

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 septembre 2025

Composition : M. NEU, président
Mmes Rondi et Manasseh-Zumbrunnen, assesseures
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourante, représentée par Me Charlotte Palazzo,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) Ressortissante espagnole, L. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est divorcée et la mère d'un enfant né en [...]. Etablie en Suisse depuis [...], elle est au bénéfice d'une autorisation de séjour de type « B ». Sans formation professionnelle, elle a travaillé en dernier lieu de mai 2016 à novembre 2021, à raison d'environ six heures par semaine, comme femme de ménage au service de la société T. _____ Sàrl. Depuis lors, elle émarge à l'aide sociale.

b) Le 1^{er} septembre 2021, L. _____ a déposé une demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles et/ou rente) en raison d'atteintes ostéoarticulaires (« douleurs aux tendons ; aux épaules »). Elle était à l'arrêt de travail depuis le 8 février 2021.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande de prestations, l'OAI a recueilli les renseignements médicaux auprès des médecins consultés par l'assurée qu'il a ensuite soumis pour examen au Service médical régional de l'assurance-invalidité ([SMR] ; avis du 7 décembre 2022). Suivant le point de vue du SMR, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, neurologie, psychiatrie et psychothérapie, rhumatologie) au centre d'expertises médicales N. _____ de [...] dont le rapport a été établi le 24 mai 2023, posant les diagnostics avec incidence transitoire sur la capacité de travail de troubles mentaux liés à l'usage de médicaments sédatifs (F13.1) et de troubles mentaux liés à l'usage d'opioïdes antalgiques (F11.1). Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) évoluant depuis deux ans (sur l'existence de plaintes somatiques multiples non entièrement expliquées par des causes somatiques, à l'origine d'une détresse psychique dont l'expression apparaissait majorée pour raisons psychiques), un status après possible tendinopathie simple des supra-épineux des deux épaules (d'évolution favorable), un status après cholécystectomie par voie laparoscopique en 2020, un surpoids, une hypothyroïdie subclinique, et un status après cure du tunnel carpien

bilatérale. Il n'y avait aucun diagnostic neurologique actuel. Les limitations fonctionnelles étaient secondaires à l'iatrogénie, portant essentiellement sur la sédation médicamenteuse et les troubles de la concentration. Ce rapport d'expertise pluridisciplinaire concluait à une capacité de travail nulle de l'assurée en toute activité, depuis l'apparition des effets indésirables des médicaments environ deux semaines avant l'expertise. Les autres périodes d'incapacités totales de travail temporaires étaient celles du 8 février au 30 juin 2021 lors du traitement de la tendinopathie active de l'épaule gauche, ainsi que durant quelques jours en lien avec la cholécystectomie par voie laparoscopique de 2020 et pendant quelques semaines s'agissant de la cure de tunnel carpien bilatéral. Moyennant une fenêtre thérapeutique et un sevrage de toutes les molécules sédatives prescrites, la capacité de travail devait redevenir entière dans le délai d'un mois.

Le SMR, sous la plume de la Dre G._____, en l'absence d'atteintes à la santé somatique et psychique ayant une incidence durable sur la capacité de travail, mais d'une incapacité de travail actuelle provisoire et en lien exclusif avec les effets iatrogènes, a retenu l'absence d'atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de l'assurance-invalidité. Une pleine capacité de travail pouvait être recouvrée après un sevrage des molécules sédatives (en particulier la médication psychotrope de quétiapine). Il était proposé à l'OAI, moyennant l'accord de l'intéressée, d'adresser aux psychiatre et médecin traitants une copie du rapport d'expertise du N._____ afin de pouvoir ajuster la prise en charge au vu de l'iatrogénie du traitement prescrit (avis SMR du 14 juin 2023).

Par projet de décision du 14 juin 2023, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations. Ses constatations étaient les suivantes :

“Pour des raisons de santé, vous avez déposé une demande de prestations en date du 1^{er} septembre 2021.

Après examen minutieux des pièces médicales portées au dossier, force est de constater que vous ne présentez pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante au sens de l'AI et que vos

problèmes de santé n'entravent pas l'exercice d'une activité professionnelle. Dès lors, votre capacité de travail est entière dans toutes activités. Le droit à une rente doit vous être nié.

S'agissant du droit aux mesures professionnelles, celui-ci existe si, malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible qui ne nécessite pas de formation particulière, le manque à gagner durable est encore de 20% au moins, ce qui n'est pas votre cas au vu des indications qui précèdent."

