

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 janvier 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Perreten, assesseur
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jeanne-Marie Monney,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 16 et 17 LPGA ; art. 28 et 29 LAI.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en [...], divorcée, mère de deux enfants majeurs, en Suisse depuis 2003, a travaillé en qualité de femme de chambre, d'employée de nettoyage, d'employée de maison et de gouvernante dès 2009. A compter du mois de janvier 2016, elle a présenté une incapacité de travail de 50 %.

Dans un rapport du 14 décembre 2016, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic de fibromyalgie se manifestant surtout par des douleurs musculaires et articulaires, un état de fatigue et un état dépressif récurrent. L'assurée était alors apte à travailler mais avec des restrictions quant au port de charges lourdes (8-10 kg) et aux mouvements répétitifs du dos ou des articulations des quatre membres. Des horaires irréguliers de nuit étaient contre-indiqués.

L'assurée a déposé le 12 novembre 2020 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en indiquant quant au genre de l'atteinte souffrir de fibromyalgie.

Selon l'extrait du compte individuel AVS de l'assurée, celle-ci a réalisé les revenus suivants depuis 2013 : 13'282 fr. en 2013, 20'931 fr. en 2014, 17'006 fr. en 2015, 16'547 fr. en 2016, 16'221 fr. en 2017, 14'641 fr. en 2018 et 24'523 fr. en 2019.

Dans un rapport du 25 novembre 2020 à l'attention de l'OAI, le Dr G._____ a retenu les diagnostics incapacitants de troubles dépressifs récurrents depuis 2003 et de fibromyalgie depuis 2007. Du point de vue somatique, l'assurée serait éventuellement apte à travailler à 50 % dans un travail manuel très léger adapté à ses troubles fibromyalgiques, sans port de lourdes charges ni mouvements répétitifs. Ses capacités intellectuelles étant également très limitées et sa connaissance du français imparfaite, un travail intellectuel était strictement exclu.

Dans un rapport du 30 novembre 2020, le Dr K._____, rhumatologue traitant depuis le mois d'octobre 2020, a posé les diagnostics de syndrome polyalgique diffus avec troubles neurologiques mal systématisés et de lésions de la substance blanche cérébrale de type démyélinisant mises en évidence par une imagerie par résonance magnétique cérébrale du 11 septembre 2017.

Le 1^{er} décembre 2020, la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie en charge du suivi de l'assurée depuis novembre 2007, a posé les diagnostics de fibromyalgie et de trouble dépressif récurrent, avec effet sur la capacité de travail. La capacité de travail avait été nulle de fin 2007 à fin 2008, puis de 50 % dès 2016, soit environ 3 heures de travail par jour. Dans une activité adaptée, sans surcharge, sans pression, sans stress et tenant compte des douleurs articulaires et musculaires, la capacité de travail devrait être de 70 %, soit 5,5 heures de travail par jour. Le potentiel de réadaptation était bon. La Dre M._____ a fait état d'une très belle évolution depuis 2013, l'assurée étant beaucoup plus stable émotionnellement et arrivant à faire face à des événements très difficiles dans sa vie, notamment des conflits importants dans sa famille. Elle pouvait avoir encore des épisodes dépressifs (surtout en hiver) mais nettement moins graves qu'avant. L'assurée restait régulière dans son travail actuel, malgré ses douleurs.

Suivant l'avis de son Service médical régional (ci-après : le SMR), l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire qui a été confiée au Centre d'expertise S._____, soit plus particulièrement aux Drs C._____, spécialiste en médecine interne générale, Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et H._____, spécialiste en rhumatologie.

Les experts ont examiné l'assurée les 27 octobre et 3 novembre 2021. Dans leur rapport du 18 janvier 2022, ils ont retenu le diagnostic de trouble somatoforme (F45.40), avec effet sur la capacité de travail, et ceux de fibromyalgie, trouble de la réfraction (myopie) (H52.10)

et trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.0), sans effet sur la capacité de travail. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, ils ont retenu dans leur évaluation consensuelle que l'assurée avait été totalement incapable de travailler de fin 2007 à fin 2008 en raison d'un épisode dépressif sévère, puis capable de travailler à 50 % de 2016 au 12 novembre 2020, date de la demande AI, puis à 70 % dès le 1^{er} décembre 2020 jusqu'à la date de l'expertise, et enfin totalement capable de travailler, sans diminution de rendement du point de vue psychiatrique. Les experts ont précisé ne pas avoir d'information relative à la capacité de travail pour la période de 2008 à 2016. Ils ont considéré que l'ancienne activité était adaptée du point de vue psychiatrique. Dans une autre activité adaptée, en tenant compte de sa fatigabilité, surtout en hiver, et de sa labilité thymique, sa capacité de travail, de jour, avec des horaires réguliers, sans responsabilités importantes, était de 100 % à partir de la date de l'expertise, le 3 novembre 2021. Il n'y avait pas de limitation du point de vue rhumatologique ou de la médecine interne.

