

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juillet 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Piguet, juge, et Mme Rondi, assesseure
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne,

et

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

**Art. 6s., 49 al. 3 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 28a al. 3 LAI ; 49
al. 2 RAI**

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est originaire du Maroc. Etablie en Suisse depuis [...], elle vit séparée de son époux. Titulaire d'un permis B, elle a travaillé d'août 2017 à janvier 2021 comme auxiliaire de santé à 80 % pour le compte de la société Z._____ SA à [...].

Dans un rapport du 4 mars 2020 consécutif à une consultation de l'assurée le 2 mars 2020, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a indiqué qu'elle présentait des cervico-scapulalgies chroniques, d'allure non spécifique, avec l'absence d'élément différentiel orientant vers un rhumatisme inflammatoire, une myopathie spécifique ou une collagénose. A son avis, l'étiologie des adénopathies mises en évidence par une IRM (imagerie par résonance magnétique) du rachis cervical du 21 février 2020 n'étaient pas l'expression d'une éventuelle maladie rhumatologique spécifique. Il laissait le soin au médecin traitant de déterminer l'indication d'une ponction biopsie d'une de ces adénopathies cervicales auprès d'un médecin hématologue ou oto-rhino-laryngologiste selon les résultats de la formule sanguine complète.

L'assurée a présenté une incapacité de travail à compter du mois d'avril 2020, puis a retravaillé du 4 au 14 mai 2020 et n'a plus repris le travail depuis le 15 mai 2020.

Elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 26 octobre 2020, en faisant état d'une incapacité de travail totale depuis avril 2020.

Sur le formulaire de détermination du statut qu'elle a complété le 10 décembre 2020, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 80 % comme auxiliaire de santé, par intérêt personnel.

G._____ Assurance Maladie SA, assureur perte de gain de l'employeur, a confié la réalisation d'une expertise au Dr D._____,

spécialiste en médecine interne et en rhumatologie. Dans son rapport du 13 avril 2021 faisant suite à son examen du 9 avril 2021, il a posé le diagnostic de cervico-lombalgies chroniques aspécifiques (une discopathie L4-L5 avec protrusion discale et des légères discopathies cervicales) avec effet sur la capacité de travail et ceux d'obésité de classe III (IMC [indice de masse corporelle] 40.1 kg/m²) avec déconditionnement physique global, de syndrome des apnées du sommeil traité par CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) et de tabagisme chronique, sans effet sur la capacité de travail. Selon cet expert, l'activité habituelle d'aide-soignante n'était plus exigible car l'assurée présentait un syndrome lombovertébral survenant dans le contexte de troubles dégénératifs (discopathie protruisve L4-L5) et statiques. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de ports ou de soulèvements de charges de plus de dix kilos, pas d'activités réalisées en position de porte-à-faux avec le buste, alternance des positions assise et debout toutes les trente minutes), elle aurait une pleine capacité de travail depuis le jour de l'expertise sur le plan rhumatologique.

Dans un rapport du 13 août 2021, le Dr C._____, médecin praticien, médecin traitant, a posé les diagnostics incapacitants d'obésité morbide (IMC 39.4), de syndrome d'apnées du sommeil et de syndrome anxio-dépressif depuis juin 2020. Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 17 août 2019 en raison de la fatigabilité et des douleurs invalidantes. Une amélioration de la capacité de travail était attendue à partir des années 2022 - 2023 dans l'attente d'une perte de poids et de l'arrêt du tabac.

Le 29 décembre 2021, le Dr C._____ a constaté que la patiente avait perdu dix kilos sur six mois, mais restait en obésité morbide. Le syndrome d'apnée du sommeil n'était pas appareillé depuis juillet 2021 du fait de l'amélioration du poids. Quant à l'état anxio-dépressif et les douleurs chroniques, ils étaient stables sous traitement.

Le 2 février 2022, le Dr C._____ a fait savoir à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé)

que la capacité de travail de sa patiente demeurait nulle depuis août 2019 dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, retenant les diagnostics d'obésité morbide, de hernie discale et de syndrome anxio-dépressif avec effet sur la capacité de travail.

Par rapport à l'OAI du 8 février 2022, le Dr O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suivait l'assurée depuis le 29 janvier 2021, a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (F33.2 ; depuis 2011), de trouble de l'anxiété généralisée (F41.1) et d'obésité (E66). Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans toute activité. Le DrO._____ a joint à son envoi son rapport du 30 août 2021 à G._____ Assurance Maladie SA dans lequel il avait posé les diagnostics d'hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques (F50.4), d'anxiété généralisée (F41.1), de phobies sociales (F40.1) et d'obésité (E66), retenant comme facteurs influençant sur la santé d'autres difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61.8) ainsi que des difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire (Z63.0). Il avait fait part d'un pronostic réservé à court terme en raison de la situation angoissante liée au travail et des problèmes qui en découlaient mais qui était favorable à moyen ou long terme moyennant le maintien d'un suivi régulier.

Par avis médical du 3 mai 2022, la Dre A._____ du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) a conclu qu'il lui était impossible de se prononcer sur le plan psychique et qu'une demande de rapport médical avait été adressée au médecin psychiatre afin d'avancer dans l'instruction. Sur le plan rhumatologique, une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle était admise. Il existait par contre une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée depuis le 12 février 2019.

Dans un rapport du 25 août 2022 à l'OAI, le Dr O._____ a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif, épisode actuel moyen (F33.1), de trouble de l'anxiété généralisée (F41.1) et d'hyperphagie (F50.4). Il a fait part d'une amélioration de l'état

émotionnel et en conséquence de l'hyperphagie chez sa patiente fragile. Sans se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle, ce médecin a estimé qu'un temps partiel entre 20 et 40 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (difficultés à la gestion des émotions avec des troubles d'anxiété et dépression ainsi que difficulté à confronter l'adversité) restait à déterminer selon l'évolution.