Le 25 août 2023, dans un courrier co-signé avec le Dr X._____, spécialiste en médecine interne, médecin traitant, l'assurée a fait part de ses objections sur le préavis négatif de l'OAI. Elle a rappelé qu'elle présentait une dépendance aux opiacés affectant sa capacité de travail, secondaire aux douleurs musculosquelettiques, que l'experte psychiatre avait exclu un trouble somatoforme douloureux diffus sans se préoccuper de savoir s'il existait un trouble psychiatrique sous-jacent ; or, aux yeux de l'assurée, il était primordial de prendre en compte l'avis des médecins qui la suivaient depuis quelques mois au Centre de psychiatrie et psychothérapie K._____. Sur le plan somatique, concédant qu'elle ne présentait pas de problème invalidant touchant au domaine de la médecine interne, l'intéressée reprochait à l'expert rhumatologue de ne reconnaître que la périarthrite à l'épaule gauche, alors qu'elle avait développé par la suite une atteinte similaire à l'épaule droite, avec des lésions plus prononcées et qui étaient documentées (IRM).

Par décision du 25 août 2023, l'OAI a entériné le rejet de la demande de prestations de l'assurée, conformément à son projet de décision du 14 juin 2023.

B. Le 31 août 2023, l'OAI a transmis à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa compétence, le courrier de contestation du Dr X._____ reçu à l'OAI le 30 août 2023.

Interpellé dans l'intervalle, le Dr X._____ a confirmé le recours déposé le 25 août 2023 au nom et pour le compte de L._____.

Par décision du 25 octobre 2023, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 25 août 2023. Elle était

exonérée du paiement d'avances et des frais judiciaires. Elle était également exemptée de s'acquitter de toute franchise mensuelle.

Avec sa réponse du 26 octobre 2023 concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, l'OAI a produit un avis médical du 16 octobre 2023 de la Dre G._____, du SMR, faisant la synthèse suivante :

“En réponse au RM [rapport médical] 25.8.23, Dr X._____, médecine interne :

- Concernant l'évaluation psychiatrique : Au terme de l'expertise, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant a été retenu, sur l'existence de plaintes somatiques multiples non entièrement expliquées par des causes somatiques, à l'origine d'une détresse psychique. L'expression de celle-ci apparaît majorée. L'expert psychiatre ne retient pas de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. L'examen clinique ne met pas en évidence de trouble de la personnalité au sens des classifications internationales. L'assurée ne présente pas d'antécédents psychiques significatifs personnels ou familiaux. Elle est autonome pour les activités de la vie quotidienne et dispose de bonnes ressources personnelles. Il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Les co-experts ne retiennent pas d'atteinte à la santé somatique concomitante durablement incapacitante sur les plans rhumatologiques, neurologique et de la médecine interne.

- Concernant l'évaluation rhumatologique : L'objectif de l'expertise est d'apprécier objectivement les retombées fonctionnelles des atteintes à la santé. L'expert rhumatologue signale que « l'examen clinique objectif des deux épaules est normal. Il n'y a pas de véritable limitation de mobilité, pas de signe de conflit sous-acromial. Seules les manœuvres de Jobe peuvent être retenues comme douloureuses, mais non déficitaires. Les douleurs sont très diffuses à la palpation. Il n'y a pas d'amyotrophie. La baisse de force est caricaturale au Jamar, y compris en flexion du coude, coude au corps, ce qui ne devait pas être le cas en présence d'une simple pathologie de l'épaule », et « l'assurée se sert parfaitement de ses deux membres supérieurs lors du déshabillage, de l'habillage et du passage de la position assise à couchée et inversement lors du retournement sur la table d'examen ». Dans son évaluation, il a pris en compte les plaintes de l'assurée et les explorations paracliniques réalisées pour celles-ci (IRM des épaules gauches et droites, IRM cervical notamment). L'expert neurologue indique que « l'examen neurologique réalisé dans le cadre de cette expertise est normal et ne révèle notamment aucune atteinte sensitive ou motrice des membres supérieurs, pas non plus d'arguments en faveur d'un syndrome neurogène central ou périphérique, pas d'anomalie des réflexes ou de syndrome pyramidal. Il n'y a pas non plus de signes d'irritation radiculaire ». *In fine*, aucune atteinte durable de la capacité de travail en peut être retenue en ce qui concerne les

domaines de la rhumatologie et de la neurologie. Le rapport du 25.8.23 du Dr X._____ n'apporte pas d'élément nouveau et étayé en faveur d'une aggravation notable et durable de l'état de santé de l'assurée.

- En l'état, nous n'avons pas matière à modifier nos conclusions."

Par décision du 1^{er} février 2024, le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 25 août 2023 en faveur de la recourante a été étendu en lui accordant également l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Charlotte Palazzo.