Sollicité pour avis, le SMR a estimé, le 15 mars 2022, que l'instruction du dossier, complétée par une expertise pluridisciplinaire, permettait d'admettre les limitations fonctionnelles suivantes en raison d'un trouble somatoforme : pas de port de charges de plus 7-10 kg, pas de sollicitations répétitives du rachis et des quatre membres, pas d'horaires irréguliers, fatigabilité, labilité émotionnelle, pas de responsabilité importante, thymie abaissée durant l'hiver. Le SMR a retenu que l'assurée était capable de travailler, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, à 50 % de 2016 au 30 novembre 2020, puis à 70 % dès le 1^{er} décembre 2020.

Dans un projet de décision du 14 avril 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser de prester. Si l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 50 % depuis le mois de janvier 2016, début du délai d'attente d'un an, il apparaissait que dès le 1^{er} décembre 2020 elle était capable de travailler à 70 % dans son activité habituelle de gouvernante ou dans toute activité adaptée à ses limitations

fonctionnelles (pas de port de charges de plus 7-10 kg, pas de sollicitations répétitives du rachis et des quatre membres, pas d'horaires irréguliers, pas de responsabilité importante). Le droit à une rente était né le 1^{er} janvier 2017, à l'issue du délai d'attente d'un an. Toutefois, au vu du dépôt tardif de la demande de prestations, le 12 novembre 2020, l'éventuel droit à une rente ne pouvait s'ouvrir que six mois après ledit dépôt, soit dès le 1^{er} mai 2021. Or, à cette date, l'incapacité de travail de l'assurée était de 30 % dans son activité habituelle. Un degré d'invalidité inférieur à 40 % n'ouvrait pas droit à une rente. Par ailleurs, des mesures professionnelles ne se justifiaient pas, étant donné que l'assurée était en mesure de travailler dans son activité habituelle.

Le 13 mai 2022, l'assurée a fait part de ses objections. Complétant celles-ci le 10 juin 2022, elle a adressé à l'OAI des rapports de ses médecins traitants. Dans un certificat du 8 juin 2022, le Dr K. _____ indiquait que l'assurée présentait une capacité de travail de 30 % au long court, comme indiqué dans son rapport du 30 novembre 2020. Dans un rapport du 2 juin 2022, la Dre M. _____ a rappelé l'anamnèse contenue dans ses précédents rapports, notamment en ce sens que l'assurée avait vécu des périodes de décompensation psychique par le passé (après la naissance de chacun de ses enfants, après la séparation d'avec son mari et en 2019 après avoir augmenté son taux d'activité à 60 % durant l'été). Elle a indiqué que l'assurée était stable lorsqu'elle avait rencontré les experts, du point de vue somatique et psychiatrique, notamment en raison du fait qu'elle travaillait à 33 % uniquement. Dans une activité adaptée, elle a estimé que l'assurée était capable de travailler à 70 % au maximum, permettant de tenir compte de sa fragilité, sa fatigabilité et sa tendance au stress en cas de pression ou de surcharge.

Dans un avis du 6 juillet 2022, le SMR a relevé que l'appréciation de la capacité de travail de la Dre M. _____ rejoignait sa propre appréciation, tandis que le certificat du Dr K. _____ n'apportait pas d'élément susceptible de modifier sa position. Les conclusions du SMR pouvaient donc être maintenues.

Par décision du 28 juillet 2022, l'OAI a refusé d'accorder à l'assurée une rente d'invalidité et des mesures professionnelles, conformément à son projet de décision. Dans un courrier du même jour, l'OAI a pris position sur les griefs soulevés par l'assurée.

B. Par acte sommairement motivé du 14 septembre 2022, A._____, désormais représentée par Me Jeanne-Marie Monney, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Elle a contesté la capacité de travail retenue par l'intimé, qu'elle estimait trop importante, ainsi que les limitations fonctionnelles, sous-estimées selon elle. Elle a en outre soutenu que les limitations en question étaient incompatibles avec son activité habituelle de femme de ménage, étant régulièrement amenée à porter des charges lourdes et à effectuer des mouvements sollicitant de manière répétée le rachis et ses quatre membres. Elle était ainsi d'avis que c'était à tort que l'OAI avait retenu sans plus amples investigations que des mesures professionnelles ne se justifiaient pas.