Par avis médical du 12 septembre 2022, la Dre A. _____ du SMR a indiqué que les renseignements recueillis auprès du Dr O. _____ ne lui permettaient pas de se prononcer sur le cas de l'assurée, âgée de 43 ans, qui présentait une symptomatologie douloureuse associée aux symptômes anxieux et dépressifs avec une incapacité totale de travail qui se prolongeait. La situation devait être clarifiée à la lumière notamment de la jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux, avec la proposition de la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (psychiatrie et rhumatologie ou médecine physique).

L'OAI a confié la réalisation d'un examen clinique bidisciplinaire SMR aux Drs F. _____, spécialiste en médecine physique et rééducation ainsi qu'en rhumatologie, et K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 24 mai 2023, ces médecins ont retenu les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTICS

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- Lombosciatalgies D chroniques, non déficitaires, non irritatives, dans un contexte de protrusion latérale G en L4-5 et de troubles dégénératifs articulaires postérieurs étagés. M54.4

[...]

Diagnostics associés

- Douleurs chroniques de l'épaule G dans un contexte de conflit sous-acromial et de tendinopathie du supra-épineux.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- Cervicalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de troubles dégénératifs discaux débutants.
- Obésité de classe 2.
- Statut post entorse de la cheville G.
- Dysthymie (F34.1).

- Troubles mixtes de la personnalité, traits émotionnellement labiles de type borderline et traits histrioniques (F61.0).
- Trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) (F41.0).
- Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2).
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F10.20)."

Au terme de leur examen, les Drs F. _____ et K. _____ ont retenu que la capacité de travail de l'intéressée était nulle dans l'activité habituelle d'aide-soignante mais de 100 % depuis le 9 avril 2021 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (*Rachis lombaire* : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position assise ou debout prolongée au-delà d'une heure, pas de position debout statique au-delà de vingt minutes, et pas de port de charges répété au-delà de cinq kilos. *Epaule G* : pas de travail prolongé du bras G au-dessus de la tête, pas de mouvements d'abduction-adduction répétés du bras, et pas de soulèvement de charges avec le MSG [membre supérieur gauche] au-delà de deux à trois kilos). Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail exigible était déterminée par la tolérance mécanique du rachis lombaire et de l'épaule gauche ; elle était complète dans une activité adaptée au jour de l'expertise rhumatologique réalisée par le Dr D. _____ pour l'assurance perte de gain. Au plan psychiatrique, l'incapacité de travail était nulle depuis 2015 et n'avait pas évolué depuis lors, l'assurée étant apte à suivre des mesures d'ordre professionnel.

Dans un rapport non daté enregistré au dossier le 31 mai 2023 par l'OAI, l'infirmière en psychiatrie - consultante - case manager auprès d'B. _____ [...] a indiqué que l'assurée présentait un besoin de structuration, de motivation aux soins d'hygiène et environnement, d'accompagnement en ambulatoire à certains rendez-vous ainsi que d'une approche thérapeutique pour les troubles de l'humeur et alimentaires, ceci à raison de deux fois par semaine.

Par projet de décision du 6 juin 2023, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Selon ses observations, elle avait présenté une incapacité de travail ininterrompue

dès le 3 avril 2020 pour des raisons de santé. Au terme du délai d'attente d'une année, soit au 3 avril 2021, son incapacité de travail était totale dans son activité habituelle. Toutefois, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position assise ou debout prolongée au-delà d'une heure, pas de position debout statique au-delà de vingt minutes, pas de port de charges répété au-delà de cinq kilos, pas de travail prolongé du bras gauche au-dessus de la tête, pas de mouvements d'abduction-adduction répétés du bras, et pas de soulèvement de charges avec le membre supérieur gauche au-delà de deux à trois kilos). En application de la méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives ou en partie ménagères, la comparaison entre un revenu sans (55'003 fr.) et avec invalidité (50'716 fr. 49) débouchait sur une perte de gain s'élevant à 4'286 fr. 51, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 7,79 %. Une évaluation des empêchements rencontrés dans la tenue du ménage n'était pas nécessaire dès lors que, même dans l'hypothèse irréaliste d'un empêchement total dans l'accomplissement des tâches ménagères, le degré d'invalidité resterait inférieur à 40 %, si bien qu'il pouvait être renoncé à une enquête ménagère. De ce fait, le degré d'invalidité résultant des deux domaines (actif et ménager) était calculé de la manière suivante :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	80%	7.79%	6.24%
ménagère	20%	-	-
Taux d'invalidité global :			6.24%

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Aucune mesure ne permettait de réduire le préjudice économique subi par l'assurée qui était en mesure de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans un travail adapté à son état de santé déficient. Afin de la soutenir dans la recherche d'un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit

à une aide au placement au sens de l'art. 18 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

Dans le document intitulé « Calcul du salaire exigible », un spécialiste en réinsertion professionnelle auprès de l'OAI a retenu en particulier que l'intéressée pouvait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif du domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle, ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ou encore en tant qu'ouvrière dans le conditionnement.

A l'appui de ses objections du 19 juin 2023 contre le projet de décision du 6 juin 2023, l'assurée, par son conseil Me Jean-Michel Duc, a demandé à l'OAI l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2021. Elle a fait valoir qu'elle était totalement incapable d'exercer toute activité et handicapée dans toutes les tâches de la vie. Elle a sollicité l'octroi d'un délai au 31 août 2023 pour compléter ses objections et produire des rapports médicaux à l'appui de sa démarche.

L'assurée a déposé le 19 juin 2023 une demande d'allocation pour impotent, indiquant qu'elle ne pouvait vivre de manière autonome et avait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.

Le 20 juin 2023, l'OAI a fait parvenir au conseil de l'assurée une copie de son dossier et lui a accordé un délai supplémentaire au 31 août 2023 pour lui faire part de ses objections complémentaires en l'avertissant que passé ce délai, et sans nouvelles de sa part, il notifierait la décision sur la base des éléments en sa possession.

Le 31 août 2023, l'assurée a sollicité une prolongation d'un mois du délai pour faire parvenir à l'OAI ses objections complémentaires et transmettre tous les documents permettant d'étayer ses arguments.

Le 7 septembre 2023, l'OAI a accordé à l'assurée un délai au 9 octobre 2023 pour remettre ses objections et les éléments lui permettant de revoir sa position.

