

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mars 2024

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Di Ferro Demierre et Berberat, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me David Métille, avocat, à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1977, est mariée et mère de trois enfants désormais adultes. Sans formation professionnelle certifiée, elle est entrée en Suisse en 2011 et a exercé essentiellement des activités dans le domaine des nettoyages. En dernier lieu, elle a travaillé pour la société F._____SA dès octobre 2012 à 90 % et auprès de H._____SA dès septembre 2017 à environ 20 %, en qualité d'agente d'entretien. Ses contrats de travail ont été résiliés en novembre 2018, respectivement en janvier 2019.

A l'issue d'une procédure de détection précoce, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 13 juin 2018, annonçant souffrir de fibromyalgie et de fatigue depuis septembre 2017, responsables d'incapacités de travail à des taux variables depuis le 1^{er} février 2018.

Procédant à l'instruction de cette requête, l'OAI a recueilli le dossier constitué par l'assureur perte de gain en cas de maladie et des rapports auprès des médecins traitants de l'assurée, ainsi qu'auprès de ses employeurs.

Le 18 juillet 2018, H._____SA a indiqué que l'assurée travaillait, depuis le 1^{er} septembre 2017, à hauteur de 9 heures par semaine (sur 42,5 heures usuellement travaillées au sein de l'entreprise), pour un salaire horaire de 18 fr. 95, majoré de 1 fr. 57 au titre d'indemnité de vacances et de 1 fr. 70 au titre de treizième salaire, ce qui correspondait à un salaire horaire total de 22 fr. 22 (valable dès le 1^{er} janvier 2018).

Par rapport du 31 juillet 2018, la Dre S._____, médecin adjointe du Service d'anesthésiologie et d'antalgie de l'Hôpital [...], a posé le diagnostic incapacitant de fibromyalgie, présent depuis trois ans.

L'assurée avait été intégrée dans un programme de prise en charge pluridisciplinaire et invitée à poursuivre un suivi psychologique.

F. _____ SA a rapporté, le 8 août 2018, que l'assurée avait été engagée à 90 % depuis le 8 octobre 2012. Elle travaillait 38,7 heures par semaine (sur 43 heures usuellement travaillées dans l'entreprise) et réalisait un salaire mensuel de 3'420 fr. dès le 1^{er} janvier 2014, soit un revenu annuel de 44'460 francs.

Dans un rapport du 18 août 2018, le Dr C. _____, médecin généraliste traitant, a retenu les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de somnolence diurne excessive en cours d'investigation au sein du Centre hospitalier D. _____ (depuis 2016), de fibromyalgie (depuis 2013) et d'état dépressif (depuis 2016). La capacité de travail était estimée à 70 % dans l'activité habituelle depuis le 6 août 2018 et à 50-70 % dans une activité adaptée. Des documents d'imagerie, annexés au rapport, mettaient en évidence des altérations dégénératives débutantes de la colonne cervicale, avec rétrécissement modéré en C5-C6 à gauche, et une discarthrose L3-L4 et L4-L5 sans autre altération.

L'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle auprès de la Fondation J. _____ par communication du 19 novembre 2018. Un stage mis en œuvre à 50 % au sein d'un centre commercial a permis de constater qu'une activité de caissière apparaissait adaptée, en dépit de la survenance d'une fatigue et d'une vulnérabilité émotionnelle, tandis que l'assurée ne pouvait rester debout plus d'une heure (cf. rapport de synthèse de la Fondation J. _____ du 27 juin 2019).

Le Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 2 septembre 2019, mentionnant une prise en charge de l'assurée de juin 2016 à mai 2017, ainsi que depuis le 24 mai 2018. Il retenait les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent depuis mai 2016, épisode actuel moyen, et de personnalité émotionnellement labile depuis juillet 2016. A son avis, une reconversion professionnelle apparaissait possible à 40-50 % dans une

activité essentiellement adaptée aux restrictions somatiques, ainsi qu'aux difficultés de sa patiente à gérer le stress et les émotions.

Sur recommandation du Service médical régional (SMR), l'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire de l'assurée, dont le mandat a été confié au K.____ (ci-après : le K.____). Dans leur rapport du 10 février 2020, les Drs L.____, spécialiste en médecine interne générale, M.____, spécialiste en rhumatologie, et N.____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenus les diagnostics de neurasthénie (F48.0), de fibromyalgie (M79.7), d'altérations dégénératives débutantes cervicales, de discarthrose L3-L4 et L4-L5 sans autre signe (M47.9), d'obésité et de syndrome des jambes sans repos (G25.8). Des limitations fonctionnelles étaient retenues sur le plan rhumatologique, en lien avec le soulèvement de charges de plus de 10 kg et le port de charges de plus 15 kg. Cela étant, aucune incapacité de travail n'était retenue, compte tenu des ressources de l'assurée, en dépit d'une capacité de résistance et d'endurance très légèrement diminuée en raison de la fatigue alléguée. En particulier, les diagnostics évoqués par le psychiatre traitant n'étaient pas retenus, faute d'être suffisamment étayés.

Fondé sur les conclusions des experts du K.____, validées par le SMR, l'OAI a rendu une décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité le 12 juin 2020, en l'absence d'atteinte à la santé durablement incapacitante.

B. B.____, représentée par Me David Métille, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 18 août 2020, concluant à l'allocation d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, depuis le 1^{er} février 2019. Elle contestait essentiellement l'appréciation des experts du K.____ sur le plan psychiatrique, se prévalant d'un nouveau rapport du Dr G.____ du 12 août 2020. Ce dernier faisait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, en rémission partielle (F32.2), avec des épisodes de récurrence en 2013, 2014, de février à octobre 2016, en mai 2018 et en juin 2020.

L'assurée présentait des troubles de la mémoire et de la concentration, une labilité émotionnelle, une fatigabilité et un pessimisme. La capacité de travail était estimée à 50 % dans une activité adaptée.

Par arrêt du 31 août 2021 (AI 237/20 - 246/2021), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assurée, annulé la décision de l'OAI du 12 juin 2020 et renvoyé la cause à ce dernier pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise, comprenant à tout le moins un volet rhumatologique et psychiatrique. La cour cantonale relevait notamment que l'analyse opérée par le K._____ sur le plan rhumatologique ne pouvait être suivie, le Dr M._____ ayant mis en évidence des limitations fonctionnelles sans toutefois ne retenir aucun diagnostic dans son domaine de compétence. Sur le plan psychiatrique, l'appréciation du Dr N._____ apparaissait insuffisante, tandis que ce médecin avait associé la neurasthénie à un syndrome de fatigue chronique (du ressort de la neurologie) et n'avait pas discuté les données fournies par le psychiatre traitant. Il n'était par ailleurs pas possible de se positionner à l'aune de la grille des indicateurs pertinents selon la jurisprudence fédérale. Enfin, l'appréciation consensuelle ne discutait aucunement des discordances entre les experts quant aux ressources à disposition de l'assurée.

C. Se conformant à l'arrêt cantonal ci-dessus, l'OAI a confié une expertise pluridisciplinaire à la Clinique P._____ le 24 novembre 2021. Les Drs I._____, spécialiste en médecine interne générale, R._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont communiqué leur rapport le 25 juillet 2022. Aux termes de leur évaluation consensuelle du cas, ils ont diagnostiqué une fibromyalgie (M79.7) et une neurasthénie (F32.8), lesquelles entraînaient au maximum une diminution de rendement de 30 % dans toutes activités, alors que la capacité de travail de l'assurée demeurait entière en taux horaire. Ils ont justifié leur évaluation comme suit :

« [...] L'assurée a bénéficié d'un suivi psychiatrique pour ce qui a été considéré comme un trouble dépressif récurrent associé à un trouble de la personnalité.

Elle était encore jusqu'à une date récente au bénéfice d'un suivi psychiatrique et psychologique régulier. Elle a mis un terme à ce suivi, en accord avec son psychiatre traitant, en raison d'une certaine amélioration de son état.

De longue date on avait reconnu chez elle une fibromyalgie, associée à d'autres atteintes sans substrat somatique, notamment une colopathie fonctionnelle. Elle s'est plainte également d'une somnolence diurne, associée à des troubles du sommeil qui n'ont pas trouvé d'explication et avaient été imputés au trouble de l'humeur.

[...]

Aujourd'hui, même si elle reconnaît une certaine amélioration sur le plan de son humeur, si elle prend de nouveau goût aux activités de loisirs qui l'avaient toujours intéressée jusqu'à 2015 environ, elle se sent toujours totalement incapable de travailler.

Elle impute cette incapacité avant tout à ses douleurs, qui ont la particularité d'être migrantes d'un site à l'autre, mais n'épargnent pratiquement aucune région anatomique. Curieusement les passages d'un site à l'autre s'effectuent sur plusieurs semaines.

De manière également étonnante, l'assurée cote ses douleurs au niveau très élevé de 9/10 sur l'EVA.

Aux douleurs s'associe une fatigue intense et, si l'assurée se sent capable d'avoir des journées assez actives, elle déclare le payer dès la nuit suivante par l'exacerbation des douleurs et de la fatigue.

Elle admet néanmoins être assez active, avec un certain volontarisme et, si elle est venue au centre d'expertises au volant de sa propre voiture, c'est pour montrer son état de fatigue à l'arrivée, lequel était pourtant très loin d'être frappant cliniquement.

6.2 Evaluation de la cohérence et de la plausibilité

On note donc une certaine discordance entre le volontarisme décrit ci-dessus et les plaintes de l'assurée. Elle ne fait pas mystère de ses différentes activités d'entretien de la maison, de ses promenades, de ses relations sociales, de ses projets d'acquisition d'un vélo.

Après son trajet en voiture pour venir au centre d'expertises, on observait une personne vive, par sa collaboration à l'anamnèse, par sa gestuelle spontanée fluide, capable de marcher sur les talons ou la pointe des pieds.

Si on ne distinguait pas chez elle de volonté délibérée d'amplifier ses plaintes, on était donc frappé par le contraste entre ses plaintes douloureuses, d'une part, et, d'autre part, sa présentation et la description de sa vie quotidienne, pratiquement normale.

6.3 Diagnostics

Le diagnostic de fibromyalgie a été de longue date évoqué chez cette assurée. Le caractère migrant des douleurs est le seul critère qui s'écarte des critères diagnostiques de l'ACR de 2011 et de ceux révisés en 2016. Si l'on fait abstraction de cet écart, le tableau correspond au diagnostic de **fibromyalgie (M79.7)**, lequel est donc retenu.

Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par le psychiatre traitant ne peut être accepté, puisque aucun épisode n'avait été observé avant 2016. Par contre,

l'anamnèse permet de retrouver les critères d'un épisode dépressif moyen, au moins lors des années 2016 et 2017.

Cet épisode s'est résolu au plus tard à la fin 2018 et il est maintenant en rémission complète.

Les symptômes persistants sont ceux d'une **neurasthénie (F32.8)**, diagnostic également retenu par l'expert psychiatre lors de l'expertise de février 2020.

7. EVALUATION MEDICO-ASSURANTIELLE

7.1 Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc..., discussion des chances de guérison

Sur le plan de ses douleurs l'assurée ne reconnaît aucun bénéfice des infiltrations réalisées dans les coudes, droit puis gauche, et elle déclare n'avoir que peu de bénéfice de son traitement antalgique actuel.

Le traitement d'Oxycodone et Naloxone, pris le soir à faibles doses, a essentiellement un effet sur la qualité du sommeil. L'assurée consomme aussi des antalgiques de classe I, en quantité relativement modérée puisque cela ne lui apporte, selon elle, aucun bénéfice.

Sur le plan psychiatrique, l'épisode dépressif survenu entre 2016 et 2018 a réagi favorablement à la prise en charge psychiatrique, en dépit d'une probable mauvaise observance du traitement médicamenteux.

La neurasthénie reconnue actuellement ne justifie pas qu'un traitement soit institué.

[...]

7.2 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Aucune limitation fonctionnelle n'est retenue sur le plan ostéoarticulaire. L'assurée est capable de reprendre son activité de nettoyage dans le cadre d'une activité professionnelle, comme elle le fait dans la vie courante.

Sur le plan psychiatrique, l'évaluation des capacités selon le canevas de la mini-CIF-APP (voir rapport psychiatrique), conclut à une autolimitation en matière de planification et structuration des tâches, par crainte d'aggraver ses douleurs et sa fatigue.

Mais pour le reste, l'assurée dispose encore de ressources très significatives, qui pourraient parfaitement être mises en œuvre dans l'activité antérieure.

8. REPONSES AUX QUESTIONS DU MANDANT

8.1 Capacité ou incapacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Sur le plan psychiatrique un épisode dépressif moyen a pu survenir au cours des années 2016 et 2017, mais il ne s'est prolongé, au plus tard, que jusqu'à la fin de l'année 2018, pas au-delà.

La neurasthénie, comme les douleurs, peuvent être responsables d'une diminution du rendement. Si l'on prend en compte ces deux facteurs cette diminution atteindrait au maximum 30 %, dans toute activité, y compris dans l'activité antérieure.

Dans cette activité antérieure comme dans toute activité, la capacité de travail est entière en taux horaire. [...] »

Par complément du 28 novembre 2022, les experts de la Clinique P._____ ont précisé, à la demande du SMR, qu'une incapacité de travail pouvait être reconnue, à l'instar de celle prononcée par le médecin traitant de l'assurée (soit dès le 1^{er} février 2018) jusqu'à la fin de l'année 2018. Dès janvier 2019, seule une baisse de rendement maximale de 30 % sur un plein temps pouvait être admise.

Dans un rapport du 23 décembre 2022, le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a considéré que des mesures professionnelles ne se justifiaient pas dans le cas de l'assurée, faute de formation certifiée antérieure, en l'absence des conditions objectives et subjectives à leur mise en œuvre. Envisageant une évaluation du degré d'invalidité sur la base d'une comparaison en pour-cent, il a également procédé à une comparaison des revenus en déterminant le revenu d'invalidé sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), à savoir 38'621 fr. compte tenu d'une baisse de rendement de 30 %. Le revenu sans invalidité était chiffré à 48'937 fr., englobant les salaires réalisés par l'assurée en 2017 auprès de ses deux employeurs selon l'extrait de compte individuel AVS (CI). Le préjudice économique de 10'315 fr. correspondait à un degré d'invalidité de 21,08 %.

Par projet de décision du 11 janvier 2023, l'OAI a informé l'assurée de son intention de prononcer un refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité, vu le taux d'invalidité précité.

Assistée de Me Métille, l'assurée s'est opposée au projet de décision de l'OAI par pli du 10 février 2023, complété le 21 mars 2023. Elle a contesté le revenu sans invalidité déterminé dans son cas, estimant que le salaire réalisé auprès de H._____ SA n'avait pas été correctement pris en compte et qu'après indexation, le revenu global sans invalidité aurait dû être chiffré à 55'205 francs. S'agissant du revenu d'invalidé, elle a reproché à l'OAI de ne pas avoir procédé à un abattement de 15 % sur le revenu statistique pour prendre en considération son statut de séjour (permis C) et l'impossibilité d'exercer une activité à plein temps. Le revenu d'invalidé aurait ainsi dû être fixé à 32'828 francs. Un taux

d'invalidité de 40,53 %, arrondi à 41 %, après une comparaison des revenus corrigée, lui ouvrait le droit à un quart de rente d'invalidité. Par ailleurs, elle requérait l'octroi d'une mesure de reclassement professionnel, « dès que son état de santé aurait été stabilisé ».

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a procédé à une nouvelle détermination du degré d'invalidité de l'assurée le 6 avril 2023. Il a déterminé un revenu sans invalidité global de 54'200 fr., compte tenu de la correction du revenu accessoire dégagé par l'assurée auprès de H. _____ SA. Il a par ailleurs maintenu le revenu d'invalidité précédemment déterminé, sans abattement. Le préjudice économique se montait en définitive à 15'578 fr., ce qui permettait de mettre à jour un degré d'invalidité de 28,74 %. Enfin, seule une formation pratique pouvait entrer en ligne de compte dans le cas particulier, sans toutefois aboutir à une diminution du préjudice économique.

Par décision du 18 avril 2023, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, vu le degré d'invalidité de 28,74 %, sur la base des observations de son Service de réinsertion professionnelle.

D. B. _____, représentée par Me Métille, a déféré la décision du 18 avril 2023 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 24 mai 2023. Elle a conclu, principalement, à sa réforme et à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2019, sur la base d'un degré d'invalidité de 41 %. A titre subsidiaire, elle a conclu à la mise en œuvre d'un reclassement professionnel. Elle a derechef fait grief à l'OAI d'avoir déterminé un revenu sans invalidité dénué d'indexation et de n'avoir pas réduit le revenu d'invalidité ressortant de l'ESS à hauteur de 15 %. Elle a également considéré qu'une mesure de reclassement professionnel devait lui être accordée sur la base de la jurisprudence fédérale citée au stade de la procédure d'audition. Etaient produits la table T12_b 2020 de l'ESS, destinée à démontrer les différences de salaires entre ressortissants suisses et étrangers, ainsi qu'un extrait d'une étude de l'Université de Zurich sur le travail à temps

partiel, démontrant les désavantages sociaux rencontrés par les travailleurs à temps partiel.

L'OAI a répondu au recours le 15 août 2023 et conclu à son rejet, se référant pour l'essentiel aux considérations ressortant des rapports de son Service de réinsertion professionnelle.

Les parties ont maintenu leurs conclusions, respectivement par réplique du 5 septembre 2023 et duplique du 21 septembre 2023.

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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile, auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité et à une mesure de reclassement professionnel.

3. **a)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement

continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706).

b) 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.

c) En l'occurrence, la décision attaquée date du 18 avril 2023. Elle porte sur une demande de prestations formulée initialement par la recourante le 13 juin 2018 du fait d'une incapacité totale de travail prononcée dès le 1^{er} février 2018. Dès lors, dans la mesure où la majorité des éléments déterminants de l'état de fait sont antérieurs au 1^{er} janvier 2022, il convient d'appliquer l'ancien droit.

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).

b) 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.

c) 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).

5. a) 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).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; 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.

6. 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 l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal 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).

7. a) En l'espèce, l'appréciation médicale du cas de la recourante, singulièrement la détermination de sa capacité résiduelle de travail et de ses limitations fonctionnelles, fondée sur les conclusions communiquées le 25 juillet 2022 par les experts de la Clinique P._____, n'est pas contestée.

b) Ces derniers ont considéré que la recourante avait connu une incapacité totale de travail du 1^{er} février au 31 décembre 2018 en raison d'un épisode dépressif. Dès le 1^{er} janvier 2019, elle avait recouvré une capacité de travail de 100 % en termes de taux horaire dans toutes activités, sous réserve d'une diminution de rendement de 30 % en raison de la neurasthénie et des douleurs (cf. rapport d'expertise de la Clinique P._____ du 25 juillet 2022, p. 14 ; rapport d'expertise psychiatrique du Dr T._____ du 6 juillet 2022, p. 11, et rapport d'expertise

rhumatologique

du

Dr R. _____ du 5 juillet 2022, p. 9).

c) Il n'y a pas lieu de s'écarter de l'évaluation pluridisciplinaire effectuée au sein de la Clinique P. _____, contre laquelle la recourante ne fait d'ailleurs valoir aucun grief, les experts s'étant conformés aux exigences de leur mandat. On peut dès lors retenir une capacité de travail de 100 %, tant dans l'activité habituelle d'agente d'entretien, que dans tout autre activité adaptée, en dépit d'une baisse de rendement maximale de 30 %.

8. **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) Selon la jurisprudence, il est possible de fixer la perte de gain d'un assuré dans la sphère lucrative directement sur la base de son incapacité de travail en faisant une comparaison en pour-cent. Cette méthode constitue une variante admissible de la comparaison des revenus basée sur les données statistiques : le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100 %, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité. L'application de cette

méthode se justifie lorsque le salaire sans invalidité et celui avec invalidité sont fixés sur la base des mêmes données statistiques, lorsque les salaires avant et/ou après invalidité ne peuvent pas être déterminés, lorsque l'activité exercée précédemment est encore possible ou encore lorsque cette activité offre les meilleures possibilités de réintégration professionnelle (TF 9C_237/2016 du 24 août 2016 consid. 2.2 et références citées).

9. a) 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. 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 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1). 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).

b) A teneur de l'art. 25 al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), est réputé revenu déterminant au sens de l'art. 16 LPGA, pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu annuel présumable, sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS. Cette disposition établit un parallèle entre le revenu soumis à cotisation à l'assurance-vieillesse et survivants et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité ; ce parallèle n'a toutefois pas valeur absolue et la jurisprudence admet quelques rectificatifs, par exemple si une diminution ou une augmentation extraordinaire du revenu pendant une période déterminée est dûment établie (TF 9C_658/2015 du 9 mai 2016 consid. 5.1.1 et références citées).

c) On ne tiendra compte d'une hypothétique évolution salariale en raison d'un développement des capacités professionnelles individuelles (complément de formation, par exemple) ou de circonstances

telles qu'une éventuelle promotion ou d'un changement d'emploi que si des indices concrets rendent une telle évolution de la carrière professionnelle vraisemblable de manière prépondérante. De simples déclarations d'intention de la personne assurée ne suffisent pas (TF 8C_290/2013 du 11 mars 2014 consid. 6 ; 9C_486/2011 du 12 octobre 2011 consid. 4.1 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 18 ad art. 16 LPGA).

d) Par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 16 LPGA, il faut entendre ce qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé, et non pas ce qu'il pourrait gagner dans le meilleur des cas. Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 46 consid. 5c/bb).

e) On précisera que lorsque le salaire horaire comprend l'indemnité de vacances et l'indemnité pour jours fériés, les jours correspondants de vacances et de congés doivent être déduits du temps de travail annuel (TF 9C_249/2020 du 3 décembre 2020 consid. 5.1 et références citées).

10. a) 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'invalide 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).

b) Lorsque les tables de l'ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1_skill_level, à la ligne « total secteur privé » ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale. Lorsque cela apparaît indiqué dans un cas

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

c) En cas de recours à l'ESS, 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 ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012

consid. 4.2.1). Dans ce cadre, le juge ne peut toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid 5.2).

11. **a)** En l'occurrence, il est établi que la recourante était salariée auprès de deux employeurs, à la date de la survenance de son incapacité de travail le 1^{er} février 2018.

b) La société H. _____ SA a rapporté, le 18 juillet 2017, que le salaire horaire de base de la recourante (abstraction faite des indemnités pour vacances et treizième salaire) s'élèverait à 18 fr. 95 à compter du 1^{er} janvier 2018 pour 9 heures de travail hebdomadaires. L'intimé a dès lors déterminé que la recourante aurait réalisé, en 2018, un revenu annuel de 9'644 fr. 60 (18,95 x 9 x 4,35 x 13), lequel peut être ici confirmé dans la mesure où le calcul de l'intimé est conforme à la jurisprudence rendue en matière de salaires horaire (cf. consid. 9e *supra*). La recourante ne conteste d'ailleurs pas ce montant.

c) aa) La société F. _____ SA a indiqué, le 8 août 2018, que la recourante aurait réalisé un revenu annuel de 44'460 fr. en 2018, compte tenu d'un salaire mensuel de 3'420 fr., versé treize fois. L'intimé a dès lors pris en considération le montant de 44'460 fr. sans actualisation à l'année 2019, dans la mesure où l'employeur n'avait pas fait état d'une augmentation depuis 2014. La recourante, de son côté, considère que l'intimé aurait dû procéder à l'actualisation du revenu en question, en sus de comptabiliser une prime annuelle d'ancienneté de 450 fr. perçue en 2017 et inscrite à son CI.

bb) On peut en l'occurrence douter du bien-fondé de la prise en compte d'une prime d'ancienneté, dans la mesure où l'employeur n'en fait pas état dans le rapport communiqué à l'intimé le 8 août 2018. On peut en déduire que cette prime, vraisemblablement versée ponctuellement, constitue un gain exceptionnel qui ne saurait être représentatif du revenu sans invalidité que la recourante aurait

concrètement dégagé durant l'année déterminante pour le calcul (2019). On peut également s'interroger sur la nécessité de procéder à l'actualisation du revenu annoncé par F. _____ SA, puisqu'il semble, comme l'a relevé l'intimé, que le revenu servi à la recourante n'a pas évolué depuis 2014. Cela étant, même si l'on donnait suite aux arguments avancés par la recourante, cela n'aurait qu'une incidence mineure sur le degré d'invalidité retenu en définitive dans son cas (cf. consid. 13 *infra*).

d) On retiendra en l'espèce que la recourante pouvait dégager en 2018 un revenu global de 54'554 fr.60 (9'644 fr. 60 + 44'910 fr.) que l'on peut actualiser au moyen de l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1942-2022) ». Etant donné une indexation de 0,9 % en 2019 ressortant de l'ISS, on aboutit à un revenu sans invalidité déterminant de 55'045 francs.

12. a) En l'espèce, le revenu d'invalidé fixé à 55'173 fr. sur la base du TA1_skill_level pour les femmes assumant des tâches simples et répétitives (niveau de compétence 1), après prise en compte de la durée hebdomadaire usuelle du travail et actualisation à l'année 2019 au moyen de l'ISS, n'est pas contesté et n'apparaît pas critiquable. L'intimé a par ailleurs dûment comptabilisé la baisse de rendement maximale de 30 %, attestée par les experts de la Clinique P. _____, pour mettre à jour un revenu d'invalidé déterminant de 38'621 francs.

b) On ne saurait se rallier aux arguments soulevés par la recourante pour procéder à un abattement supplémentaire sur le revenu d'invalidé précité. La recourante estime, en premier lieu, que sa qualité de bénéficiaire d'un permis C devrait entraîner d'emblée une réduction de 10 % sur le revenu statistique d'invalidé puisque les femmes titulaires d'un permis de C réaliseraient des revenus inférieurs de 7 à 12 % par rapport à l'ensemble des femmes de la même catégorie professionnelle. En second lieu, elle se prévaut d'une étude de l'Université de Zurich, destinée à faire état des désavantages rencontrés par les travailleurs à temps partiel, pour solliciter une réduction de 5 % sur le salaire

statistique. La recourante requiert dès lors un abattement total de 15 % sur le salaire statistique pris en compte par l'intimé. Or, la recourante perd de vue que l'abattement supplémentaire ne doit pas être déterminé schématiquement en additionnant les différents facteurs entrant éventuellement en considération, mais procède bien plutôt d'une analyse globale des circonstances personnelles de chaque cas particulier. S'agissant de la situation de la recourante, force est de constater, tout d'abord, que la prise en compte d'une baisse de rendement de 30 % constitue le maximum envisagé sur le plan médical, ce qui tient compte dans une large mesure des limitations fonctionnelles - somme toute modestes - qu'elle rencontre du fait de ses atteintes à la santé. Ensuite, il n'y a pas sérieusement lieu de tenir compte d'un handicap de la recourante sur le marché ordinaire de l'emploi du fait de la titularité d'un permis C. On observe en effet que la recourante, qui ne rencontre pas de difficultés à s'exprimer en français, a été parfaitement en mesure par le passé de s'engager dans différentes activités lucratives dans son secteur de prédilection auprès de plusieurs employeurs, démontrant ainsi être capable de s'adapter aux exigences de ces derniers sans rencontrer de problèmes particuliers en raison de sa nationalité ou de son permis d'établissement. La prise en compte de ces éléments ne se justifie guère dans le cadre du choix du niveau de compétence 1 de l'ESS, l'influence de la nationalité n'étant pas importante dans cette catégorie d'emplois, lesquels ne nécessitent ni formation, ni expérience professionnelle spécifique, ni d'ailleurs une bonne maîtrise d'une langue nationale (TF 8C_608/2021 du 26 avril 2022 consid. 4.3.3 et 4.3.4). Enfin, il n'y a pas lieu de prendre en compte un handicap particulier en raison de l'exercice d'une activité lucrative à temps partiel, la recourante disposant, aux dires des experts de la Clinique P._____, d'une capacité de travail entière en termes d'horaire. Par conséquent, on peut, à l'instar de l'intimé, considérer qu'un abattement supplémentaire sur le salaire statistique ne se justifie pas dans le cas particulier, la recourante étant au surplus encore jeune et capable de flexibilité. Il s'agit donc de confirmer que le montant de 38'621 fr. constitue le revenu d'invalidé déterminant pour la comparaison des revenus.

13. a) Compte tenu des revenus mis en évidence ci-dessus, le degré d'invalidité de la recourante s'élève à 29,84 % ($[55'045 - 38'621] \times 100 / 55'045$), ce qui exclut le droit de cette dernière à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

b) On ajoutera que l'intimé aurait pu se contenter de faire usage de la méthode d'évaluation de l'invalidité en pour-cent (cf. consid. 8b *supra*), dans l'activité habituelle de la recourante, pour aboutir ainsi à un taux d'invalidité ascendant au maximum à 30 %.

14. a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) 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).

b) En vertu de l'art. 17 al. 1 LAI, la personne assurée 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 ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références citées).

c) Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à la personne assurée une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'intéressé n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas. En particulier, il ne peut prétendre une

formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 139 V 399 consid. 5.4 ; 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

c) Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur ce minimum de connaissance. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. La personne qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 139 V 399 consid. 5.5 ; 124 V 108 consid. 2a).

d) L'exigence de l'équivalence approximative avec l'activité antérieure ne se rapporte pas en premier lieu au niveau de formation, mais aux perspectives de gain après la réadaptation en tenant compte des exigences accrues de la profession envisagée. Le critère de l'équivalence approximative des activités ne doit pas être apprécié uniquement sous l'angle des possibilités de gain actuelles offertes par la profession initiale et par la nouvelle ; il faut bien plus prendre en considération, sur la base d'un pronostic, l'évolution ultérieure des salaires, la durée d'activité et la valeur qualitative des deux formations à comparer (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève, Zurich, Bâle, 2011, p. 455 et 456, n. 1696 et 1697 et références jurisprudentielles citées).

d) En règle générale, lorsqu'une personne a recouvré la capacité à reprendre l'exercice de son activité habituelle, elle ne remplit pas les conditions du droit à une mesure de reclassement (TF 9C_413/2008 du 14 novembre 2008 consid. 2.2).

15. En l'occurrence, quoi qu'en dise la recourante, la reconnaissance d'un degré d'invalidité d'au moins 20 % ne suffit pas à « imposer » la mise en œuvre d'un reclassement professionnel. Dans son cas, une telle mesure ne se justifie manifestement pas, en premier lieu du fait que sa capacité de travail est entière tant dans l'exercice de son activité habituelle que d'une activité adaptée, en dépit d'une baisse de rendement de 30 %. En second lieu, force est de constater que si la recourante devait se réorienter dans un autre secteur d'activités que celui de l'entretien, son préjudice économique demeurerait tout de même équivalent à celui encouru dans l'activité habituelle (cf. consid. 13 *supra*). Dans ce contexte, on retiendra que la recourante, qui n'est dotée d'aucune formation certifiée, a accès à une palette d'activités légères, ne requérant pas de compétence ou d'expérience professionnelle particulière. On peut se référer à cet égard à la liste exemplative énoncée par le Service de réinsertion professionnelle de l'intimé le 23 décembre 2022, comprenant des activités d'ouvrière dans le domaine industriel léger (montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi ou dans le conditionnement), dans l'administration simple ou la vente. Par ailleurs, la recourante a démontré être capable d'exercer une activité de caissière dans le cadre de l'orientation professionnelle diligentée par le biais de la Fondation J._____ sans suivre un cursus de formation particulier. On ajoutera qu'à son arrivée en Suisse en 2011, elle a, par elle-même, été en mesure de procéder à des recherches d'emploi et de satisfaire aux exigences de divers employeurs dans le domaine de l'entretien. En définitive, la conclusion subsidiaire de la recourante tendant à l'octroi d'une mesure de reclassement professionnel doit être écartée.

16. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision de l'intimé du 18 avril 2023 confirmée.

b) 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.

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 avril 2023 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 portés à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

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 David Métille, à Lausanne (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 :