Dans sa réplique du 5 février 2024, la recourante, désormais représentée par Me Palazzo, a précisé ses conclusions en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité. Ce faisant, elle a plaidé que, de l'avis du Dr X._____, l'intimé était tenu de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 24 mai 2023 du N._____ et que l'avis médical SMR du 16 octobre 2023 ne permettait pas de contredire les problèmes identifiés par le médecin traitant. Sur la base des rapports médicaux au dossier, la recourante a, sur le plan rhumatologique, rappelé qu'elle présentait des douleurs diffuses en progression et pour lesquelles les traitements étaient restés vains. Sur le versant psychiatrique, elle a déploré l'absence d'un interprète lors de l'entretien avec l'experte dont la présence était pourtant indispensable car elle ne s'exprimait pas bien en français. Elle a reproché à l'office intimé de ne pas avoir répondu aux questions posées par le Dr X._____ s'agissant du syndrome douloureux persistant retenu par l'experte psychiatre ; le médecin traitant lui reprochait de s'être limitée à attribuer l'ensemble du problème psychiatrique à une dépendance médicamenteuse, sans avoir examiné la question de l'existence d'un trouble psychiatrique sous-jacent. La recourante a en outre fait grief aux experts de ne pas avoir approché les thérapeutes consultés depuis le mois de mars 2023 au Centre de psychiatrie et psychothérapie K._____. S'agissant en particulier du syndrome somatoforme douloureux, elle reprochait aux experts d'avoir exclu à tort un trouble diffus persistant, alors que les douleurs s'étendaient au bas du corps désormais et qu'elles empêchaient l'exercice de toute activité physique ; à son avis, les experts n'avaient pas examiné

les critères jurisprudentiels applicables dans le cadre d'un examen global du cas et ils avaient largement sous-évalué les limitations fonctionnelles. Elle a fait valoir qu'elle était sans autonomie dans les activités de la vie quotidienne, ni ressources, si bien qu'elle se trouvait en incapacité de travail prolongée, sans bénéficier d'un traitement adapté.

Dans sa duplique du 4 mars 2024, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée. Il a relevé le caractère probant du rapport d'expertise pluridisciplinaire du N. _____ et a renvoyé aux avis SMR des 14 juin et 16 octobre 2023.

Dans ses déterminations du 16 avril 2024, la recourante a indiqué qu'elle contestait la dernière écriture de l'office intimé de sorte qu'elle persistait dans ses précédentes écritures. Son avocate a produit sa liste d'opérations finale.

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'espèce, la recourante, agissant alors par le Dr X. _____, a adressé le 25 août 2023 un courrier à l'OAI qui s'est croisé avec la décision litigieuse du même jour, lequel office l'a transmis le 31 août 2023 à la Cour de céans comme objet de sa compétence. Déposé en temps utile auprès d'un organe de mise en œuvre des assurances sociales (art. 30 LPGA), et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est par conséquent recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente 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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme). En l'occurrence, la demande d'octroi d'une rente a été déposée le 1^{er} septembre 2021 par la recourante. Ce sont donc les dispositions de la LAI et du RAI dans leur teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 qui sont applicables.

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

de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (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).

4. 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).

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

références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Selon la jurisprudence, le tribunal peut accorder une pleine valeur probante à une expertise mise en œuvre dans le cadre d'une procédure administrative au sens de l'art. 44 LPGA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; 125 V 351 consid. 3b/bb). En effet, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion distincte de celle exprimée par les experts. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de

l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (ATF 135 V 465 consid. 4.5; TF 8C_409/2023 du 15 avril 2024 consid. 3.3 et les références citées).

6. a) En l'occurrence, la recourante conteste la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 24 mai 2023 par les médecins du N._____ pour divers motifs en se fondant en particulier sur les critiques formulées par le Dr X._____.

b) Dans un premier moyen de nature formel, la recourante déplore l'absence d'interprète lors de l'entretien avec l'expert psychiatre qui a eu lieu le 5 avril 2023. Or elle ne peut aujourd'hui soutenir que l'expertise du N._____ ne serait pas suffisante, au motif que l'experte psychiatre n'aurait pas procédé à son examen en la présence d'un interprète de langue espagnole, ce d'autant qu'il ressort du dossier que la recourante, qui vit depuis de nombreuses années en Suisse et y a occupé des emplois, comprend le français et aurait renoncé à un interprète pour le volet psychiatrique de l'expertise. Par ailleurs, il lui était loisible de se plaindre de l'absence d'interprète en cours d'audition, ce qu'elle n'a pas fait. La recourante ne peut dès lors être suivie lorsqu'elle affirme que l'absence d'interprète devrait conduire à rediscuter la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise du N._____, cet argument ne résistant pas à l'examen.

c) Par un second moyen, soulevé sur le fond, la recourante conteste la bonne facture de l'expertise du N._____, au motif qu'elle serait lacunaire et erronée dans ses volets rhumatologique et psychiatrique, voire même contradictoire avec les autres éléments médicaux figurant au dossier.