Le 29 septembre 2023, l'assurée a sollicité de la part de l'OAI une prolongation de délai d'un mois, soit au 31 octobre 2023, en faisant valoir qu'elle était dans l'attente de documents médicaux.

Par courrier du 9 octobre 2023, l'assurée a adressé à l'OAI une nouvelle demande de prolongation du délai d'un mois, soit cette fois au 10 novembre 2023.

Par décision du 12 octobre 2023, l'OAI a confirmé son projet de refus de mesures professionnelles et de rente du 6 juin 2023. Était joint un courrier du même jour selon lequel l'OAI avait refusé de prolonger le délai de contestation une nouvelle fois.

B. Par acte du 17 novembre 2023, E._____, toujours représentée par Me Jean-Michel Duc, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision du 12 octobre 2023 concluant à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2021, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Elle a invoqué à titre préliminaire une violation de son droit d'être entendue en reprochant à l'OAI d'avoir refusé de lui accorder une seconde prolongation du délai pour compléter ses objections du 19 juin 2023, faisant valoir qu'elle avait observé le délai de trente jours prévu à l'art. 57a al. 3 LAI de sorte que les demandes de prolongation de délais ultérieures n'étaient pas une problématique. Sur le fond et en substance, elle a contesté la valeur probante du rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 24 mai 2023. Elle a rediscuté la pleine capacité de travail retenue dans des activités adaptées sur la base des avis de ses médecins traitants, selon lesquels elle présentait une incapacité totale de travail lui donnant le droit à une rente entière d'invalidité. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la mise en œuvre

d'une expertise judiciaire psychiatrique pour « faire la lumière » sur ses atteintes à la santé psychique.

Le 4 décembre 2023, la recourante a produit un rapport du 12 octobre 2023 de la Dre I. _____, médecin généraliste consultée depuis le mois de juin 2022, qui a relevé ce qui suit :

“[...] Sur le plan somatique, avec un poste adapté et avec le respect des limitations suivantes (pas de port de charge, pas de position debout ou assise prolongée, pas de mouvement de flexion[-]extension et rotation du tronc la capacité est entière. [...] A mon sens, la capacité de travail de Mme E. _____ est tout particulièrement limitée par sa pathologie psychiatrique. Sur le plan psychiatrique, au vu des symptômes anxieux et dépressifs majeurs, et de leurs répercussions sur le quotidien et l'autonomie de Mme E. _____, j'estime que sa capacité de travail actuellement est nulle. En effet, les troubles du sommeil, de l'humeur et l'état anxieux ne lui permettent actuellement pas de pouvoir travailler, sortir de son domicile ou être dans une interaction professionnelle avec d'autres personnes. Elle ne sort presque pas de son domicile, et lorsque c'est le cas, c'est avec difficulté et une anxiété envahissante. Elle présente une inversion du rythme nyctéméral avec des difficultés pour se lever le matin. Elle rapporte des crises d'angoisses. L'asthénie est tellement marquée du fait du syndrome dépressif que cela ne me paraît pas à l'heure actuelle compatible avec une activité professionnelle quelle qu'elle soit.

[...]

Le pronostic concernant les problématiques somatiques sont à une stabilité des lésions et des douleurs ainsi que des limitations susmentionnées. Une amélioration de la situation psychiatrique pourrait amener à un meilleur pronostic somatique, via une amélioration de l'hygiène de vie, activité physique, sevrage tabagique.

Concernant le pronostic psychiatrique, il m'est difficile de me prononcer et cela relève de l'expertise de son psychiatre. Je ne note pas d'amélioration, depuis le début de mon suivi, des troubles de l'humeur et de l'anxiété. Ceci malgré plusieurs changements de molécules et de dosages des traitements anxiolytiques et antidépresseurs, et la mise en place d'un suivi par une infirmière spécialisée en psychiatrie à domicile.”

Dans sa réponse du 16 janvier 2024, l'OAI a sollicité une prolongation du délai au 12 février 2024 pour se déterminer sur le recours du 17 novembre 2023 en proposant de faire verser au dossier un rapport du 30 août 2023 du Dr O. _____ auquel la recourante se référait et d'obtenir des précisions sur le suivi psychiatrique.

Dans son écriture du 13 février 2024, l'OAI a fait savoir qu'en l'absence de nouvelles pièces médicales, il n'avait rien à ajouter à sa décision du 12 octobre 2023, qu'il confirmait.

Dans sa réplique du 14 mars 2024, la recourante a fait part d'une erreur affectant son mémoire de recours du 17 novembre 2023, expliquant qu'elle se référait en réalité au rapport du 30 août 2021 (et non 2023) du Dr O._____, par lequel elle était toujours suivie. Elle a requis un délai supplémentaire de deux mois pour compléter ses déterminations en faisant valoir qu'elle « instruisait » l'aspect psychiatrique dans l'attente d'un rapport médical.

Dans sa duplique du 17 avril 2024, l'OAI a confirmé ses précédentes conclusions dans le sens du rejet du recours et du maintien de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

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

3. a) 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.

b) En l'espèce, la décision litigieuse rendue le 12 octobre 2023 fait suite à une demande de prestations déposée le 26 octobre 2020, en raison d'atteintes à la santé incapacitantes depuis le mois d'avril 2020, de sorte que le droit éventuel au versement de la rente existerait dès le courant 2021. Il convient donc d'appliquer les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. 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) aa) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. MARGIT MOSER-SZELESS, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 52 *ad* art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité

dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

c) 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.

d) 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).

e) 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).

f) Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI peuvent revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences requises par la jurisprudence en matière d'expertise médicale rappelées ci-dessus, bien qu'ils ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3, 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 et

9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références citées, passage non publié *in* ATF 135 V 254). Il n'existe en effet pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6).

g) 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. Par un premier moyen de nature formelle, la requérante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'intimé ne lui a pas accordé de seconde prolongation de délai pour compléter ses objections au projet de décision.

a) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de sorte que la personne concernée

puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 146 II 335 consid. 5.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références citées).

b) En l'occurrence, aucune violation du droit d'être entendue de la recourante ne peut être imputée à l'intimé au motif qu'un délai supplémentaire ne lui aurait pas été accordé pour compléter ses objections au projet de décision du 6 juin 2023.

Par courrier de son avocat du 19 juin 2023, l'intéressée a déclaré s'opposer au projet de décision en faisant valoir qu'elle était dans l'incapacité totale d'exercer toute activité lucrative et gravement handicapée dans toutes les tâches de la vie, sollicitant d'emblée de lui accorder un délai au 31 août 2023 afin de compléter ses objections et produire des rapports médicaux à l'appui de sa démarche. Le 20 juin 2023, l'intimé lui a fait parvenir une copie de son dossier et a accepté de prolonger au 31 août 2023 le délai pour faire valoir ses éventuelles objections complémentaires, en précisant que passé ce délai, et sans nouvelles de sa part, il notifierait la décision sur la base des éléments en sa possession. Le 31 août 2023, la recourante a sollicité une nouvelle prolongation d'un mois pour le dépôt de ses déterminations complémentaires et transmettre les documents étayant ses arguments. Le 7 septembre 2023, l'intimé lui a accordé un délai au 9 octobre 2023 pour remettre ses objections et les éléments lui permettant de revoir sa position. Le 29 septembre 2023, la recourante a demandé une nouvelle prolongation d'un mois, au 31 octobre 2023, en indiquant être dans l'attente de documents médicaux. Dans un courrier identique rédigé le 9 octobre 2023, elle a demandé cette fois que le délai soit prolongé au 10 novembre 2023. Dans le délai prolongé au 9 octobre 2023, la recourante n'a pas produit de document complémentaire.

Cela étant, quand bien même l'intimé n'a pas accordé la troisième (ou quatrième) prolongation requise par la recourante, dès lors que la décision a été notifiée le 12 octobre 2023, il n'en demeure pas moins que la recourante a disposé de plus de quatre mois après la notification du projet de décision du 6 juin 2023 pour produire de nouvelles pièces et compléter son argumentation. Une telle durée semble être particulièrement généreuse, étant entendu que le délai légal de trente jours inscrit dans la loi à l'art. 57a al. 3 LAI est en principe non

prolongeable (cf. Message du Conseil fédéral du 2 mars 2018 concernant la modification de la LPGA [FF 2018 1597, 1636] ; cf. art. 40 al. 1 LPGA).

Même si l'on devait admettre une violation du droit d'être entendue de la recourante dans le cadre de la procédure préalable en lien avec l'art. 57a al. 1 LAI, l'argumentation de la recourante ne convaincrait pas. En effet, cette dernière a été en mesure de produire, dans le cadre de la présente procédure de recours, les pièces médicales dont elle ne disposait pas encore à l'échéance de la prolongation du délai que lui avait accordé l'intimé pour se déterminer sur le prévis du 6 juin 2023. La recourante a donc eu l'occasion de se prononcer et de produire des moyens de preuve devant une autorité de recours de première instance dotée d'un plein pouvoir d'examen (cf. art. 61 let. c LPGA). Dans ces conditions, la supposée violation du droit d'être entendu a quoi qu'il en soit été guérie devant la Cour de céans (sur les conditions d'une telle guérison, cf. ATF 137 I 195 consid. 2.3.2). Le grief tiré de la violation du droit d'être entendu est dès lors mal fondé.

6. Sur le fond, la recourante remet en cause les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire du 24 mai 2023 des Drs F._____ et K._____, en faisant grief à l'OAI de s'être fondé sur ce document pour retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mises en évidence (pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position assise ou debout prolongée au-delà d'une heure, pas de position debout statique au-delà de vingt minutes, pas de port de charges répété au-delà de cinq kilos, pas de travail prolongé du bras gauche au-dessus de la tête, pas de mouvements d'abduction-adduction répétés du bras, et pas de soulèvement de charges avec le membre supérieur gauche au-delà de deux à trois kilos) à l'échéance du délai d'attente d'un an, soit le 3 avril 2021. Ce faisant, elle oppose les rapports des médecins consultés, les Drs O._____, I._____ et C._____, en faisant pour l'essentiel valoir que sa capacité de travail est nulle.

Ce point de vue ne peut toutefois être suivi.

a) En premier lieu, sur le plan somatique, il convient de constater que si l'activité habituelle d'auxiliaire de santé n'est plus exigible en raison d'un syndrome lombo-vertébral survenu dans le contexte de troubles dégénératifs (discopathie protrusive L4-L5) et statiques et des restrictions fonctionnelles retenues (cf. rapport d'expertise du 13 avril 2021 du Dr D. _____ ; rapport du 4 mars 2020 du Dr Q. _____), la recourante conserve toutefois une capacité de travail entière dans une activité adaptée. On ignore au demeurant sur quelle base cette dernière présenterait une atteinte à la santé somatique rendant illusoire l'exercice d'une activité adaptée. La Dre I. _____ n'en disconvient du reste pas, dans son rapport du 12 octobre 2023, retenant que sur le plan somatique, avec un poste adapté et dans le respect des limitations fonctionnelles qu'elle liste (pas de port de charge, pas de position debout ou assise prolongée, pas de mouvement de flexion-extension et rotation du tronc), la capacité de travail de la recourante est entière.

Le Dr F. _____, spécialiste en médecine physique et rééducation ainsi qu'en rhumatologie, a posé le diagnostic principal de lombosciatalgies droites chroniques, non déficitaires, non irritatives, dans un contexte de protrusion latérale gauche en L4-5 et de troubles dégénératifs articulaires postérieurs étagés (M54.4) ayant une répercussion durable sur la capacité de travail, avec comme diagnostic associé des douleurs chroniques de l'épaule gauche dans un contexte de conflit sous-acromial et de tendinopathie du supra-épineux. Sans répercussion durable sur la capacité de travail, il a diagnostiqué des cervicalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de troubles dégénératifs discaux débutants, une obésité de classe 2 et un status post entorse de la cheville gauche. Sur la base de son propre examen clinique, il a constaté la persistance d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle en raison de lombosciatalgies gauches chroniques dans un contexte de protrusion latérale gauche, de troubles dégénératifs postérieurs de même niveau L4-5. Il a également relevé des omalgies chroniques dans un contexte de tendinopathie chronique du supra-épineux avec conflit sous-acromial. A son avis, les cervicalgies n'étaient

pas incapacitantes au vu des faibles troubles dégénératifs visualisés sur les clichés. Ce faisant, il s'est distancé du diagnostic incapacitant de cervicalgies sur troubles dégénératifs retenu par l'expertise du Dr D. _____ mais a validé les lombalgies comme incapacitantes en ajoutant la problématique de la coiffe des rotateurs gauches. Le Dr F. _____ a en outre exclu une suspicion de fibromyalgie, diagnostic évoqué par le psychiatre traitant. Indiquant que la capacité de travail exigible était déterminée par la tolérance mécanique du rachis lombaire et de l'épaule gauche, le Dr F. _____ a retenu une capacité de travail totale de la recourante dans une activité adaptée depuis le 9 avril 2021, cette date correspondant au jour de l'expertise rhumatologique réalisée par le Dr D. _____.

Il y a ainsi lieu de constater que si la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle à compter du début des ennuis de santé de la recourante survenus en 2020, elle demeure entière, depuis le 9 avril 2021, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (*Rachis lombaire* : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de position assise ou debout prolongée au-delà d'une heure, pas de position debout statique au-delà de vingt minutes, et pas de port de charges répété au-delà de cinq kilos. *Epaule G* : pas de travail prolongé du bras G au-dessus de la tête, pas de mouvements d'abduction-adduction répétés du bras, et pas de soulèvement de charges avec le MSG [membre supérieur gauche] au-delà de deux à trois kilos).

Cette appréciation, non contredite et parfaitement motivée, peut dès lors être confirmée.

b) Sur le plan psychiatrique, la recourante se prévaut des rapports du Dr O. _____ des 30 août 2021 et 8 février 2022. Or comme l'a relevé la Dre A. _____ du SMR (cf. avis du 12 septembre 2022), le Dr O. _____ n'a pas étayé les diagnostics qu'il a posés, ni décrit la vie quotidienne de sa patiente, pas plus que ses ressources, et ce alors même

qu'il a été spécifiquement invité à répondre aux questions du SMR sur ces aspects.

C'est du reste dans ce contexte qu'un examen psychiatrique (et rhumatologique) a été mis en œuvre auprès des Drs F._____ et K._____ le 27 mars 2023.

Au terme de son examen clinique du 27 mars 2023, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1), de troubles mixtes de la personnalité, traits émotionnellement labiles de type borderline et traits histrioniques (F61.0), de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique ; F41.0), de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) ainsi que de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F10.20), et a estimé que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail depuis la rémission d'un épisode dépressif totalement incapacitant entre 2010 et 2015, si bien qu'elle était apte à suivre des mesures d'ordre professionnel depuis lors. En l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle au plan psychiatrique.

Le Dr K._____ a relevé que la recourante était soignée, collaborante, et orientée aux trois modes (temps, espace et situation). Elle ne présentait pas d'attitude antalgique, de sentiment de détresse ou de ralentissement psychomoteur et conservait un discours cohérent, clair et informatif. Seul un bref épisode de trente secondes de labilité émotionnelle à l'évocation de la mère de l'intéressée a été constaté par le Dr K._____, qui n'a pas retrouvé de trouble psychotique, d'idées délirantes, de trouble de l'attention, de la concentration ou de la mémoire, d'atteinte craintive ou de tension motrice, ni aucun signe neuro-végétatif, y compris durant le bref épisode de labilité émotionnelle. Il n'a également pas répertorié de crise d'angoisse aiguë ou de symptômes de la lignée phobique, voire obsessionnelle. Depuis l'adolescence, à côté de moments récurrents de tristesse et d'abandon aggravés par la séparation, la

recourante décrivait une impulsivité et une tendance à être facilement énervée ou irritable, mais sans gestes violents ou impulsifs. Elle n'annonçait pas d'idées suicidaires récurrentes, de sentiment envahissant ou persistant, de tensions ou appréhensions, ni d'incompétence sociale malgré les difficultés financières et administratives rencontrées. Elle n'avait jamais présenté de préoccupations excessives par crainte d'être critiquée, ni de restriction du style de vie par besoin de sécurité, ni évité les activités sociales impliquant des contacts importants. Elle avait au contraire souvent travaillé dans des métiers particulièrement relationnels (à savoir, la restauration, aide-soignante dans un EMS ou vendeuse au Maroc). Refusant souvent les conseils, y compris ceux de professionnels, elle n'avait jamais eu de tendance à encourager autrui à prendre des décisions à sa place. Elle présentait une tendance à un certain théâtralisme et une hyper-expressivité émotionnelle. Lors de l'examen par le DrK._____, une thymie et une humeur normales ont été observées, la recourante pouvant parfois montrer un visage fermé et, à d'autres moments, particulièrement souriant, sans suggestibilité, ni comportement de séduction inappropriée. Au total, les affects, soit dans les propos ou de manière non verbale, étaient neutres. Il n'existait pas de diminution de l'activité et du plaisir pour des activités qui en procuraient habituellement. L'énergie n'était pas réduite et aucune fatigabilité n'était retenue. La recourante n'exprimait pas d'idées de dévalorisation ou de culpabilité, ni de propos suicidaires, et ne présentait aucun antécédent de cette nature. Aucun manque d'estime de soi était retenu chez la recourante qui niait en avoir jamais manqué. Depuis 2009, elle présentait des craintes en lien avec son avenir en Suisse compte tenu de sa situation administrative instable. Hormis ces craintes, il n'était pas retrouvé de vision pessimiste, ni de péjoration de l'avenir. Depuis 2020, la recourante présentait un mode alimentaire particulier, à savoir sans dîner mais avec des grignotages en fin de journées décrits autant comme un besoin lié à la faim qu'une pulsion anxieuse. Avec le traitement dont elle bénéficiait, elle ne présentait pas de trouble du sommeil mais était même plutôt en hypersomnie. Elle préférait bénéficier d'un traitement trop important sur le plan sédatif afin de s'assurer de n'avoir que des crises d'angoisse sporadiques. Enfin, la libido était très diminuée depuis 2005.

Afin de conférer pleine valeur probante au volet psychiatrique du rapport d'examen bidisciplinaire du 24 mai 2023, il convient encore de s'assurer que le Dr K. _____ a dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail de la recourante à la lumière des indicateurs déterminants selon la jurisprudence en matière de troubles psychiques (cf. ATF 145 V 215 ; 143 V 418 et 141 V 281).

En premier lieu, on observe que les diagnostics ont été posés en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10).

Toujours s'agissant des diagnostics retenus, le Dr K. _____ les a motivés en détail à la lumière de son examen du dossier et de la recourante.

Il a d'abord diagnostiqué une dysthymie (F34.1) même si un tel diagnostic n'était pas retenu par le Dr O. _____. A l'anamnèse, la recourante décrivait des épisodes récurrents, depuis sa jeunesse, de tristesse, apparaissant sans raison, de manière brutale et disparaissant d'eux-mêmes, souvent après plusieurs semaines. Ces épisodes de tristesse pouvaient être accompagnés de fatigue, sans perte d'élan vital, mais n'avaient jamais empêché la recourante de travailler à plein temps depuis ses quatorze ans. Dès lors qu'il s'agissait à chaque fois de symptômes dépressifs légers, ce diagnostic n'était pas incapacitant et ne l'avait jamais été par le passé.

Le Dr K. _____ a ensuite diagnostiqué un trouble mixte de la personnalité, traits émotionnellement labiles, type borderline et traits histrioniques (F61.0) chez la recourante, qui décrivait une certaine impulsivité et irritabilité, surtout verbale, depuis sa jeunesse. Cette situation avait perturbé une prise en charge psychiatrique, à la fréquence d'une fois par semaine pendant cinq ans jusqu'en 2015 par le Dr B. _____, qu'elle avait recontacté quelques années plus tard puis avait cessé la relation au bout de deux consultations. Après que l'équipe

de suivi nutritionnel eût posé l'arrêt du traitement, la recourante avait rompu la relation au motif que son avis n'avait pas été pris en compte. Selon le Dr K._____, à cette tendance à l'impulsivité se rajoutait un sentiment ancien d'abandon et une tolérance à la frustration partiellement diminuée depuis toujours. La recourante présentait depuis longtemps une labilité émotionnelle qu'elle savait gérer et qui ne lui avait jamais posé problème sur le plan professionnel. Seul un épisode était retrouvé lors de l'examen et limité dans le temps. Il n'y avait par contre pas d'idées suicidaires récurrentes. A ces traits de personnalité émotionnellement labiles, anciens et non décompensés, se rajoutaient, même s'ils étaient plutôt modérés, des traits histrioniques prenant la forme d'une certaine hyper-expressivité émotionnelle et d'un théâtralisme. Par contre, les autres traits histrioniques, comme la suggestibilité, les comportements de séduction inappropriés ou la préoccupation excessive par le souci de plaire physiquement n'étaient pas présents. Malgré une certaine dramatisation des affects, ceux-ci restaient authentiques. Au final, il s'agissait de traits non décompensés dans le temps et qui n'avaient jamais empêché la recourante de travailler de manière régulière jusqu'à sa séparation, puis de reprendre un travail à 80 % comme aide-soignante entre 2017 et 2020, de sorte que ce trouble de la personnalité n'était pas incapacitant et ne l'avait jamais été.

Le diagnostic de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique) (F41.0) a été posé par le Dr K._____ dès lors que, depuis 2020, la recourante décrivait des crises d'angoisse récurrentes, survenant le plus souvent à la maison. A ces crises d'une durée d'environ une demi-heure s'associaient le plus souvent des palpitations et tremblements des membres supérieurs. Les crises passaient soit spontanément, soit avec la prise de Temesta®. Compte tenu de leur faible fréquence, deux à trois épisodes par mois, ce diagnostic n'était pas incapacitant et ne l'avait jamais été par le passé.

Le Dr K._____ a encore retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Or la CIM-10 spécifie à propos du trouble anxieux et dépressif mixte que cette catégorie doit être utilisée

quand le sujet présente à la fois des symptômes anxieux et des symptômes dépressifs, sans prédominance nette des uns ou des autres et sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Quand des symptômes anxieux et dépressifs sont présents simultanément avec une intensité suffisante pour justifier des diagnostics séparés, les deux diagnostics doivent être notés et on ne fait pas un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10-GM 2018, Index systématique, version française, volume 1, p. 193, mise en ligne par l'Office fédéral de la statistique). Le Dr K._____ ne pouvait dès lors retenir le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte alors qu'il retient le diagnostic de dysthymie (F34.1) et celui de trouble panique (F41.0). Ce manque de rigueur diagnostique n'altère toutefois pas la valeur probante de son rapport, très complet et dont aucun élément au dossier ne justifie de s'écarter.

Enfin, le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinente (F10.20) est retenu au motif que, malgré l'arrêt du travail en 2020 et la consommation régulière d'alcool entre 2010 et 2020, la recourante avait pu trouver en elle-même les ressources pour devenir quasi abstinente et ne plus consommer actuellement du vin ou de la bière que de manière très occasionnelle. Néanmoins, ses capacités à maintenir cette abstinence demeuraient fragiles, en particulier à certains moments de la journée, comme le soir. Actuellement, la recourante gérait les tensions anxieuses intermittentes par grignotage et tabagisme actif. Le Dr K._____ n'a pas constaté de tendances au *craving* et à la reprise régulière de la consommation d'alcool. Selon le Dr K._____, même lorsqu'elle n'était pas abstinente, ce diagnostic n'avait jamais empêché la recourante de travailler comme aide-soignante. Aussi, ce diagnostic n'était pas incapacitant et ne l'avait jamais été.

Pour déterminer les ressources à disposition de la recourante, le Dr K._____ s'est basé sur les éléments recueillis dans le cadre de l'anamnèse et de la vie quotidienne (rapport d'examen SMR bidisciplinaire pp. 12 - 16). Il a relevé qu'elle disposait de ressources disponibles ou

mobilisables globalement conservées dès lors qu'elle n'avait eu que très peu de centres d'intérêt excepté les relations sociales, familiales ou amicales et le travail. Les quelques autres centres d'intérêt, comme la pratique de la cuisine, la lecture ou la musique, avaient cessé en 2010. La recourante avait bien repris une pratique partielle de la lecture entre 2015 et 2017 mais elle l'avait arrêtée en reprenant le travail. Elle n'avait jamais eu goût aux activités physiques ou sportives, aimé se promener, même faire les magasins, aller au restaurant, au cinéma ou encore au musée. Elle conservait une pratique de la télévision irrégulière qu'elle utilisait essentiellement en bruit de fond ou pour visionner quelques séries turques. Il en allait à l'identique de la pratique d'Internet, la recourante consultant parfois TikTok® ou regardant ses mails. Le réseau amical était existant et entretenu, comme le réseau familial, qui n'avait pas évolué dans le temps. La libido était très diminuée depuis 2005 déjà.

Concernant le degré de gravité fonctionnel des troubles, le Dr K. _____ n'a pas constaté de manifestations concrètes sur les activités extra-professionnelles de la recourante qui, malgré des discordances avec les propos tenus devant le Dr F. _____, demeurait globalement autonome pour les tâches ménagères. Ainsi, elle était en mesure de passer l'aspirateur une fois par semaine, de ranger et dépoussiérer (seule ou avec l'aide de l'infirmière psychiatrique), de se préparer à souper (des plats de pâtes ou tout préparés), de faire ses courses en voiture deux fois par semaine (parfois avec l'aide de l'infirmière psychiatrique), de sortir ses poubelles et de vider et remplir sa lessive au lave-linge et au sèche-linge collectifs tous les samedis matins. Elle utilisait de manière autonome le lave-vaisselle. Depuis 2010, elle ne repassait plus et portait des vêtements ne nécessitant aucun repassage. Par ailleurs, elle avait pu voyager en Italie en 2015 et au Maroc en 2021 pour rendre visite aux membres de sa famille.

S'agissant du traitement ou de la résistance au traitement, la recourante avait pris une quinzaine de kilos entre 2020 et 2021 pour atteindre le poids de 120 kilos. Dans le cadre du suivi nutritionnel, la prise de Saxenda® limitait les grignotages et, malgré l'absence d'activités

physiques et de repas équilibrés, la recourante avait perdu près d'une quinzaine de kilos pour atteindre, à l'été 2022, le poids de 107 kilos (cf. dans le même sens, le rapport du 29 décembre 2021 du Dr C. _____). Au plan psychiatrique, après avoir consulté le Dr B. _____ durant plusieurs années jusqu'en 2015, elle était suivie depuis janvier 2021 à la quinzaine par le Dr O. _____, d'abord pour des raisons diététiques et par rapport à l'hyperphagie. Le traitement médicamenteux actuel comprenait la prise de Fluctine® 40mg, de Redormin® 1 cp par jour, de Relaxane® 2 cp par jour et de Temesta® 1 mg en réserve en cas d'angoisses. Au cours des derniers mois, la recourante n'avait pris qu'un comprimé en moyenne par mois. Selon le Dr K. _____, la prise en charge psychiatrique actuelle consistait en un traitement *lege artis*. Toutefois, au vu des diagnostics non incapacitants posés, le passage à domicile d'une infirmière deux fois par semaine lui paraissait trop important. Le traitement limitait certes les symptômes anxieux mais les médicaments prodigués avaient un effet sédatif qui contraignait la recourante à devoir mobiliser ses ressources de manière plus conséquente le matin. En outre, la coopération de cette dernière restait incertaine au vu de ses tendances à l'irritabilité. Aucune autre option thérapeutique n'était disponible. A côté de ses quelques effets indésirables, le traitement actuel se comprenait comme une source éventuelle de succès en termes de ressources.

Pour ce qui concerne le contexte social, le Dr K. _____ a noté que le réseau social et amical extrêmement important avant 2010 n'avait été redéveloppé qu'à partir de 2015, et ceci de manière partielle. Si des amies de [...] avaient fini par ne plus donner contact, la recourante conservait toutefois deux amies proches dont l'une avait la clef de chez elle et venait la visiter deux à trois fois par semaine. Hormis cela, les relations sociales depuis 2017 étaient essentiellement professionnelles et avaient cessé avec l'arrêt du travail en 2020. Excepté les décès de ses parents, les relations familiales n'avaient pas évolué. La recourante continuait à mobiliser ses ressources pour souder sa famille. Elle gardait ainsi plusieurs fois par semaine contact avec ses sœurs en Italie, pays où elle s'était rendue en 2015 la dernière fois, et avec ses frères restés au Maroc, qu'elle avait visités en 2021. Elle puisait en outre ses ressources

externes grâce au passage, à la fréquence de deux visites par semaine à domicile, de l'infirmière psychiatrique.

S'agissant de la cohérence, le Dr K._____ a relevé qu'excepté une discordance entre les signes objectifs et le vécu subjectif des symptômes anxieux et dépressifs, l'examen clinique montrait globalement une cohérence entre symptômes, comportement et activités quotidiennes. Il n'y avait au demeurant aucun autre élément au dossier laissant douter de la sincérité du ressenti de la recourante compte tenu de son état de santé affaibli.

A l'examen de l'ensemble des critères précités, la capacité de travail résiduelle de la recourante a été évaluée par le Dr K._____ en faisant l'objet d'une procédure probatoire structurée, de manière conforme aux exigences de la jurisprudence (cf. consid. 4g supra). Ainsi, au terme de son évaluation, il n'a pas retenu de diagnostic incapacitant mais uniquement ceux sans incidence sur la capacité de travail listés ci-avant.

c) De son côté, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle affirme que sur la base des différentes appréciations médicales au dossier, il existerait des doutes importants sur la fiabilité du rapport du SMR qui ne pourrait servir de base à la décision.

Le Dr K._____ a dûment motivé ses conclusions et, s'en tenant à son rôle, a distingué les éléments subjectifs, basés sur les plaintes exprimées, et ses propres constatations pour évaluer la capacité de travail de la recourante. Concluant à l'absence d'atteintes significatives à la santé psychique entraînant des limitations fonctionnelles et interférant avec la capacité de travail, le Dr K._____ a retenu une capacité de travail de 100 % depuis 2015, soit la date de rémission d'un épisode dépressif totalement incapacitant entre 2010 et 2015.

L'examen du Dr K._____ satisfait toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel

document. Il a en effet examiné l'entier des pièces du dossier, les a résumées, puis, au terme de son examen de la recourante, il a posé l'anamnèse familiale, scolaire, professionnelle, psychosociale et psychiatrique de la recourante, et décrit le contexte psychosocial. Il a également listé ses plaintes ainsi que ses attentes vis-à-vis de l'OAI, et décrit ses habitudes (tabac, alcool, drogue, médicaments et traitements actuels, et prise en charge médicale actuelle). Le DrK._____ a ensuite détaillé la vie quotidienne de la recourante, avant de décrire son status psychiatrique. Pour son évaluation de la capacité de travail, le Dr K._____ a examiné la cohérence des troubles sur la base de l'anamnèse, des plaintes subjectives, de la journée-type et de l'examen clinique effectué. L'appréciation de la situation médicale est claire et conduit à des conclusions soigneusement motivées. Pour le surplus, les avis du Dr O._____ dont se prévaut la recourante, de même que ceux du Dr C._____, ont tous été pris en compte à l'occasion de l'analyse du dossier médical de la recourante (cf. rubrique « documents du dossier » du rapport d'examen bidisciplinaire du 24 mai 2023, pp. 2 - 8).

La recourante ne peut dès lors être suivie lorsqu'elle fait valoir une divergence entre les diagnostics psychiatriques retenus par le Dr K._____ et par le DrO._____ pour invoquer l'existence de doutes importants sur la fiabilité du rapport d'examen bidisciplinaire du SMR. En effet, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). Or les atteintes à la santé psychique n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail de la recourante depuis 2015, ainsi que le Dr K._____ l'a dûment exposé.

Quant au rapport de la Dre I._____ du 12 octobre 2023 produit à l'appui du recours, il émane d'une médecin généraliste et non psychiatre, qui admet du reste qu'il est difficile pour elle de se prononcer sur le pronostic psychiatrique, si bien que cette pièce médicale ne jette

pas de doute sur les conclusions du volet psychiatrique du rapport d'examen bidisciplinaire du 24 mai 2023.

d) Dans ces conditions, les rapports dont se prévaut la recourante ne permettent pas de s'écarter des constatations et conclusions de l'examen bidisciplinaire réalisé au SMR en mars 2023 ou de justifier un complément d'instruction par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

7. a) Pour le surplus, il n'y a pas lieu de s'écarter du statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 % retenu par l'intimé, cette appréciation n'étant à juste titre pas remise en cause par la recourante. Ce statut correspond à la situation professionnelle réelle qui prévalait jusqu'au début de l'incapacité de travail en avril 2020. Du reste, l'intéressée a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 80 % comme auxiliaire de santé, par intérêt personnel (cf. formulaire de détermination du statut du 10 décembre 2020), si bien qu'il y a lieu de confirmer le statut mixte tel que fixé par l'intimé, respectivement l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité dans le cas particulier.

b) Pour la part que la recourante consacre à l'accomplissement de ses travaux habituels, on relèvera avec l'intimé que même dans l'éventualité non réalisée d'un empêchement total dans l'accomplissement des tâches ménagères, le degré d'invalidité global resterait en-dessous du seuil de 40 % ouvrant le droit à la rente. On ne peut dès lors faire grief à l'intimé de n'avoir pas mis en œuvre une enquête ménagère.

c) En ce qui concerne la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative, le degré d'invalidité s'élève, après comparaison du revenu sans invalidité (55'003 fr.) avec le revenu d'invalidité (50'716 fr. 49), à 7,79 % ($[(55'003 \text{ fr.} - 50'716 \text{ fr. 49}) / 55'003 \text{ fr.}] \times 100$). En l'absence de griefs soulevés sur l'évaluation de la perte de gain, il n'y a pas lieu de revenir plus avant sur la comparaison des revenus

à laquelle a procédé l'intimé ; vérifié d'office, le calcul ainsi opéré peut être confirmé.

d) Le taux d'invalidité global doit ainsi être fixé à 6,24 % ($[7,79 \times 0,8] + [0 \times 0,2]$), arrondi à 6 % (cf. ATF 130 V 121), ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

8. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la réquisition de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique pour déterminer ses atteintes à la santé psychique. En effet, la réalisation d'une telle expertise ne saurait apporter un quelconque correctif au rapport d'examen bidisciplinaire du SMR, respectivement son volet psychiatrique, qui est probant (cf. consid. 6 supra).

9. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit 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 Jean-Michel Duc peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 27 mai 2024, ces opérations, vérifiées d'office, sont justifiées. L'indemnité de Me Duc est ainsi arrêtée à 1'577 fr. 40 ([8 heures et 50 minutes x 110 fr. ; cf. art. 2 al. 1 let. b du règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RAJ ; BLV 211.02.3] + 5 % [débours ; cf. art. 3bis al. 1 RAJ] + 7,7 % [TVA 2023] + [3 heures et 50 minutes x 110 fr.] + 5 % [débours ; cf. art. 3bis al. 1 RAJ] + 8.1 % [TVA 2024]), débours et TVA compris, pour la période du 17 novembre 2023 au 27 mai 2024.

e) 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 12 octobre 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 Jean-Michel Duc, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'577 fr. 40 (mille cinq cent septante-sept francs et quarante centimes), débours et TVA compris.
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour E. _____),
- 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 :