Dans sa réponse du 18 octobre 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours, en rappelant avoir suivi l'avis du SMR du 1^{er} mars 2022 selon lequel l'exigibilité était de 70 %.

Par réplique du 24 octobre 2022, la recourante a confirmé les conclusions de son recours. Elle a déploré que l'expert rhumatologue n'ait pas discuté la raison pour laquelle il s'était distancé de l'avis du Dr K._____, qui avait pour sa part retenu une capacité de travail réduite en raison d'une exacerbation des douleurs à l'effort et d'une fatigabilité importante et les limitations fonctionnelles suivantes : fatigabilité importante, pas de port de charges ou de mouvements répétitifs. Pour la recourante, une pleine capacité de travail au plan rhumatologique ne pouvait objectivement être retenue. Quant au volet de médecine générale, elle a déploré qu'aucune pathologie ne soit retenue avec effet sur la capacité de travail, estimant là encore que l'expert n'avait pas discuté les constatations et conclusions des Drs G._____ et K._____. S'agissant

ensuite du plan psychiatrique, elle a relevé que tant l'expert du Centre d'expertise S. _____ que sa psychiatre traitante observaient que son trouble dépressif était récurrent et fluctuant. Elle a regretté là encore que les constatations et conclusions des trois médecins traitants quant à sa capacité de travail ne soient pas sérieusement discutées, et que l'expert psychiatre n'explique pas la raison le poussant à conclure que la capacité de travail augmenterait « par le dépôt de la demande AI », passant de 50 % à 70 %. A cet égard, elle a soutenu que l'avis du SMR du 15 mars 2022 qui aurait dû faire la synthèse des différents rapports ne permettait pas de comprendre le raisonnement ayant conduit les experts à retenir une augmentation de la capacité de travail lors du dépôt de la demande AI. La recourante était ainsi d'avis que la capacité de travail évaluée par les experts et par le SMR ne tenait pas compte des éléments avancés par ses médecins traitants et était surestimée, les limitations fonctionnelles étant au demeurant incompatibles avec l'activité de femme de ménage.

Par décision du 27 octobre 2022, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 28 juillet 2022 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'une avocate d'office en la personne de Me Jeanne-Marie Monney.

Dans sa duplique du 22 novembre 2022, l'intimé a derechef conclu au rejet du recours. Il a renvoyé à un calcul du salaire exigible réalisé le 16 novembre 2022. Le revenu sans invalidité y avait été arrêté sur la base des données salariales communiquées par le dernier employeur de l'assurée (17'940 fr.) rapportées à un emploi à plein temps, soit 51'257 fr. 15, tandis que le revenu d'invalidité était arrêté à 37'370 fr. 04 au moyen des données statistiques de l'ESS (ESS 2020, tableau TA1_skill-level, niveau de compétence 1, indexé en 2021) pour une activité à 70 %, sans abattement supplémentaire. Le degré d'invalidité, après comparaison des revenus, était de 27,54 %.

Dans des déterminations du 14 mars 2023, la recourante a fait valoir que l'OAI admettait au moins implicitement qu'il aurait dû procéder

à une comparaison des revenus, estimant que les limitations fonctionnelles retenues rendaient l'activité habituelle d'employée de maison-gouvernante inadaptée. Elle a plaidé dans ce cadre qu'il était erroné d'extrapoler un salaire à plein temps en partant de son salaire d'employée de maison à 35 %, soit un bas taux, alors qu'il y avait au contraire lieu de se fonder sur les données statistiques pour établir le revenu sans invalidité. Se référant à un arrêt du Tribunal fédéral du 13 avril 2022 (TF 8C_682/2021), elle a soutenu que le revenu sans invalidité aurait dû être arrêté à 55'261 fr. pour 2021, au moyen des données statistiques de la ligne 91 de la table T17. Quant au revenu d'invalidé, elle a soutenu qu'il devrait être de 16'144 fr. 10, compte tenu d'une capacité de travail au long cours de 30 % selon le Dr K. _____. Subsidiairement, si une capacité de travail de 70 % était retenue en suivant l'avis du SMR, le revenu d'invalidé serait de 37'669 fr. 60. Au vu de ses limitations fonctionnelles somatiques et psychiques, un abattement de 15 % se justifiait, portant le revenu d'invalidé à 32'019 fr. 16, ce qui ouvrirait le droit à une rente de 42 % (respectivement à une rente entière compte tenu d'un revenu d'invalidé de 13'722 fr. 45 [16'144 fr. 10 avec abattement de 15 %]). La recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, à titre de mesure d'instruction.

Le 13 avril 2023, l'intimé a expliqué que si l'activité habituelle concrètement exercée auprès du précédent employeur ne semblait plus possible, les limitations fonctionnelles retenues n'empêchaient pas la recourante d'œuvrer dans le domaine des nettoyages, par exemple dans une entreprise comprenant plusieurs personnes où les tâches pourraient être réparties, un collègue se chargeant des tâches exigeant un port de charges de plus de 7-10 kg. L'OAI a produit avec son écriture une communication interne du 11 avril 2023, relative au calcul du degré d'invalidité.

Le 10 juillet 2023, la recourante a maintenu que le revenu sans invalidité arrêté au moyen d'un calcul hypothétique de son revenu à plein temps n'était pas représentatif et qu'il y avait lieu de se référer à la table T17, comme retenu dans l'arrêt TF 8C_682/2021 du 13 avril 2022. Le

tableau TA1_tirage_skill_level n'était par ailleurs pas assez représentatif, les branches 77 à 82 ne reflétant pas sa situation. Le revenu d'invalidé devait quant à lui être déterminé sur la base des données de l'ESS. Concernant l'abattement, il y avait lieu de tenir compte des absences non prévisibles dues à une maladie qui évolue par poussées, ainsi que de ses nombreuses limitations fonctionnelles. Son revenu serait également moins élevé du fait qu'elle était une femme au bénéfice d'un permis C, comme cela ressortait du tableau TA12.

L'intimé s'est encore déterminé le 3 août 2023, en renvoyant à une communication interne du 24 juillet 2023. Il ressortait de ce document qu'aucun élément nouveau n'était apporté, hormis la référence à la table TA12 qui n'était toutefois pas applicable à l'AI (cf. CIRAI, annexe III).

Se déterminant le 8 septembre 2023, la recourante a réitéré ses arguments quant à l'abattement. Elle a ajouté que les circulaires n'avaient certes pas d'effet contraignant pour le juge mais qu'il y avait lieu d'en tenir compte pour une application uniforme du droit.

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 compte tenu des fêtes estivales (art. 60 et 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les

autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. En l'occurrence, la naissance éventuelle du droit à une rente est antérieure au 1^{er} janvier 2022, de sorte que l'ancien droit demeure applicable.

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

raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^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).

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).

b) 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).

Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

4. En l'espèce, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire comportant un volet de médecine interne, de

rhumatologie et de psychiatrie, qui a été confiée aux Drs C._____, H._____, et Q._____ du Centre d'expertise S._____.

L'OAI a estimé, sur la base du rapport d'expertise du 18 janvier 2022, ainsi que de l'avis du SMR, que la recourante présentait depuis le 1^{er} décembre 2020 une capacité de travail de 70 % aussi bien dans son activité habituelle de gouvernante, que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 7-10 kg, pas de sollicitations répétitives du rachis et des quatre membres, pas d'horaires irréguliers, pas de responsabilité importante).

La recourante conteste l'appréciation que font les experts de sa capacité de travail, estimant qu'elle est en contradiction avec celle arrêtée par ses médecins traitants.

a) Le rapport d'expertise de Centre d'expertise S._____ comprend un volet rhumatologique, investigué par le Dr H._____.

Celui-ci a exclu tout diagnostic incapacitant et retenu que le diagnostic de fibromyalgie n'avait pas d'influence sur la capacité de travail. Il a indiqué que ce diagnostic était confirmé, au terme de son expertise, par la présence de 17/19 points positifs. La symptomatologie était ancienne et les traitements n'avaient pas permis d'améliorer les symptômes douloureux. Il n'y avait toutefois pas de somnolence ni de troubles mnésiques, et la fatigue était modérée. Il a ajouté que le degré global de sévérité de cette fibromyalgie était très faible et évalué à 3/12, soit 2/9 au test SSA (asthénie, somnolence, troubles mnésiques) et 1/3 au test SSB pour les signes associés. Le diagnostic n'avait ainsi pas d'influence sur la capacité de travail. Pour le surplus, le Dr H._____ a précisé que l'examen clinique était quasiment normal, ce qui démontrait qu'il s'agissait bien d'une fibromyalgie ; la mobilité de toutes les articulations était conservée et l'examen neurologique était parfaitement normal. En outre, il n'y avait pas d'argument pour une polyarthrite inflammatoire, ni de signe d'une spondylarthropathie, ni de pathologie auto-immune, raison pour laquelle aucun examen complémentaire n'avait

été demandé et en particulier radiologique. Cette appréciation apparaît motivée et convaincante.

S'il est exact que l'appréciation de l'expert H. _____ n'est pas superposable à celle du Dr K. _____, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle affirme que l'expert rhumatologue n'a pas discuté les raisons de cette divergence. Il a en effet pris connaissance des rapports du Dr K. _____, puis procédé à un examen complet de la recourante. Sur la base de cet examen et de l'étude des pièces du dossier, il a relevé que l'examen clinique était quasiment normal. Il a au demeurant bien noté en quoi consistaient les plaintes de la recourante, à savoir des douleurs sur la face antérieure des deux épaules, quelques douleurs lombaires et parfois des douleurs des genoux, sans douleurs nocturnes ni dérouillage matinal (cf. point 3.2 du volet rhumatologique) Le Dr H. _____ a en outre bien indiqué que la fatigue de l'intéressée était devenue plus importante à l'été 2019, car elle avait pris un travail supplémentaire de nettoyage en hôtel pendant les vacances, lequel s'était associé à des problèmes avec son compagnon, ainsi qu'à une cohabitation difficile avec son fils. Toutes ces difficultés l'avaient amenée à faire une demande de prestations AI le 12 novembre 2020 (cf. point 7.1 du volet rhumatologique). Le Dr H. _____ a au demeurant clairement étayé le diagnostic de fibromyalgie qu'il a retenu. Dans la mesure où ce diagnostic est posé et discuté avec soin, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle affirme que l'expert rhumatologue n'a pas discuté la raison pour laquelle il s'est distancé du Dr K. _____.

Au demeurant, le SMR, par avis du 15 mars 2022, a ajouté aux limitations fonctionnelles retenues par les experts dans leur évaluation consensuelle celles de port de charges de plus de 7-10 kg et de sollicitations répétitives du rachis et des quatre membres, rejoignant ainsi en cela les limitations fonctionnelles retenues par les Drs G. _____ et K. _____.

Enfin, le bref certificat établi le 8 juin 2023 par le Dr K. _____ selon lequel la capacité de travail de l'assurée ne serait que de 30 %, n'est

pas motivé et ne permet donc pas de remettre en cause les conclusions du Dr H._____.

b) Le volet de médecine interne de l'expertise a été confié au Dr C._____, qui a exclu tout diagnostic incapacitant et posé le diagnostic de troubles de la réfraction, myopie (H52.1), sans effet sur la capacité de travail. L'expert a examiné avec soin l'assurée, listé ses plaintes et procédé à examen détaillé par status, plus particulièrement les status endocrinologique, dermatologique, hémato-immunologique, cardiovasculaire, respiratoire, digestif, urinaire, ophtalmologique, ORL et neurologique. Il a rapporté que l'assurée, qui travaillait à raison de 14 heures par semaine, estimait ne pas pouvoir travailler plus et bénéficiait donc de l'aide sociale. Elle souffrait d'une fibromyalgie, ce qui relevait de l'expertise rhumatologique. Il existait en parallèle un état dépressif traité. Le problème somatique était d'ordre rhumatologique et la gêne au quotidien était présente lors du port de charges et des gestes répétitifs. S'il était évoqué une potentielle atteinte neurologique, du fait des doléances mal systématisées, le Dr C._____ n'a relevé aucun élément au dossier qui aurait permis d'étayer une quelconque cause de cet ordre, même s'il existait des antécédents familiaux. En définitive, il a indiqué être face à un symptomatologie douloureuse chronique dont le substrat organique devrait être défini par les expertises rhumatologique et psychiatrique. Sur le plan de la médecine purement interne, il n'y avait en effet pas d'affection susceptible d'interférer avec cette symptomatologie et de limiter la capacité de travail.

Cette appréciation est congruente avec les différents rapports au dossier. Il apparaît en effet que l'expert a évoqué les problématiques ayant trait aux volets rhumatologique et psychiatrique de l'expertise, comme relevées par les médecins traitants de l'assurée. Toutefois, sur le plan de la médecine interne, force est de constater que les Drs K._____ et G._____ n'ont évoqué aucun diagnostic ou pathologie interne, de sorte que rien ne s'oppose aux conclusions de l'expert C._____.

c) L'aspect psychiatrique a été évalué par le Dr Q._____, qui a retenu les diagnostics de trouble somatoforme (F45.40), avec incidence sur la capacité de travail, et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.0), sans effet sur la capacité de travail. Après avoir établi l'anamnèse de l'assurée, par système, et listé ses plaintes, l'expert psychiatre a relevé que l'intéressée avait sûrement présenté quelques troubles d'attention et une carence affective pendant son enfance ou son adolescence, sans trouble psychopathologique patent. Les premiers troubles psychiatriques étaient apparus à la naissance de son premier enfant, en 1995. Ce trouble avait été étiqueté jusqu'à ce jour comme dépression postnatale, mais il semblait plus s'agir d'une psychose puerpérale. L'assurée avait ensuite eu une rechute dépressive manifestée par une insomnie brutale en 1998, puis en 2003 après la naissance de son deuxième enfant, en 2005 après la séparation conjugale et enfin en 2012 et en octobre 2013 en raison d'une perte d'emploi. Elle a ensuite présenté des épisodes dépressifs, surtout en hiver. A partir du 1^{er} décembre 2020, sa psychiatre traitante considérait qu'elle pouvait effectuer un travail adapté à 70 %. A l'issue de son entretien, l'expert psychiatre a estimé qu'il n'existait pas de trouble de la personnalité, avec tout au plus une légère dimension histrionique. Il n'y avait en outre, au jour de l'expertise, pas d'état dépressif caractérisé, mais uniquement un trouble somatoforme persistant en raison des douleurs chroniques, qui n'étaient toutefois pas forcément quotidiennes et étaient très fluctuantes, mal systématisées et sans substrat organique. Le Dr Q._____ rejoint ainsi la psychiatre traitante en retenant un trouble dépressif récurrent. Il a toutefois estimé que ce trouble était actuellement en rémission et n'était donc pas incapacitant. Il a relevé que les symptômes qui persistaient à ce jour étaient des troubles du sommeil, sans ralentissement, et des troubles douloureux. Il a constaté que l'assurée était euthymique, sans avoir repéré d'état dépressif. Son appétit était bon, l'énergie était variable mais en fonction de la météo, sans irritabilité. L'assurée n'avait jamais présenté de trouble euphorique ou maniaque, elle ne présentait plus d'idée de culpabilité, ne se sentait pas dévalorisée et l'avenir n'était pas vu de manière pessimiste. L'intéressée pouvait être stressée et fatigable, surtout en hiver. Les douleurs dont elle se plaignait étaient peu systématisées,

mais ne la mettaient pas en situation de détresse. Il n'existait pas de trouble anxieux.

Concernant la compliance au traitement, l'expert psychiatre a constaté que le traitement actuel était conforme aux règles de l'art. Le dosage sanguin de l'antidépresseur pris par l'assurée correspondait à la dose prescrite. Le suivi régulier devait être poursuivi tant au niveau médicamenteux qu'au niveau du suivi psychiatrique. L'expert a encore procédé à l'analyse des ressources de l'assurée et retenu qu'elle avait quelques amis et un compagnon, qu'elle était capable de s'adapter aux règles, de structurer ses tâches, d'assurer ses soins, de se déplacer sans difficulté (en voiture, à vélo ou en train) et de s'organiser. Sur le plan de la cohérence et de la plausibilité, l'expert a relevé qu'il n'y avait aucune incohérence dans l'expression des troubles qui persistaient, ni divergence entre les symptômes décrits et ses propres constatations. En fondant son analyse sur la base de la grille des indicateurs, l'expert a livré une appréciation qui peut se voir conférer une pleine valeur probante.

On précisera que, contrairement à ce que la recourante soutient, ce n'est pas le dépôt de la demande de prestations qui a fondé l'augmentation de la capacité de travail de 50 à 70 %, mais bien le fait que la psychiatre traitante elle-même a estimé que la capacité de travail était de 70 % à compter du 1^{er} décembre 2020 (cf. rapports des 1^{er} décembre 2020 et 2 juin 2022). L'expert le signale en effet dans son évaluation médicale et médico-assurantielle.

d) Pour le surplus, les experts ont procédé à une évaluation consensuelle du cas, à l'issue de laquelle ils ont retenu les diagnostics posés dans chacune de leur évaluation individuelle et ont constaté que la capacité de travail avait été nulle entre la fin 2007 et la fin 2008, puis de 50 % de 2016 au 12 novembre 2020, de 70 % dès le 1^{er} décembre 2020 puis entière dès la date de l'expertise, le 3 novembre 2021. Toutefois, le SMR, suivant en cela l'appréciation de la Dre M. _____, a estimé que la capacité de travail de la recourante était de 70 % depuis le 1^{er} décembre 2020, au motif que les limitations décrites avec un trouble dépressif

récurrent en rémission et un trouble somatoforme ne permettraient pas d'exercer une activité à plein temps (cf. avis SMR des 15 mars 2022 et 6 juillet 2022), ce qui apparaît convaincant.

L'OAI était ainsi fondé à se baser sur l'expertise probante du Centre d'expertise S._____ et l'avis du SMR pour retenir que la recourante présente une capacité de travail de travail de 70 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir tenant compte de ses algies, sa fatigabilité surtout en hiver et sa labilité thymique, sans port de charges de plus de 7-10 kg, sans sollicitations répétées du rachis et des quatre membres, sans horaires irréguliers, sans responsabilité importante.

5. Dans un autre moyen, la recourante conteste le caractère adapté de son activité habituelle, et plaide en faveur de l'application de la table T17 de l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité. Elle estime ensuite que compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 30 %, avec un abattement de 15 %, elle aurait droit à une rente entière. Très subsidiairement, elle soutient qu'en retenant une capacité de travail de 70 %, également avec un abattement de 15 %, elle aurait droit à un quart de rente.

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 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). 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).

Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS

et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

b) En l'occurrence, la capacité de travail de la recourante n'est pas de 30 %, mais de 70 % (cf. consid. 4d ci-dessus). Est en revanche débattue la question de savoir si l'activité habituelle est adaptée. L'OAI admet en effet que l'activité concrètement exercée auprès du précédent employeur ne semble plus possible, mais estime que les limitations fonctionnelles retenues n'empêcheraient pas la recourante d'œuvrer dans le domaine des nettoyages, par exemple dans une entreprise comprenant plusieurs personnes où les tâches pourraient être réparties, un collègue se chargeant des tâches exigeant un port de charges de plus de 7-10 kg.

aa) Il y a lieu de constater que les limitations fonctionnelles retenues paraissent difficilement compatibles avec une activité de femme de ménage/gouvernante/employée de maison. L'OAI ne pouvait en conséquence pas retenir que l'assurée disposait d'une capacité de travail dans son activité habituelle et retenir que le taux d'invalidité correspondait au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4). Dans ces circonstances, il convient de procéder à une comparaison des revenus.

bb) En procédure, l'OAI a remis un calcul du salaire exigible réalisé le 16 novembre 2022, dont il ressort que le revenu sans invalidité a

été déterminé en tenant compte du revenu réalisé par l'assurée auprès de son dernier employeur (1'380 fr. selon le rapport employeur complété le 27 décembre 2020), en tant qu'employée de maison, ramené à un salaire à temps complet, soit un revenu sans invalidité de 51'257 fr. 15, en 2021. L'OAI a en effet considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée travaillerait à plein temps, au vu de sa situation personnelle et financière, ce qui n'est pas contesté.

En présence de telles données salariales, l'OAI pouvait légitimement se fier aux salaires perçus pour arrêter le revenu sans invalidité, sans avoir recours aux données statistiques contenues dans l'ESS. Les données salariales permettent en effet de déterminer de manière concrète ce qu'aurait gagné l'assurée en tant qu'employée de maison, si elle avait travaillé à 100%, cas échéant auprès de plusieurs employeurs (cf. consid. 5a ci-dessus).

On observera que le revenu sans invalidité retenu par l'OAI est plus favorable à la recourante que celui qui serait arrêté au moyen du salaire médian statistique de la branche 77, 79-82 « Activités de services admin (sans 78) » de l'ESS (49'189 fr. 32 ; ESS 2020, tableau TA1_skill-level, niveau de compétence 1 pour une femme travaillant à 100 %, indexé en 2021). La recourante ne peut au demeurant être suivie lorsqu'elle soutient qu'il y aurait lieu de faire application de la table T17, qui serait plus spécifique. L'assurée travaillait en effet au moment du dépôt de sa demande de prestations, de sorte qu'en présence de données salariales concrètes, on ne recourt pas aux données statistiques. La table T17 contient en outre les données salariales regroupées par profession, âge et sexe, dans les secteurs privés et publics. Or, rien ne permet de retenir que l'assurée aurait travaillé dans le secteur public, au vu des activités exercées par le passé. Les emplois de gouvernante et d'employée de maison sont en effet spécifiques au secteur privé, sans que l'on ne trouve d'équivalent dans le secteur public. Enfin, il y a lieu de relever que dans l'arrêt dont se prévaut la recourante (TF 8C_682/2021 du 13 avril 2022) le Tribunal fédéral a estimé que le recours aux données spécifiques d'une branche de la table T17 se justifiait pour permettre la

parallélisation du revenu sans invalidité de l'assuré concerné avec celui de la branche dans laquelle il œuvrait. Les circonstances du cas d'espèce diffèrent sensiblement de celles de l'arrêt en question et ne justifient donc pas le recours à la table T17.

cc) Concernant le revenu avec invalidité, la recourante ne conteste pas le recours aux données statistiques de l'ESS, mais soutient qu'un abattement de 15 % devait être appliqué audit revenu. Or, dans la mesure où la capacité de travail de 70 % intègre déjà les limitations fonctionnelles (cf. avis SMR du 15 mars 2022), l'OAI n'avait pas à en tenir compte une deuxième fois. En effet, les limitations fonctionnelles incluses dans l'examen de la capacité de travail résiduelle ne doivent pas avoir d'influence supplémentaire sur l'examen de l'abattement, afin d'éviter une double prise en compte du même aspect (TF 9C_481/2017 du 1^{er} décembre 2017 consid. 5.2). En outre, la recourante est certes de nationalité étrangère, mais elle est au bénéfice d'un permis d'établissement C, de sorte que son statut en droit des étrangers ne la place pas dans une situation précaire. Elle est au demeurant en Suisse depuis 2003, ce qui ne justifie pas non plus un abattement supplémentaire.

dd) La comparaison du revenu sans invalidité de 51'257 fr. 15 avec le revenu d'invalidité de 37'370 fr. 04 aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 27,1 %, inférieur à 40 %, qui exclut le droit à la rente.

c) A toutes fins utiles, on relèvera encore que selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). Aux termes de l'art.

17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; 124 V 108 consid. 2b).

Certes, le seuil de 20 % est dépassé, ce qui devrait conduire à examiner le droit à une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI. La recourante ne peut cependant pas prétendre à un tel reclassement professionnel, dès lors que sa capacité de gain n'apparaît pas susceptible d'être améliorée par dite mesure, des activités simples et répétitives lui étant accessibles. D'autres mesures de réadaptation ne sont pas non plus susceptibles d'entrer en ligne de compte, dès lors que les limitations fonctionnelles ne rendent pas illusoire l'existence d'une capacité de travail sur un marché équilibré de travail (TF 9C_597/2018 du 18 janvier 2019 consid. 5).

6. Il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer, sans qu'il apparaisse nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1).

7. **a)** Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGGA).

d) S'agissant du montant de l'indemnité due au conseil d'office, elle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RA) [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, selon la liste des opérations communiquée le 20 septembre 2023, Me Monney a chiffré à 22 heures et 24 minutes le temps consacré au dossier de la recourante.

S'il convient d'en tenir compte pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. En effet, plusieurs opérations figurant dans la liste ne sont manifestement pas en rapport avec la présente cause et doivent être retranchées. Il s'agit des opérations relatives à des contacts avec les médecins de l'assurée qui n'ont toutefois établi aucun rapport figurant au dossier. Doivent également être retranchées les opérations consistant en la prise de connaissance de courriers ou courriels, ne nécessitant qu'une brève lecture. En outre, trois opérations des 2 septembre, 12 septembre et 21 novembre 2022, soit un total de 3 heures, ont été réalisées par une avocate collaboratrice de l'étude, dont les initiales sont « MJ », qui n'a pas été autorisée à procéder au titre de l'assistance judiciaire. Il y a donc lieu de retrancher ces

opérations du total des heures, en l'absence de circonstances particulières (ATF 143 III 10 consid. 3.1 ; 141 I 70 consid. 6 ; TC CASSO - PP 6/19 - 37/2020). Au final, les heures réalisées doivent être ramenées à 14 heures et 57 minutes. Compte tenu du tarif horaire applicable, du forfait de 5 % pour le défraiement des débours et de la TVA, l'indemnité de Me Monney est arrêtée à 3'043 fr. 10, TVA par 217 fr. 55 et débours par 134 fr. 55 compris.

La rémunération de l'avocate d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant des frais de justice et de l'indemnité d'office dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 28 juillet 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement supportés par l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Jeanne-Marie Monney, conseil d'office d'A._____, est arrêtée à 3'043 fr. 10 (trois mille quarante-trois francs et dix centimes), débours et TVA compris.

- V.** 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 de son 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 à :

- Me Jeanne-Marie Monney (pour A. _____),
- 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 :