aa) Il convient d'abord de relever que l'expertise pluridisciplinaire (médecine interne générale, neurologie, psychiatrie et psychothérapie, rhumatologie) datant des mois de mars-avril 2023 au N._____ a été réalisée dans les règles de l'art (anamnèse, plaintes et

examens cliniques par des spécialistes reconnus dans chacun des domaines concernés), sur la base du dossier médical mis à disposition, et est fouillée, particulièrement bien explicitée dans chaque discipline, avec une évaluation globale et des conclusions posées en consilium. Comme on le verra ci-après, les douleurs physiques ont bien été investiguées, tout comme l'examen d'une pathologie psychiatrique indépendante sous-jacente, en l'occurrence exclue.

bb) S'agissant en particulier des maux touchant les deux épaules, l'expert neurologue a pris en compte dans son évaluation les plaintes de l'assurée et les explorations paracliniques réalisées pour celles-ci (IRM des épaules gauche et droite, IRM cervical notamment). Sur la base de ses propres constatations, il a indiqué que l'examen clinique objectif était normal, qu'il ne révélait notamment aucune atteinte sensitive ou motrice des membres supérieurs, qu'il n'y avait pas non plus d'arguments en faveur d'un syndrome neurogène central ou périphérique, ni d'anomalie des réflexes ou de syndrome pyramidal. Il n'y avait également pas de signe d'irritation radiculaire. Le diagnostic non incapacitant de status après possible tendinopathie simple des supra-épineux des deux épaules, d'évolution favorable, objectivement cliniquement et radiologiquement, a été retenu par les experts sur les plans rhumatologique et neurologique de manière dûment étayée, procédé *lege artis* qui échappe à la critique.

cc) L'experte psychiatre a retenu les diagnostics provisoirement incapacitants de troubles mentaux liés à l'usage de médicaments sédatifs (F13.1) et de troubles mentaux liés à l'usage d'opioïdes antalgiques, diagnostics probablement à l'origine d'effets indésirables (de type troubles de la concentration, sédation et ralentissement psychomoteur). Elle a de plus posé le diagnostic non incapacitant de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) évoluant depuis deux ans, retenu sur l'existence de plaintes somatiques multiples non entièrement expliquées par des causes somatiques, à l'origine d'une détresse psychique dont l'expression apparaissait majorée pour raisons psychiques. L'experte psychiatre n'a pas retenu de

comorbidité psychiatrique. Elle a indiqué que le ralentissement psychomoteur observé était susceptible de masquer ou modifier la symptomatologie anxio-dépressive et sous-jacente. Les conséquences psychiques lui semblaient exagérées au vu de la symptomatologie somatique et des constatations des co-experts cliniciens. Aussi, une majoration de plaintes psychiques pour raison psychologique ne pouvait pas être exclue. Pour le reste, l'experte a relevé chez l'assurée l'absence d'antécédents psychiques significatifs personnels ou familiaux et de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, une autonomie partielle pour les activités de la vie quotidienne ainsi que l'existence de ressources personnelles et externes. De leur côté, les autres experts n'ont pas constaté d'atteinte à la santé somatique concomitante durablement incapacitante sur les plans de la médecine interne, de la neurologie ou de la rhumatologie.

Au vu de ses propres constatations cliniques et de celles de ses collègues, l'experte psychiatre n'avait aucun motif de recueillir l'avis des médecins consultés, uniquement depuis le mois de mars 2023, au Centre de psychiatrie et psychothérapie K._____.

dd) L'exclusion d'un trouble douloureux somatoforme persistant incapacitant est donc motivée à satisfaction par les experts du N._____, au terme d'une appréciation pondérée, convaincante, selon la jurisprudence topique, et consensuelle, car fondée sur la prise en compte de la situation examinée dans sa globalité.

d) Vu ce qui précède, en se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du N._____, l'office intimé a constaté à juste titre que, sous la réserve de périodes d'incapacités totales de travail temporaires (à savoir depuis l'apparition des effets indésirables des médicaments [environ deux semaines avant l'expertise], du 8 février au 30 juin 2021 [traitement de la tendinopathie active de l'épaule gauche], durant quelques jours en lien avec la cholécystectomie par voie laparoscopique de 2020 et pendant quelques semaines en lien avec la cure de tunnel carpien bilatéral), les ennuis de santé de la recourante n'entravaient pas

l'exercice d'une activité professionnelle ; une pleine capacité de travail pouvait être recouvrée après sevrage des molécules sédatives prescrites. Aussi, la capacité de travail entière retenues dans toutes activités excluait-elle le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, en particulier à une rente, en faveur de la recourante.

7. a) Mal fondé, le recours doit par conséquent être rejeté et la décision attaquée 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. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Charlotte Palazzo peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 2'365 fr. 10, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (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 25 août 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 provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Charlotte Palazzo, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'365 fr. 10 (deux mille trois cent soixante-cinq francs et dix centimes), débours et TVA compris.
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Charlotte Palazzo (pour L. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :