amélioration était évaluée, en l'état, à 50 %. Quant au Dr C. _____, il relevait que les douleurs résiduelles étaient accompagnées de craquements articulaires. L'assurée était sous traitement médicamenteux et physiothérapeutique. L'assurée a également contesté le revenu

d'invalidé déterminé par l'OAI sur la base de l'ESS. Elle estimait que les données statistiques étaient schématiques et peu représentatives de son gain potentiel, puisqu'elles reposaient sur les revenus dégagés par des personnes en bonne santé. Elle considérait par ailleurs n'avoir aucune perspective de réinsertion dans les activités retenues par l'OAI, vu son état de santé, son âge et son défaut de formation certifiée. Elle requérait le réexamen de sa capacité résiduelle de travail et de son degré d'invalidité.

L'OAI a dupliqué le 15 mars 2022, se référant, en premier lieu, à un avis du SMR du 9 mars 2022, lequel excluait que l'arthroscopie du genou gauche puisse motiver une incapacité de travail durable. L'intervention était de toute façon postérieure à la décision litigieuse. L'OAI a, en second lieu, souligné qu'une récente jurisprudence fédérale avait confirmé, en l'état, le bien-fondé du recours à l'ESS pour fixer le revenu d'invalidé en dépit des critiques formulées par une partie de la doctrine sur ce procédé. Il persistait ainsi à conclure au rejet du recours.

L'assurée s'est déterminée le 28 avril 2022, estimant que la position de l'OAI et du Tribunal fédéral sur le recours aux statistiques salariales était sujette à caution. Elle considérait que l'abattement opéré sur le salaire statistique devait être pris en considération de manière systématique et atteindre 25 %. Dans son cas, le taux d'abattement chiffré à 10 % était insuffisamment motivé, alors qu'il n'existait, de son point de vue, aucune activité concrètement adaptée à ses limitations fonctionnelles.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). L'art. 69 al. 1, let. a, LAI dispose qu'en dérogation

aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93, let. a, LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 13 septembre 2021 contre la décision de l'intimé du 9 juillet 2021 a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4, let. b, LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61, let. b, LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sa capacité résiduelle de travail et son degré d'invalidité.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI

[règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste applicable au cas particulier, au vu de la date de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

c) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un

quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) En vertu de la jurisprudence fédérale, 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). Cette procédure probatoire a été étendue aux syndromes de dépendance (ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2).

b) Selon l'ATF 141 V 281, le caractère invalidant des affections psychosomatiques, des affections psychiques et des dépendances 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 (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 références citées).

c) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée, d'une dépendance ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

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

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

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

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

7. a) En l'espèce, l'état de santé somatique de la recourante a été examiné sur les plans de la médecine interne générale et de la rhumatologie par les Drs J._____ et L._____ au sein du H._____SA. Les experts ont pris en considération l'ensemble des diagnostics précédemment posés par les médecins traitants de la recourante, à savoir un syndrome lombovertébral avec discopathie L5-S1, un syndrome du défilé thoracique bilatéral responsable d'un acrosyndrome de type acrocyanose, une atteinte arthrosique cervicale (cervicarthrose C5-C6 et C6-C7, avec début d'uncarthrose), un syndrome du côlon irritable et une fibromyalgie. Leur appréciation diverge toutefois eu égard aux répercussions de ces atteintes sur la capacité de travail de la recourante, considérée comme entière dans une activité adaptée, légère, ménageant le rachis et excluant tout travail dans un environnement froid (cf. rapport d'expertise du H._____SA du 15 mars 2021, p. 10, expertise de médecine interne générale, p. 23 et expertise de rhumatologie, p. 60).

b) On ne voit pas, en l'occurrence, de raison de s'écarter de ces conclusions, dûment étayées par des examens cliniques approfondis, après analyse de l'ensemble des documents d'imagerie et des rapports médicaux versés au dossier de la recourante. Ces conclusions ne sont au demeurant pas sérieusement contredites par les spécialistes ayant pris en charge la recourante. On observe en particulier que les Drs D._____ et F._____ du Centre E._____ ont tous deux envisagé le recouvrement d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée sur le long terme (cf. rapports du Dr D._____ des 24 avril 2018 et 17 décembre 2019 ; rapport du Dr F._____ du 16 avril 2020). Quant aux Drs G._____ et Y._____, ils ne se sont pas spécifiquement prononcés sur la capacité de travail de la recourante (cf. rapports de ces spécialistes des 7 septembre 2018 et 19 mars 2019). On relève de toute façon que le diagnostic posé par l'angiologue précitée a été pris en considération, à titre de diagnostic incapacitant, dans l'évaluation de médecine interne générale. Eu égard à la problématique du syndrome du tunnel carpien détaillée par le Dr Y._____, on peut a priori exclure que l'intervention corrélative soit susceptible d'entraîner une incapacité de travail de longue durée, en l'absence de toute information contraire sur cette question. S'agissant de l'appréciation du Dr C._____, après avoir, dans un premier temps, estimé que sa patiente était dotée d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} mai 2018, il a, dans un second temps, annoncé une aggravation de son état de santé. Celle-ci était justifiée par une intensification du syndrome douloureux, sans toutefois qu'une telle péjoration ne repose sur des éléments cliniques objectifs et documentés (cf. rapport du Dr C._____ du 14 mai 2018 et certificat du 7 avril 2020). On rappellera cela étant, concernant spécifiquement le syndrome douloureux et la fibromyalgie, que le Tribunal fédéral a considéré qu'il se justifiait sous l'angle juridique, en l'état des connaissances médicales, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux à l'appréciation du caractère invalidant de telles atteintes (cf. consid. 6 supra). Dès lors que les facteurs psychosomatiques exerçaient une influence décisive sur le développement d'une telle maladie, le concours d'un médecin spécialisé en psychiatrie était donc indispensable pour en poser le diagnostic

(ATF 132 V 65 consid. 4). Il s'ensuit que l'avis de l'expert psychiatre est seul déterminant pour mesurer l'impact du syndrome douloureux et de la fibromyalgie observés auprès de la recourante.

c) Les rapports médicaux produits par la recourante au stade de la présente procédure ne permettent pas davantage d'écarter les conclusions des experts du H._____SA du registre somatique. Il est certes établi que la recourante a fait l'objet d'une arthroscopie réalisée par le Dr N._____, postérieurement à la date de la décision litigieuse. Cela étant, ce spécialiste a relaté une situation globalement améliorée, en dépit de la poursuite de traitements. Ainsi que le remarque le SMR dans l'avis du 9 mars 2022, il est peu vraisemblable que cette intervention entraîne des conséquences durables en termes de capacité de travail. Les limitations fonctionnelles mises en évidence par les spécialistes du H._____SA, destinées à ménager les articulations, apparaissent au surplus compatibles avec une affection du genou, de sorte qu'on ne saurait remettre en question l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative adaptée à plein temps.

8. a) Le registre psychiatrique a été évalué par le Dr K._____ pour le compte du H._____SA. Ce spécialiste a exposé les raisons le conduisant à écarter les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de neurasthénie et de trouble dépressif récurrent, faute d'intensité et de durabilité des symptômes allégués (cf. rapport d'expertise du H._____SA du 15 mars 2021, expertise psychiatrique, p. 37 et 38). Il a par ailleurs souligné le suivi spécialisé « morcelé », abandonné par la recourante, et le défaut de traitement médicamenteux, soit des éléments précédemment relatés par le psychiatre traitant O._____ (cf. ibidem, p. 37). L'expert psychiatre a également mis en évidence les ressources substantielles à disposition de la recourante, tant sur le plan personnel que social, celle-ci demeurant capable de conserver des contacts familiaux, amicaux et intimes, ainsi que d'assumer toutes les tâches du quotidien (cf. ibidem, p. 42).

b) L'appréciation de l'expert du H. _____ SA, confortée par les constats rapportés par son ancien psychiatre traitant, n'est contredite par aucun avis spécialisé au dossier. Les observations des Drs F. _____ du 6 mai 2019 et C. _____ du 7 avril 2020, sortant de leur champ de compétences, s'avèrent donc insuffisantes pour faire douter du bien-fondé de l'évaluation du Dr K. _____.

c) S'agissant des indicateurs dégagés par la jurisprudence fédérale (cf. consid. 6d supra), on observe que le Dr K. _____ a fourni l'ensemble des indications pertinentes pour se prononcer sur le cas d'espèce. Il a en effet exclu que la recourante présente une affection psychique d'une certaine gravité, constaté le défaut de prise en charge spécialisée et de compliance au traitement médicamenteux, ainsi que rapporté les ressources significatives à sa disposition. A l'instar de l'intimé, on peut donc se rallier à l'appréciation de l'expert psychiatre pour conclure que la recourante ne présente aucune pathologie psychique ayant valeur d'invalidité. Partant, on peut en définitive retenir que celle-ci est dotée, depuis octobre 2017, d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses restrictions fonctionnelles, d'ordre purement somatique.

9. a) Selon l'art. 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les

éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). En présence de circonstances particulières, il demeure possible de recourir, à titre subsidiaire, aux données statistiques ressortant de l'ESS pour fixer le revenu hypothétique sans invalidité, les facteurs personnels et les qualifications professionnelles particulières devant toutefois être pris en compte (ATF 142 V 278 consid. 2.5.7 et références citées ; cf. également : Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n°45 ad art. 28a LAI, p. 420).

b) En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidité est évalué sur la base des salaires ressortant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb). Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux

d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

c) Le Tribunal fédéral a, dans un arrêt récent (ATF 148 V 174), jugé qu'il n'y avait aucun motif sérieux et objectif de modifier la jurisprudence selon laquelle la détermination du revenu d'invalidé sur la base des valeurs statistiques se fonde, en principe, sur la valeur centrale, respectivement médiane de l'ESS. Il a rappelé que des correctifs permettent de fixer le revenu d'invalidé de la manière la plus concrète possible, à savoir la déduction supplémentaire (abattement pour facteurs personnels et professionnels) pouvant aller jusqu'à 25 % et la parallélisation des revenus. Un changement de la jurisprudence n'était pas non plus opportun ensuite de l'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022 des modifications législatives et réglementaires dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (ATF 148 V 174 consid. 9.2 et 9.3 ; communiqué de presse du Tribunal fédéral du 9 mars 2022).

10. a) En l'espèce, l'intimé s'est basé sur l'ESS pour fixer le revenu sans invalidité déterminant, ce qui n'apparaît pas critiquable. La recourante n'a en effet exercé que durant quelques mois l'activité de repasseuse et de blanchisseuse. Elle a au surplus déployé des activités dans les domaines de la vente, de l'hôtellerie et restauration, ainsi que des soins à la personne. Le recours au montant total du TA1_tirage skill_level de l'ESS englobe l'ensemble des emplois des secteurs de la production et des services, ce qui permet de tenir compte de la diversité du parcours professionnel de la recourante. Il est, au demeurant, plus élevé et lui est donc plus favorable que le montant correspondant au seul secteur des services de ce même tableau. Pour l'année 2018, le salaire de référence pour une femme, tous secteurs d'activités confondus, dans une activité ne nécessitant pas de compétences professionnelles particulières, s'élevait à 4'371 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2018, tableau TA1_tirage_skill_level, niveau de compétence 1), soit 54'681 fr. par an pour une activité exercée à 100 %, compte tenu de la

durée hebdomadaire de travail de 41,7 heures dans les entreprises (cf. Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1). Ce montant constitue le revenu sans invalidité déterminant pour le calcul.

b) Compte tenu de la jurisprudence fédérale rappelée plus haut (cf. consid. 9b et c supra), l'intimé était légitimé à se fonder sur l'ESS pour fixer le revenu déterminant d'invalidité, dans la mesure où la recourante n'a pas repris d'activité lucrative. Le montant annuel de 54'681 fr., reposant sur l'ESS 2018, TA1_tirage_skill_level, niveau de compétence 1, constitue donc également la base du revenu d'invalidité. Compte tenu d'un abattement de 10 % destiné à prendre en considération les facteurs personnels et professionnels du cas particulier, le revenu d'invalidité déterminant ascende ainsi à 49'213 francs.

c) Contrairement à ce qu'affirme la recourante, il n'y a pas lieu de procéder à la déduction maximale de 25 % dans son cas. L'abattement de 10 % pris en considération par l'intimé reflète adéquatement sa situation personnelle. On rappellera en effet que la recourante vit en Suisse depuis une trentaine d'années et qu'elle y a démontré des facultés d'adaptation professionnelles, en changeant de domaine d'activités à répétées reprises en dépit de son défaut de formation certifiée. Par ailleurs, on ne voit pas que son âge (un peu plus de 48 ans à la date de la décision entreprise) soit véritablement un facteur dissuasif pour un employeur. La recourante est en effet dotée d'une capacité de travail entière, en dépit de limitations fonctionnelles - somme toute - peu contraignantes.

d) On ajoutera que la liste exemplative des activités accessibles à la recourante selon l'intimé ne prête pas flanc à la critique et correspond aux restrictions médicales fixées par le H._____SA. Au demeurant, le montant total du TA1 de l'ESS, lequel fonde le revenu d'invalidité, englobe l'ensemble des secteurs d'activités de la production et des services. Il recouvre donc une large palette d'activités, dont un nombre significatif est suffisamment léger et ne requiert pas de

qualification professionnelle spécifique (cf. par exemple sur cette question : TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2).

11. La comparaison des revenus avec et sans invalidité déterminés ci-avant met en évidence un degré d'invalidité de 10 % ($[(54'681 - 49'213 \times 100) / 54'681]$), ainsi que l'a retenu l'intimé. C'est donc à bon droit que ce dernier a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité, ainsi qu'à des mesures professionnelles, sous réserve d'une mesure d'aide au placement.

12. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 9 juillet 2021 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1_{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, puisqu'elle a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décision du 15 septembre 2021.

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

d) Me Longchamp a été désigné en qualité d'avocat d'office à compter du 13 septembre 2021 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il a produit le relevé des opérations effectuées le 8 avril 2022, justifiant 13 heures et 54 minutes de travail au profit de sa cliente. Les opérations comptabilisées entrent dans le champ temporel et matériel du mandat confié à Me Longchamp. Dès lors, il y a lieu d'arrêter son intervention à 13 heures et 54 minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1, let. a et b, RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance

judiciaire civile ; BLV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent des débours à concurrence de 125 fr. 10 et la TVA au taux de 7,7% à hauteur de 202 fr. 30, ce qui représente un montant total de 2'829 fr. 40 pour l'ensemble des opérations assumées dans la présente cause. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, dont la subrogation demeure réservée (cf. art. 122 al. 2 in fine CPC, également applicable sur renvoi).

e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser la somme de 3'429 fr. 40 (2'829 fr. 40 + 600 fr.) dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC précité. Il incombera à la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; cf. art. 5 RAJ) de fixer les modalités de ce remboursement.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 9 juillet 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs) sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Guy Longchamp, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'829 fr. 40 (deux mille huit cent vingt-neuf francs et quarante centimes), débours et TVA compris.
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office 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, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Guy Longchamp, à Assens (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,

- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :