

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 septembre 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Me Robert Fox, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1991, a effectué sa scolarité obligatoire sans obtenir de certificat. De 2008 à 2014, elle a occupé divers emplois dans le domaine de la vente. Entre les mois d'août 2014 et juillet 2016, elle a suivi une formation d'employée de commerce, échouant cependant aux examens de certificat fédéral de capacité (CFC). A compter du mois d'août 2016, elle a été employée en qualité d'assistante administrative « *PPE* » à 80 % par la régie immobilière [...], jusqu'à son licenciement au 28 février 2018.

Le 3 juillet 2018, la prénommée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une dépression et d'angoisses. Elle a ultérieurement précisé que, bien portante, elle aurait travaillé à 80 % dès le 7 février 2018 en qualité d'assistante « *PPE* », dans la suite logique de son apprentissage (cf. questionnaire complété le 17 novembre 2018).

Le 13 août 2018, l'OAI s'est vu transmettre le dossier constitué par l'assureur perte de gain D._____ Assurances SA. Ce dossier comportait notamment un rapport du 4 avril 2018 de la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) et expliquant, en particulier, que l'assurée se trouvait en arrêt de travail depuis le 7 février 2018, ayant progressivement développé une symptomatologie anxieuse puis dépressive au cours du mois de janvier 2018 après l'annonce de son licenciement.

Aux termes d'un rapport du 12 novembre 2018 à l'OAI, la Dre P._____ a précisé que la prise en charge psychiatrique avait débuté en juillet 2017, dans un contexte de conflit avec une supérieure hiérarchique. Sur le plan diagnostique, elle a retenu les atteintes avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif de sévérité moyenne (F32.1) et de troubles anxieux (F41.9). La Dre P._____ a en particulier relevé chez

l'assurée une fatigue importante, un ralentissement, une difficulté de motivation et de plaisir, ainsi qu'une faible endurance avec un fort besoin de récupération. A cela s'ajoutaient des difficultés d'attention et de concentration. Selon la Dre P._____, l'incapacité de travail était totale et un réentraînement à l'endurance apparaissait nécessaire.

En parallèle, l'OAI a mis en œuvre une mesure d'intervention précoce, sous la forme d'une orientation professionnelle auprès de la Fondation Q._____ du 12 octobre 2018 au 11 janvier 2019. Dans un rapport de synthèse établi le 9 janvier 2019, dite institution a exposé que l'assurée n'avait pas été en mesure d'assumer une présence régulière, compte tenu de difficultés à se lever le matin en lien avec les effets secondaires de la médication. L'OAI a ensuite mis sur pieds une nouvelle mesure d'intervention précoce, à savoir un entraînement à l'endurance auprès de G._____ Sàrl pour la période du 28 janvier au 22 mars 2019. Le bilan effectué le 25 février 2019 a montré, entre autres, que l'intéressée avait encore beaucoup de peine à s'organiser pour arriver à l'heure. Cette mesure a ensuite été prolongée pour la période du 1^{er} au 30 avril 2019, mais l'assurée ne s'est pas présentée aux rendez-vous fixés. Dans un rapport de synthèse du 17 avril 2019, les intervenants de G._____ Sàrl ont notamment relevé qu'un changement médicamenteux en cours de mesure avait occasionné une recrudescence des troubles anxieux, causant une régression assez importante de la capacité de l'assurée à gérer ses angoisses.

Par communication du 6 mai 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place d'autres mesures d'intervention précoce, que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient en outre pas envisageables pour l'instant et qu'il convenait par conséquent de poursuivre l'instruction de la demande de prestations.

Par rapport du 11 juin 2019, la Dre P._____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), d'agoraphobie avec trouble panique (F40) et de personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31). Elle a souligné que

plusieurs changements d'antidépresseurs avaient été effectués, mais que les molécules avaient été particulièrement mal tolérées par la patiente. Nonobstant l'apport de la médication, l'intéressée continuait de présenter des symptômes anxieux importants, particulièrement dans le registre agoraphobique. Pour la Dre P._____, l'incapacité de travail était totale à l'égard de toute activité dans l'économie.

Le 3 juillet 2019, D._____ Assurances SA a transmis à l'OAI une copie actualisée de son dossier, comportant en particulier un rapport d'expertise du 20 mars 2019 du Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier y posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), et de trouble mixte de la personnalité (F61) avec des traits anxieux et borderline. Soulignant l'absence d'amélioration de l'état de santé et la gravité des symptômes, l'expert G._____ estimait que la capacité de travail était nulle dans toute profession et qu'un nouveau bilan pourrait être réalisé dans quatre mois.

Par rapport du 14 novembre 2019, la Dre X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ayant repris le suivi de l'assurée depuis le mois de juillet 2019, a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble de la personnalité borderline avec traits narcissiques et antisociaux et de trouble panique avec agoraphobie ; à titre d'atteinte sans influence sur la capacité de travail, elle a signalé un épisode dépressif en rémission partielle. La Dre X._____ a indiqué que l'assurée effectuait actuellement des tâches administratives au sein de l'étude de notaire de son père, étant parvenue à réaliser plusieurs fois quelques heures de suite, ce qui confirmait l'utilité d'une mesure de réinsertion. L'intéressée était probablement en mesure de travailler deux à quatre heures par jour dans l'activité exercée jusqu'alors, respectivement quatre heures par jour dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, celles-ci étant liées à l'inconstance, à l'impulsivité, aux difficultés relationnelles et à l'anxiété. Le pronostic était bon et il était possible que la patiente récupère une capacité de travail entre 80 et 100 %.

C'est dans ce contexte que l'OAI a mis en œuvre une mesure de réinsertion – donnant lieu au versement d'indemnités journalières – sous forme d'entraînement à l'endurance auprès de l'E._____ pour la période du 13 janvier au 13 avril 2020, mesure ultérieurement prolongée jusqu'au 30 juin 2020. Il en est ressorti qu'après une première phase marquée par plusieurs absences (cf. rapport d'évaluation du 25 février 2020), l'assurée avait ensuite participé plus régulièrement aux ateliers en vue d'atteindre un taux d'engagement de 40 % (rapports d'évaluation des 30 avril et 28 mai 2020).

Par rapport du 5 juin 2020, la Dre X._____ a exposé que la situation était stabilisée, après une période de recrudescence anxieuse liée à une rupture sentimentale et à l'approche des mesures de réinsertion de l'assurance-invalidité. Quant à la capacité de travail, elle se situait actuellement entre 30 et 40 % et était susceptible d'évoluer favorablement durant les prochains mois.

Du 1^{er} juillet au 31 décembre 2020, l'assurée a bénéficié, sous l'égide de l'OAI (et moyennant le versement d'indemnités journalières), d'une mesure de réinsertion sous forme d'entraînement progressif auprès de R._____ - [...], sur la base d'un taux de présence de 40 % avec augmentation progressive. Initialement, il a été observé que le rendement de l'intéressée était très bon mais que cette dernière se présentait souvent tard le matin et était beaucoup absente (rapports d'évaluation des 6 octobre et 24 novembre 2020). L'assurée s'était ensuite montrée ponctuelle durant le mois de décembre 2020 et n'avait été absente qu'à deux reprises, parvenant ainsi à assumer un taux de présence de 50 % (rapport d'évaluation du 14 janvier 2021).

Dans un rapport du 25 novembre 2020, la Dre X._____ a relevé que la patiente avait connu une augmentation des angoisses en lien avec une diminution du dosage de la médication, puis que la situation s'était à nouveau stabilisée. Elle a estimé que la capacité de travail se situait actuellement entre 50 et 60 % et qu'une évolution favorable pouvait être escomptée au cours des prochains mois.

Par la suite, l'OAI a mis en œuvre diverses mesures d'ordre professionnel, donnant lieu au versement d'indemnités journalières. Ainsi, du 1^{er} janvier au 30 avril 2021, l'assurée a bénéficié d'une mesure professionnelle sous forme de stage de reprise professionnelle auprès de R._____ - [...], sur la base d'un taux de présence de 60 % susceptible d'évolution. Dans le cadre de cette mesure, effectuée en télétravail, l'intéressée a fourni un très bon rendement, respectant les exigences qualitatives et les délais (rapport d'évaluation du 16 mars 2021). Du 26 mai au 25 juin 2021, l'assurée a bénéficié d'une mesure de reclassement sous la forme d'un stage de reprise professionnelle en tant qu'assistante administrative auprès de l'[...] à un taux de 50 %, sous la supervision de W._____. Cette mesure a ensuite régulièrement été prolongée, sur la base d'un taux de présence passant à 60 % dès le 1^{er} septembre 2021, puis à 80 % dès le 4 décembre 2021 et ce jusqu'à l'arrêt du stage le 28 février 2022. Parallèlement, du 25 septembre au 21 décembre 2021, l'assurée a effectué auprès d'Y._____ une formation [...] - comprenant dix jours de cours et un jour d'examen - qu'elle a réussie avec des résultats d'examen reflétant la très bonne qualité de son travail (attestation d'Y._____ du 27 janvier 2022). L'OAI a ensuite octroyé à l'assurée un reclassement sous forme d'un réentraînement au travail pour la période du 1^{er} mars au 30 septembre 2022 à 80 % auprès de l'étude de notaire du père de l'intéressée, sous l'égide de W._____. Revenant sur ce processus, les intervenants de W._____ ont exposé que l'assurée avait pu être accompagnée pour augmenter son taux d'activité jusqu'à atteindre 80 % sur une période de cinq mois. Durant cette période, la collaboration au sein de l'[...] s'était avérée excellente, malgré des difficultés à gérer les horaires du matin, jusqu'à une baisse de motivation relevée en fin de stage. Puis, après avoir intégré l'étude de son père, l'assurée avait vécu de manière particulièrement stressante le retour en ville de [...] et avait connu une rechute induite par l'interruption du traitement médicamenteux au mois d'avril 2022, le taux de 80 % n'ayant dès lors plus été réalisable (rapport de synthèse du 12 août 2022).

D'un bilan établi le 2 août 2022 par le Service de réadaptation de l'OAI, il est ressorti que l'intéressée avait interrompu son traitement antidépresseur entre les mois d'avril et mai 2022, qu'elle avait alors ressenti de gros symptômes de sevrage impliquant beaucoup de fatigue, qu'elle avait ensuite repris son traitement dès le mois de juin 2022 mais qu'elle avait eu de la peine à « redémarrer », ce qui s'était répercuté sur son stage avec un taux de présence très instable, son père souhaitant dès lors interrompre la collaboration. Dans ces conditions, il était mis fin aux mesures de réadaptation au 31 juillet 2022.

Par rapport du 4 octobre 2022, la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a notamment indiqué suivre l'assurée depuis le mois de novembre 2021. Sur le plan diagnostique, la Dre J._____ a retenu des atteintes incapacitantes sous forme de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), d'anxiété généralisée (F41.1), d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01), de trouble de la personnalité borderline avec traits (F61.31) et d'abus sexuels répétés durant l'adolescence (Z61.5); à titre de diagnostics différentiels, elle a évoqué un trouble du spectre autistique et une psychose sous-jacente au trouble de la personnalité. Quant à la capacité de travail, elle était nulle dans toute activité, le processus de réinsertion mis en place s'étant soldé par un échec en raison d'une aggravation des symptômes malgré l'investissement de la patiente. S'agissant des limitations fonctionnelles, elles étaient essentiellement liées à l'anxiété et se manifestaient en particulier par des diarrhées importantes, ainsi que par des difficultés à être au contact d'autrui, à honorer ses rendez-vous et à effectuer des tâches ou démarches administratives.

Par rapport du 19 novembre 2022, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de trouble de la personnalité borderline avec traits narcissiques et antisociaux et de trouble panique avec agoraphobie. Il a précisé que la situation s'était

aggravée, que la patiente sortait difficilement de chez elle et que la capacité de travail était nulle dans une activité adaptée.

Par rapport du 14 février 2023, la Dre J._____ a essentiellement confirmé son appréciation. Elle a ajouté que l'état de santé de l'assurée s'était péjoré à l'automne 2022 puis à la fin de l'année 2022, à la suite d'une rupture sentimentale, et que la prise en charge avait pris fin en janvier 2023, l'intéressée ayant déménagé.

Faisant suite à un avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) du 23 mars 2023, l'OAI a mis en œuvre une expertise auprès du Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel s'est adjoint les services de F._____, psychologue psychothérapeute et neuropsychologue. Ces derniers ont fait part de leurs conclusions dans un rapport d'expertise du 4 septembre 2023.

Sur le plan neuropsychologique, l'évaluation a notamment mis en lumière ce qui suit :

"En conclusion, l'évaluation neuropsychologique de Madame K._____ met en évidence un fonctionnement intellectuel se situant dans la zone « moyen faible » à « moyen » pour l'ensemble des indices évalués. Le profil cognitif met au premier plan certaines difficultés au niveau maintien attentionnel, mais avec une bonne préservation des autres dimensions attentionnelles. En revanche, cette évaluation permet également de mettre en évidence des performances exécutives (vitesse de traitement, inhibition, flexibilité), d'auto-activation, de planification et d'organisation qui sont dans les normes. De plus on observe des capacités mnésiques en modalité auditivo-verbale et visuo-spatiale ainsi que des capacités visuo-constructives préservées. La cognition sociale est elle aussi dans les normes. Finalement, la tâche investiguant la présence éventuelle de majoration de symptômes ne révèle pas de biais de réponse."

Sur le plan psychiatrique, l'expert L._____ a retenu notamment ce qui suit :

"6. Diagnostics (si possible selon classification ICD 10)

6.1 Diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail.
Depuis quand sont-ils présents ?

- Agoraphobie (F 40.0) dès 2018 ;
- Trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31) dès le début de l'âge adulte.

6.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis Quand sont-ils présents ?

- Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33.4) dès le début 2018.

6.3 Interaction des diagnostics

Le trouble borderline a été accompagné par deux comorbidités fréquentes, un trouble dépressif récurrent moyen et une pathologie anxieuse très focalisée sur l'agoraphobie avec attaques de panique. Il y a une forte interaction entre ses diagnostics, le trouble borderline alimentant des réactions dépressives et anxieuses qui à leur tour péjorent le pronostic notamment par rapport à un retour au travail.

7. Évaluation médicale et médico-assurantielle

7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré

Appréciation générale

L'expertisée a présenté très tôt dans son parcours de vie des traits borderline avec intolérance à l'autorité, humeur capricieuse, sentiment d'ennui, relations idéalisées qui devenaient décevantes, impulsivité accrue, recherche de relations fortes, et vulnérabilité accrue au stress. Ces traits sont suffisamment prononcés pour retenir un diagnostic de trouble franc dès le début de l'âge adulte. Dans sa perception, ces échecs d'adaptation pendant l'enfance étaient en lien avec un HP et une capacité de répondre à ses professeurs hors du commun. Dans les faits, elle a une intelligence dans la moyenne faible, bien loin d'un HP ou d'un TDAH. Les difficultés d'intégrations étaient de fait en lien avec ses traits de personnalité uniquement. [...] En novembre 2018, elle manifestera un épisode dépressif moyen et une série de symptômes anxieux avec installation progressive d'une agoraphobie avec attaques de panique et symptômes neurovégétatifs. [...]

Sur un plan psychopathologique, les diagnostics retenus sont corrects et ne font pas de doute. Le trouble de la personnalité est de sévérité faible à moyenne, l'hétéro-anamnèse dresse le tableau d'une fe[mm]e capricieuse, révoltée, parfois très fluctuante sur le plan de ses engagements et de l'humeur, sociable, avec un bon réseau, mais très fragile narcissiquement. Le trouble dépressif récurrent peut être retenu compte tenu de nombreux épisodes de baisse significative de son humeur après 2018, mais il est actuellement en rémission claire. Le diagnostic le plus sévère est l'agoraphobie avec attaques de panique chez une femme qui a des activités ritualisées, mais qui est très réticente à quitter son domicile sans accompagnement. Des symptômes associés incluent les diarrhées, la vulnérabilité au stress, et une fatigabilité importante.

Sur le plan asséurologique, l'incapacité de travail est totale en milieu usuel, et ceci dès 2018. L'agoraphobie limite les déplacements, est associée à une recherche de région de confort, les symptômes anxieux accompagnants ne sont pas compatibles avec le rythme d'un milieu usuel. Le trouble borderline deviendra également invalidant à cette date avec fluctuations de l'humeur, vécu d'échec, ruptures affectives, impulsivité accrue, sensibilité à la critique et crainte de l'abandon. Le trouble dépressif récurrent a été invalidant dans tous les milieux jusqu'au début 2019, mais est en rémission totale depuis lors. En milieu adapté, la capacité de travail était nulle dès le début 2018 et jusqu'au début 2019. Entre le début 2019 et juillet 2022, cette capacité de travail a varié entre 30% et 80% selon les documents à notre disposition qui sont vraisemblables. Le trouble borderline et l'agoraphobie sont partiellement invalidantes avec une incapacité de travail de 40% en moyenne dès le mois de juillet 2022 et jusqu'à ce jour.

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

La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?

Les diagnostics ont été correctement posés et le traitement psychotrope a été approprié.

Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré/e au cours des thérapies effectuées

Bonne collaboration avec les psychiatres traitants malgré l'ambivalence du lien et ses critiques. [...]

Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré/e si ses (propres) efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès

La réadaptation a été suivie pendant de nombreuses années avec des efforts soutenus, mais a été mis[e] en échec par le trouble de la personnalité dans un premier temps en association avec son agoraphobie.

Les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendent-ils du tableau clinique de l'assuré/e ?

Oui

Dans quelle mesure ?

Entièrement en lien avec ses deux pathologies invalidantes.

7.3 Évolution de la cohérence et de la plausibilité

Cohérence (y inclus les comparaisons avec les rapports des thérapeutes et les autres experts)

On ne retrouve pas de majoration symptomatique au test de validation. Les atteintes fonctionnelles sont hétérogènes et concernent en priorité la mise en pratique des compétences et connaissances professionnelles, la relation à deux, l'intégration dans un groupe, l'endurance et la résistance et l'adaptation aux règles. La présence d'un trouble de la personnalité évoluant de longue date est un élément important dans la compréhension de l'invalidité partielle de cette personne. Les diagnostics ont été correctement posés : le trouble borderline ne fait aucun doute, la pathologie dépressive en rémission a bien existé jusqu'en début 2020. L'agoraphobie reste invalidante, mais son impact doit être jugée en fonction des capacités de contact social restantes, et du parcours de réinsertion relativement réussi des dernières années. Dans ce contexte, la persévérance est nécessaire pour aboutir à u[n] emploi à temps partiel correctement tenu.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Sur un plan médico-juridique, l'intelligence est préservée sans aucune atteinte neurodéveloppementale ni cognitive. Il est à noter que nous ne nous trouvons pas dans un contexte de HP ou de THADA. Un trouble de la personnalité léger à moyen est présent, mais sans comorbidité addictologique significative (malgré l'utilisation récréative des drogues de synthèse communément retrouvée chez les sujets borderline). Les atteintes fonctionnelles sont importantes, mais inhomogènes et concernent essentiellement les relations interpersonnelles et l'endurance au stress. La compliance au traitement est bonne de longue date, mais les traitements tentés n'ont pas été suffisants pour changer la donne sur le plan du trouble de la personnalité et de l'agoraphobie. Le poids de la souffrance psychique endurée est considérable chez une femme porteuse d'un fort sentiment de dévalorisation, mais qui est géré sur un mode projectif frappant. Le soutien familial est présent, mais avec une vision critique à cause des débordements émotionnels du passé, on retrouve en revanche des liens amicaux et sociaux investis. [...] Les ressources cognitives et dans un moindre degré affectives sont présentes, mais ne peuvent être mobilisées que dans un cadre adapté.

Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation

Réinsertion à 60% exigible de suite sous traitement psychotrope et avec suivi psychiatrique de type TPPI.

8. Réponses aux questions du mandant

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

- Combien d'heures de présence l'assuré[e] peut-[elle] assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?

0 en milieu usuel compétitif dès 2018

[...]

8.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'expertisée

- Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré[e] ?

Milieu bienveillant, faibles interactions hiérarchiques, faible exposition au stress.

[...]

- À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire de travail, par rapport à un emploi à 100% ?

60%

- Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?

Il s'agit du pourcentage maximal escompté à moyen terme.

[...]"

Aux termes d'un rapport d'examen du 14 septembre 2023, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise susmentionnée. Il a ainsi retenu que l'assurée présentait une incapacité de travail durable depuis le mois de février 2018. Quant à la capacité de travail, elle était nulle dans l'activité habituelle et de 60 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (celles-ci consistant en des difficultés dans les relations interpersonnelles, une diminution de l'endurance au stress, ainsi que la nécessité de privilégier un milieu bienveillant avec de faibles interactions hiérarchiques et une faible exposition au stress). Concernant l'aptitude à la réadaptation, elle était fixée au début de l'année 2019, dans la mesure où la capacité de travail dans une activité adaptée avait varié entre 30 et 80 % dès 2019 puis atteint 60 % dès le mois de juillet 2022.

En date du 9 octobre 2023, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Dans sa motivation, l'office a considéré en résumé qu'aux termes des mesures de réadaptation entreprises jusqu'au 31 juillet 2022, la capacité de travail dans une activité adaptée s'élevait à 60 % et donnait lieu à un taux d'invalidité de 36,96 % insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Par écrit du 15 décembre 2023, l'assurée, sous la plume de son conseil, a fait part de ses objections à l'encontre du projet susdit, réfutant disposer d'une quelconque capacité résiduelle de travail. En annexe, l'intéressée a produit un rapport établi le 13 décembre 2023 par la Dre M._____, cheffe de clinique au Service de psychiatrie communautaire du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier A._____), où une prise en charge avait débuté depuis le mois de février 2023. S'agissant des diagnostics, il était fait mention d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.10), d'un trouble de la personnalité mixte (F61) à traits émotionnellement labiles type borderline et narcissiques, d'un trouble anxieux généralisé (F41.1) et d'une agoraphobie (F40.0) avec attaques de panique. Il était précisé que la symptomatologie était relativement stable en l'absence de facteur de stress, mais que les symptômes anxio-dépressifs pouvaient prendre un caractère envahissant en période de stress. Quant aux limitations fonctionnelles, elles consistaient en des difficultés relationnelles, une hypersensibilité au stress, des difficultés dans la gestion des émotions, une thymie marquée par des affects dépressifs, des troubles du sommeil, un ralentissement et une endurance faible, des difficultés face à l'inconnu, une attitude défensive et distante avec hypervigilance, une rapide perte d'intérêt, le besoin d'un environnement avec stimuli réduits, des symptômes anxieux - notamment du registre agoraphobique - avec manifestations physiques, une atteinte à la capacité d'entreprendre des actions en phase de péjoration, des difficultés au niveau des déplacements, des capacités mnésiques, attentionnelles et de concentration limitées par le stress et l'anxiété, ainsi que des difficultés à déployer des ressources. Il était souligné que les difficultés psychiques avaient constitué un obstacle majeur lors des tentatives de réinsertion professionnelle, étant relevé que chaque tentative avait été interrompue après une courte durée et que toutes les propositions de réinsertion s'étaient soldées par un échec, ce qui amenait à conclure à une capacité de travail nulle.

Par avis du 18 janvier 2024, le SMR a considéré que le rapport de la Dre M. _____ relevait d'une appréciation différente du même tableau clinique, sans argument médical nouveau.

Interpellée le 25 janvier 2024, l'assurée a expliqué, par retour de courrier non daté, qu'elle aurait travaillé à 100 % si elle avait pu mais que cela n'avait pas été possible chez [...] et qu'elle n'avait pas fait de recherches ailleurs. Le 4 mars 2024, elle a précisé qu'une disponibilité à 100 % avait été retenue par l'assurance-chômage.

En date du 21 mars 2024, l'OAI a adressé à l'assurée un nouveau projet de décision annulant et remplaçant celui du 9 octobre 2023, dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité s'élevant à 47,5 % d'une rente entière pour la période du 1^{er} août 2022 au 31 décembre 2023, suivie d'une rente d'invalidité s'élevant à 54 % d'une rente entière à compter du 1^{er} janvier 2024. Dans sa motivation, l'office a retenu que l'assurée devait se voir reconnaître un statut d'active à 100 %, qu'elle avait présenté une capacité de travail et de gain considérablement restreinte depuis le 7 février 2018 et que, au terme du délai d'attente légal d'une année, soit au 7 février 2019, l'activité habituelle n'était plus envisageable. L'intéressée avait parallèlement été mise au bénéfice de mesures de réadaptation et perçu des indemnités journalières à ce titre jusqu'en juillet 2022, disposant depuis lors d'une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Procédant sur cette base à l'évaluation de la perte de gain, l'OAI estimait que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait pu exercer au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce, de sorte que le revenu sans invalidité correspondait au salaire que pourrait percevoir une femme dans des activités qualifiées (niveau 2) du domaine « *Activités de services administratifs* » – soit 63'695 fr. 75 à 100 % en 2022. S'agissant du revenu avec invalidité, il y avait lieu de se fonder sur le salaire statistique pouvant être perçu par une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services en 2022, soit 32'529 fr. 38 à 60 %. Il en résultait une perte de gain de 31'166 fr. 36 correspondant à un degré d'invalidité de 48,93 % donnant droit à une rente s'élevant à 47,5 % d'une

rente entière dès le 1^{er} août 2022, à l'issue des mesures de réadaptation. Depuis le 1^{er} janvier 2024, il y avait de surcroît lieu d'effectuer une déduction supplémentaire de 10 % sur le revenu avec invalidité, en tant qu'il reposait sur des données statistiques. Ainsi, après indexation des revenus déterminants à 2024 et application de la déduction susdite, la perte de gain s'élevait à 34'972 fr. 21 et le taux d'invalidité à 54,04 %, ouvrant par conséquent le droit à une rente d'invalidité s'élevant à 54 % d'une rente entière dès le 1^{er} janvier 2024.

Faisant part de ses objections le 18 avril 2024, l'assurée a invoqué l'absence de toute capacité de travail. Le 15 mai 2024, l'intéressée a précisé que son état de santé n'avait pas changé depuis le rapport de la Dre M. _____ du 13 décembre 2023, qui demeurait par conséquent pertinent.

Par correspondance du 15 mai 2024 faisant partie intégrante de la décision à venir, l'OA a réfuté les objections de l'assurée.

Par décision du 10 juin 2024, l'OAI a confirmé son projet de décision du 21 mars précédent.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, K. _____ a recouru le 12 juillet 2024 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants, subsidiairement à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière sur la base d'une incapacité totale de travail. A titre préalable, la recourante a sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, l'intéressée a fait valoir que ses ressources avaient été surévaluées par l'OAI et que son état psychique justifiait l'octroi d'une rente entière d'invalidité en raison d'une capacité de gain nulle. Elle a plus particulièrement soutenu que l'expertise mise en œuvre par l'office se fondait uniquement sur les efforts surhumains qu'elle avait consentis dans le cadre du processus de réinsertion, sans égard au fait qu'elle était bloquée depuis 2022 et n'arrivait pas à surmonter ses difficultés pour

pouvoir travailler - ainsi qu'en avait attesté la Dre M._____ dans son rapport du 13 décembre 2023, qui faisait écho aux constatations faites par d'autres praticiens tout au long de la procédure mais dont l'OAI n'avait à tort pas tenu compte, violant de ce fait le droit d'être entendu. Sur le plan de l'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de déterminer sa capacité résiduelle de travail et a, de surcroît, demandé à être entendue par la juridiction cantonale, pour autant qu'elle parvienne à surmonter ses limitations.

Par décision du 16 juillet 2024, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 12 juillet 2024 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et de frais judiciaires, ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Robert Fox.

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 19 août 2024, relevant notamment qu'il y avait lieu de tenir pour probantes les conclusions de l'expert L._____.

Par réplique du 21 octobre 2024, la recourante a persisté dans ses précédents motifs et conclusions, tout en réitérant sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Elle s'est de surcroît prévalué d'un rapport établi le 15 octobre 2024 par la Dre M._____. Aux termes de ce compte-rendu, la Dre M._____ soulignait en particulier que la patiente peinait à déployer ses ressources sur le moyen-long terme, alternant des phases de relative stabilité et des phases de recrudescence de la symptomatologie liée à son mode de fonctionnement, ce qui l'invalidait dans son quotidien et dans son parcours professionnel ; des démarches étaient par ailleurs en cours en vue d'évaluer la présence d'un trouble attentionnel.

Dupliquant le 11 novembre 2024, l'intimé a maintenu sa position, se référant notamment à un avis du SMR du 5 novembre 2024. En bref, cet avis retenait que le dernier rapport de la Dre M._____ ne remettait pas en question les conclusions de l'expert L._____. D'une part, la Dre M._____ émettait une appréciation différente de la capacité

de travail en présence d'éléments médicaux inchangés et sans prendre en considération les répercussions dans tous les domaines ainsi que les facteurs contextuels, ni étudier les ressources. D'autre part, les investigations en cours sur le plan attentionnel n'étaient pas susceptibles de constituer un élément nouveau, dans la mesure où les plaintes à ce niveau avaient déjà fait l'objet d'un examen neuropsychologique complet intégré à l'expertise du Dr L._____.

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 a pour objet le droit de la recourante à une rente d'invalidité d'un taux supérieur à celui reconnu par l'intimé. Dans ce cadre, est plus particulièrement contestée la capacité résiduelle de travail dont dispose l'intéressée.

3. Sur le plan formel, la recourante invoque une violation du droit d'être entendu au motif que l'OAI n'a pas tenu compte de l'avis de la Dre M._____ (cf. mémoire de recours du 12 juillet 2024 p. 11).

Il est constant que le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). Une telle violation n'est toutefois pas donnée en l'occurrence. En effet, l'examen du dossier montre que l'OAI a soumis au SMR les avis émis les 13 décembre 2023 et 15 octobre 2024 par la Dre M._____ et que ledit service a exposé, les 18 janvier et 5 novembre 2024, en quoi l'appréciation de cette praticienne ne pouvait pas être suivie, positionnement sur lequel l'OAI s'est ensuite aligné. Il apparaît ainsi, en d'autres termes, que la recourante critique en réalité le résultat de l'appréciation des preuves faite par l'intimé. En ce sens, le grief formel invoqué se confond ici avec celui d'une constatation manifestement inexacte des faits pertinents. Ce grief sera donc examiné avec le fond du litige.

4. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022, dans le cadre du « *développement continu de l'AI* » (RO 2021 705 ; RO 2021 706). 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. 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)

b) En l'occurrence, quand bien même la demande de prestations a certes été déposée le 3 juillet 2018, il reste que des mesures de réadaptation ont ensuite été mises en œuvre jusqu'au mois de juillet

2022, donnant lieu au versement d'indemnités journalières. Or le droit à la rente ne prend pas naissance tant que la personne assurée peut faire valoir son droit aux indemnités journalières versées durant l'exécution des mesures de réadaptation (cf. art. 22 al. 1 et 29 al. 2 LAI ; cf. également consid. 8b infra). Il s'ensuit que l'ouverture du droit à la rente ne peut, *in casu*, qu'être postérieure à l'entrée en vigueur du nouveau droit. Partant, les prétentions de la recourante doivent être examinées d'après les dispositions applicables depuis le 1^{er} janvier 2022.

5. 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). En vertu de l'art. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière. Ainsi, pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 %, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité. Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 %, l'assuré a droit à une rente entière.

Enfin, les quotités de la rente sont les suivantes lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 50 % :

Taux d'invalidité	Quotité de la rente
49 %	47,5 %
48 %	45 %
47 %	42,5 %
46 %	40 %
45 %	37,5 %
44 %	35 %
43 %	32,5 %
42 %	30 %
41 %	27,5 %
40 %	25 %

L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

c) En vertu de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

d) Tant les affections psychosomatiques (ATF 141 V 281) que les affections psychiques (ATF 143 V 418) et les syndromes de

dépendance (ATF 145 V 215) doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée.

La preuve d'un tel trouble suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

6. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La capacité de travail demeure toutefois une question qui doit être évaluée en premier lieu par un médecin (ATF 150 V 410 consid.

9.5.3.2 ; 140 V 193 consid. 3.2). Le rôle de celui-ci est d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler, en se fondant sur des constatations médicales et objectives, soit des observations cliniques qui ne dépendent pas uniquement des déclarations de l'intéressé, mais sont confirmées par le résultat des examens cliniques et paracliniques (TF 8C_98/2021 du 27 mai 2021 consid. 4.3.1 et les références). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à un examen complet et rigoureux, sans être lié par des règles formelles. Il doit analyser objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les

placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

d) Compte tenu du rôle qui incombe aux médecins quant à l'évaluation de la capacité de travail et des éventuelles limitations fonctionnelles pertinentes (cf. consid. 5a supra), les appréciations de ces derniers l'emportent généralement sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_291/2023 du 30 janvier 2024 consid. 5.3 et la référence). Il n'en demeure pas moins que les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. En ce sens, on ne saurait dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause (TF 8C_145/2025 du 28 juillet 2025 consid. 6.4.1 et les références).

7. Aux termes de sa décision du 10 juin 2024, l'intimé s'est fondé sur les conclusions émises le 4 septembre 2023 par l'expert L. _____ pour retenir que la recourante ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais qu'elle disposait en revanche d'une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée dès le mois de juillet 2022.

La recourante, quant à elle, a contesté cette appréciation. Elle a en particulier réfuté les conclusions résultant du rapport d'expertise du 4 septembre 2023 et s'est prévalu de l'évaluation de ses médecins traitants, invoquant plus spécifiquement l'avis de la Dre M. _____.

a) Dans son rapport du 4 septembre 2023, l'expert L._____ a retenu les diagnostics avec impact sur la capacité de travail d'agoraphobie et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. Il a en outre estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis 2018 et qu'elle atteignait 60 % dans une activité adaptée depuis le mois de juillet 2022 (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 pp. 24 ss).

aa) Sur le plan diagnostique, les atteintes susmentionnées ont été retenues en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). L'expert L._____ a plus particulièrement expliqué que l'assurée avait présenté très tôt dans son parcours de vie des traits borderline et que ces traits étaient suffisamment prononcés pour retenir un diagnostic de trouble franc dès le début de l'âge adulte. Se référant implicitement aux résultats de l'évaluation réalisée dans le cadre de l'expert par la neuropsychologue F._____, l'expert L._____ a notamment souligné que si, dans la perception de l'expertisée, les échecs d'adaptation durant l'enfance étaient en lien avec un haut potentiel, il apparaissait néanmoins que, dans les faits, l'intéressée disposait d'une intelligence dans la moyenne faible (bien loin d'un haut potentiel ou d'un trouble de l'attention avec hyperactivité) et que les difficultés d'adaptation devaient bien plutôt être mises uniquement en lien avec les traits de personnalité. A cela s'ajoutait que dès le mois novembre 2018, des symptômes anxieux s'étaient manifestés et une agoraphobie s'était progressivement installée avec attaques de panique et symptômes neurovégétatifs. L'expert L._____ a en outre retenu que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent avec de nombreux épisodes de baisse significative de l'humeur depuis 2018, étant précisé que ce trouble était en rémission totale (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 pp. 24 ss).

bb) Concernant les indicateurs du degré de gravité fonctionnel, l'expert L._____ a dûment tenu compte de l'intensité des manifestations concrètes des atteintes à la santé diagnostiquées. Ainsi, il a retenu que le trouble de la personnalité était de sévérité faible à

moyenne, sans comorbidité addictologique significative (malgré l'utilisation récréative de drogues de synthèse communément retrouvée chez les sujets borderline). L'hétéro-anamnèse dressait à cet égard le tableau d'une femme capricieuse, révoltée, parfois très fluctuante sur le plan des engagements et de l'humeur, sociable, avec un bon réseau mais très fragile narcissiquement. Concernant le trouble agoraphobique, l'expert a précisé qu'il s'agissait du diagnostic le plus sévère et qu'il était marqué par des attaques de panique chez une patiente qui avait des activités ritualisées mais qui était très réticente à quitter son domicile sans accompagnement, les symptômes associés incluant des diarrhées, une vulnérabilité au stress et une fatigabilité importante. L'expert L. _____ a par ailleurs souligné que le traitement psychotrope était approprié et que la collaboration avec les psychiatres était bonne. Il a ajouté que la réadaptation avait été suivie pendant de nombreuses années avec des efforts soutenus de la part l'assurée, mais qu'elle avait été mise en échec par le trouble de la personnalité dans un premier temps en association avec l'agoraphobie. L'expert L. _____ a en outre exposé qu'il y avait une forte interaction entre les diagnostics retenus, le trouble borderline alimentant des réactions dépressives et anxieuses qui à leur tour péjoraient le pronostic notamment par rapport à un retour au travail (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 pp. 24 à 27). L'expert a de surcroît analysé la structure de personnalité de l'assurée, caractérisée par un Moi insécure, une fragilité sur le plan narcissique et des défenses caractérielles en cas de remise en question ; à cela s'ajoutaient un attachement affectif très fragile dans une dynamique abandonnique, une intolérance marquée aux contraintes, une humeur capricieuse, des relations interpersonnelles instables oscillant entre idéation et rejet, un sentiment d'ennui difficile à canaliser, une identité floue et des pulsions mal maîtrisées (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 p. 18). L'expert L. _____ a également souligné que le soutien familial était présent, mais avec une vision critique à cause des débordements émotionnels du passé, et que l'on retrouvait des liens amicaux et sociaux investis (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 p. 28).

Concernant les indicateurs de la cohérence, l'expert L. _____ a exposé qu'il n'y avait pas de majoration symptomatique au test de validation. Il a de surcroît souligné que les atteintes fonctionnelles étaient hétérogènes, concernant en priorité la mise en pratique des compétences et connaissances professionnelles, la relation à deux, l'intégration dans un groupe, l'endurance, la résistance et l'adaptation aux règles. L'expert a ajouté que la présence d'un trouble de la personnalité évoluant de longue date était un élément important dans la compréhension de l'invalidité partielle de l'assurée. Quant à l'agoraphobie, elle demeurait invalidante mais son impact devait être jugé en fonction des capacités de contact résiduelles et du parcours de réinsertion relativement réussi des dernières années (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 pp. 18 s. et 27). L'expert L. _____ a également relevé que la compliance au traitement était bonne de longue date mais que les traitements tentés n'avaient pas été suffisants pour changer la donne sur le plan du trouble de la personnalité et de l'agoraphobie. Il a estimé que le poids des souffrances psychiques endurées était considérable, chez une assurée porteuse d'un fort sentiment de dévalorisation mais qui était géré sur un mode projectif frappant (cf. rapport du 4 septembre 2023 p. 28). L'expert L. _____ a en outre précisé que les ressources cognitives - globalement dans la norme selon la neuropsychologue F. _____, nonobstant certaines difficultés au niveau du maintien attentionnel (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 p. 22) - et dans une moindre mesure affective étaient présentes mais ne pouvaient être mobilisées que dans un cadre adapté (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 p. 28).

cc) S'agissant de la capacité de travail, l'expert L. _____ a retenu qu'elle était nulle dans l'activité exercée précédemment, respectivement « *en milieu usuel* », dès 2018. L'expert a notamment souligné que l'agoraphobie limitait les déplacements, qu'elle était associée à une recherche de région de confort et que les symptômes anxieux accompagnants n'étaient pas compatibles avec un rythme de travail en milieu usuel. Il a ajouté que le trouble borderline était simultanément devenu invalidant, avec des fluctuations de l'humeur, un vécu d'échec, des ruptures affectives, une impulsivité accrue, une

sensibilité à la critique et une crainte de l'abandon. Quant au trouble dépressif récurrent, il avait été invalidant dans tous les milieux jusqu'au début 2019, mais était en rémission depuis lors. Dans une activité adaptée, l'expert L._____ a retenu que la capacité de travail avait été nulle du début de l'année 2018 jusqu'au début de l'année 2019, puis avait varié entre 30 et 80 % selon les documents à disposition qui paraissaient vraisemblables, pour finalement atteindre 60 % à compter du mois de juillet 2022 jusqu'à ce jour, moyennant un milieu bienveillant avec faibles interactions hiérarchiques et faible exposition au stress (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 pp. 25 s. et 28 s.).

dd) C'est par ailleurs le lieu de relever que le rapport d'expertise du 4 septembre 2023 résume les principales pièces du dossier assécurologique mis à disposition, contient une anamnèse complète, fait état des plaintes émises par l'expertisée, rend compte de manière circonstanciée des examens pratiqués - dont un bilan neuropsychologique - et se fonde, de surcroît, sur les observations cliniques effectuées au cours de l'expertise. Reposant par ailleurs sur une motivation claire et exempte de contradictions, il satisfait, ainsi, aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante.

b) Rien dans les autres avis médicaux au dossier n'incite en outre à s'écarter du positionnement de l'expert L._____.

aa) A cet égard, il y a tout d'abord lieu de relever que plusieurs diagnostics d'ordre psychiatrique ont été mentionnés au fil de la procédure.

aaa) Dans le cadre de la prise en charge psychiatrique dispensée de 2017 à 2019, la Dre P._____ a successivement retenu un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (cf. rapport du 4 avril 2018), un épisode dépressif de sévérité moyenne et un trouble anxieux (cf. rapport du 12 novembre 2018), puis finalement un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, une agoraphobie avec trouble panique et une personnalité émotionnellement labile de type

borderline (cf. rapport du 11 juin 2019). Parallèlement, au début de l'année 2019, l'expert G. _____ a conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, à un trouble mixte de la personnalité, avec traits anxieux et borderline (cf. rapport d'expertise du 20 mars 2019). Ayant repris le suivi psychiatrique de l'assurée de 2019 à 2021, la Dre X. _____ a mentionné un trouble de la personnalité borderline avec traits narcissiques et antisociaux et un trouble panique agoraphobique (cf. rapports des 14 novembre 2019 et 25 novembre 2020), considérant en outre que l'épisode dépressif était en rémission partielle (cf. rapport du 14 novembre 2019). La recourante a ensuite été suivie par la psychiatre J. _____ de 2021 à 2023, laquelle a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, une anxiété généralisée, une agoraphobie avec trouble panique et un trouble de personnalité borderline avec traits (cf. rapports des 4 octobre 2022 et 14 février 2023) ; si par ailleurs la Dre J. _____ a initialement diagnostiqué des abus sexuels répétés durant l'adolescence et évoqué, à titre de diagnostics différentiels, un trouble du spectre autistique et une psychose sous-jacente au trouble de la personnalité (cf. rapport du 4 octobre 2022), ces éléments n'ont ensuite pas été confirmés (cf. rapport du 14 février 2023). Le Dr H. _____, médecin généraliste traitant, a quant à lui retenu un trouble de la personnalité borderline avec traits narcissiques et antisociaux et un trouble panique avec agoraphobie (cf. rapport du 19 novembre 2022). Enfin, la Dre M. _____ a retenu, dans le cadre de la prise en charge psychiatrique débutée en 2023, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, un trouble de la personnalité mixte à traits émotionnellement labiles type borderline et narcissiques, un trouble anxieux généralisé et une agoraphobie avec attaques de panique (cf. rapports des 13 décembre 2023 et 15 octobre 2024).

bbb) Sans pour autant être strictement superposables, les avis médicaux qui précèdent s'accordent à reconnaître la présence d'un trouble de la personnalité, avec en particulier un versant borderline, d'une symptomatologie dépressive, d'une composante anxieuse, ainsi que d'une problématique agoraphobique - soit autant d'aspects qui ont été examinés en détail par l'expert L. _____ dans le cadre de son analyse approfondie

de la situation, s'agissant notamment des caractéristiques du trouble de la personnalité, de l'évolution de la symptomatologie dépressive, de l'installation progressive d'une agoraphobie et de la présence de symptômes anxieux (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 pp. 24 ss ; voir également consid. 7a/aa supra). La confrontation de ces différents avis ne fait pas ressortir de point de discorde majeur, sur le plan strictement diagnostique. Tout au plus y a-t-il lieu de souligner, concernant le volet dépressif, que l'expert L._____ a conclu à un trouble d'intensité marquée jusqu'au début de l'année 2019, ce que confirment les conclusions de l'expert G._____, puis à une évolution ultérieurement favorable atteignant le stade de la rémission, ce que corrobore le rapport du 14 novembre 2019 de la Dre X._____ retenant à cet égard une rémission partielle et l'absence de répercussion incapacitante. Quant aux avis médicaux - émanant des Drs J._____, H._____ et M._____ - persistant à faire état d'un épisode dépressif d'intensité sévère à moyenne pour la période subséquente, ils ne comportent aucune motivation spécifique permettant d'infirmer l'évolution décrite par l'expert L._____. Bien plus, ce dernier médecin est le seul à avoir intégré à son appréciation les fluctuations de l'humeur intrinsèquement liées au trouble borderline (cf. notamment rapport d'expertise du 4 septembre 2023 p. 25 s.), nuance qui semble en revanche avoir échappé aux autres médecins intervenus.

ccc) Sur la base des considérations qui précèdent, il y a lieu de retenir qu'aucune appréciation médicale ne vient remettre en question les diagnostics posés par l'expert L._____, à l'issue d'un examen minutieux et nuancé de l'état de santé psychique de la recourante.

bb) L'évaluation de la capacité de travail de l'assurée telle que définie par l'expert L._____ n'est pas non plus sérieusement mise en doute.

aaa) Pour ce qui est de l'exercice de l'activité habituelle, les avis médicaux au dossier confirment, pour l'essentiel, que celui-ci n'est pas envisageable, abondant ainsi dans le sens des conclusions de l'expert L._____. Ce point n'est, du reste, pas disputé.

bbb) Concernant l'exigibilité d'une activité adaptée, il apparaît que les médecins consultés ont initialement fait état d'une capacité de travail nulle (cf. rapports de la Dre P._____ des 4 avril 2018, 12 novembre 2018 et 11 juin 2019 ; cf. rapport d'expertise du Dr G._____ du 20 mars 2019), puis d'une capacité de travail fluctuante évaluée entre 30 et 80 % (cf. rapports de la Dre X._____ des 14 novembre 2019, 5 juin 2020 et 25 novembre 2020), dans le contexte du processus de réadaptation mis en œuvre jusqu'en juillet 2022. Ces éléments ont été repris par l'expert L._____ (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 p. 26) et ne sont, pour le surplus, pas contestés.

Après l'interruption des mesures réadaptation en juillet 2022, la Dre J._____ (cf. rapports des 4 octobre 2022 et 14 février 2023), le Dr H._____ (cf. rapport du 19 novembre 2022) et la Dre M._____ (cf. rapport des 13 décembre 2023 et 15 octobre 2024) ont en revanche fait état d'une capacité de travail nulle dans une activité adaptée, appréciation qui se heurte par conséquent à la capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée retenue par l'expert L._____ à compter du mois de juillet 2022. Cette divergence ne repose toutefois sur aucune considération concrète jetant le doute sur les conclusions de l'expert L._____.

aaaa) En particulier, il y a lieu de relever que la position de la Dre J._____ est essentiellement centrée sur l'échec du processus de réadaptation, imputé à une aggravation des symptômes malgré l'investissement de la patiente (cf. rapports des 4 octobre 2022 et 14 février 2023). Cette prémisse est toutefois erronée. Les pièces au dossier montrent en effet que, dans le cadre des différentes mesures de réadaptation mises en œuvre dès 2020, l'assurée a progressivement été en mesure d'assumer un taux d'activité de plus en plus important tout en fournissant une prestation de travail de bonne qualité selon l'avis des intervenants socioprofessionnels, nonobstant certaines difficultés au niveau des horaires matinaux (cf. rapports d'évaluation de R._____ - [...] des 6 octobre 2020, 14 novembre 2020, 14 janvier 2021 et 16 mars 2021 ;

cf. rapport de synthèse de W._____ du 12 août 2022) ; parallèlement, à la fin de l'année 2021, l'assurée a de surcroît réussi une formation [...], avec des résultats d'examen reflétant la très bonne qualité de son travail (cf. attestation d'Y._____ du 27 janvier 2022). Loin d'asseoir le pronostic sombre, sans potentiel de réinsertion, dépeint par la psychiatre J._____, les éléments qui précèdent dénotent la présence de ressources indéniables déployées au profit d'un processus de réadaptation initialement prometteur. S'il est vrai que ledit processus a finalement été interrompu au 31 juillet 2022, cette interruption s'inscrit toutefois dans le contexte d'un stage effectué à 80 %, soit au-delà du pourcentage maximal de 60 % retenu par l'expert L._____. C'est dire que l'échec de la phase de réadaptation ne témoigne en rien d'une totale incapacité à (ré)intégrer le marché de l'emploi, mais résulte uniquement des limitations induites par le trouble de la personnalité et l'agoraphobie (comme l'a relevé l'expert susnommé [cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 p. 26]), dans le cadre d'une mesure de reclassement à un taux inadéquat. Pour le surplus, l'appréciation de la Dre J._____ ne renferme aucun élément objectif qui aurait été négligé par l'expert L._____. En particulier, si la Dre J._____ a évoqué des aggravations de la symptomatologie à l'automne 2022 puis à fin 2022 (cf. rapport du 14 février 2023), elle n'a toutefois fourni aucun élément concret montrant que ces aggravations auraient pu avoir un impact significatif sur la capacité de travail de l'assurée. Dans ces conditions, l'avis de la Dre J._____ ne saurait donc l'emporter sur les conclusions de l'expert L._____.

bbbb) A l'instar de la Dre J._____, la Dre M._____ a elle aussi conclu, dans ses rapports des 13 décembre 2023 et 15 octobre 2024, à une capacité de travail nulle au motif, notamment, que les démarches de réinsertion s'étaient soldées par un échec. Ce postulat s'avère toutefois inexact, ainsi que cela a été démontré au paragraphe précédent, auquel il est renvoyé pour le surplus.

De manière plus générale, il apparaît que la Dre M._____ n'a pas mis en évidence d'élément omis par l'expert L._____ mais a, au contraire, décrit une symptomatologie essentiellement superposable dont

elle a cependant tiré des conclusions différentes. Ainsi, la Dre M._____ a affirmé que la patiente savait par moment mobiliser ses ressources, de manière fluctuante, mais qu'elle peinait à le faire sur le moyen ou long terme, alternant des phases de relative stabilité et des phases de recrudescence de la symptomatologie (cf. rapports des 13 décembre 2023 et 15 octobre 2024) ; en particulier, la symptomatologie pouvait être stable sans facteur de stress, mais elle pouvait au contraire prendre un caractère envahissant en période de stress (cf. rapport du 13 décembre 2023). Force est néanmoins de relever que l'expert L._____ a tenu compte d'une vulnérabilité accrue au stress, intrinsèque au trouble de la personnalité de type borderline (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 p. 24), et qu'il a également incorporé à son analyse une impulsivité accrue et une fluctuation parfois très marquée sur le plan des engagements et de l'humeur (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 p. 25 s.). Bien plus, il apparaît que les nombreuses limitations fonctionnelles décrites par la Dre M._____ dans ses rapports des 13 décembre 2023 et 15 octobre 2024 peuvent, en définitive, être rattachées aux atteintes fonctionnelles décrites par l'expert L._____, essentiellement au niveau des relations interpersonnelles et de l'endurance au stress (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 p. 27). Au terme d'un examen circonstancié des ressources mobilisables par l'assurée, l'expert a malgré tout conclu à un taux d'activité de 60 % exigible dans une activité adaptée (cf. consid. 7a supra). A l'inverse, il apparaît que la Dre M._____ a automatiquement déduit des déficits relevés chez sa patiente une totale incapacité à exercer une activité professionnelle, sans la moindre nuance ou pondération par rapport au degré de gravité fonctionnel des troubles – en particulier sous l'angle des ressources démontrées au cours de la réadaptation ou de celles tirées du contexte social – et à leur cohérence au regard du parcours et du quotidien de l'assurée. En d'autres termes, la Dre M._____ s'est limitée à défendre de manière schématique une appréciation négative de l'état de santé psychique de l'assurée, sans tenir compte des indicateurs développés à cet égard par la jurisprudence (cf. consid. 5d supra). Partant, son appréciation ne peut pas être tenue pour convaincante.

A cela s'ajoute encore que les investigations sur le plan attentionnel mentionnées dans le rapport de la Dre M. _____ du 15 octobre 2024 ne sauraient être considérées comme décisives *in casu*. En effet, le bilan détaillé réalisé par la neuropsychologue F. _____ à la demande de l'expert L. _____ a révélé tout au plus certaines difficultés au niveau du maintien attentionnel, sans pour autant aboutir à la reconnaissance d'une atteinte cognitive significative (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 p. 22). L'expert susdit n'a quant à lui retenu aucun argument en faveur d'un trouble cognitif, la situation lui paraissant notamment bien loin d'un trouble de l'attention avec hyperactivité (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 pp. 17 et 25). Au demeurant, la Dre M. _____ a elle-même observé que le focus attentionnel était de manière générale partagé et maintenu, sous réserve de quelques fluctuations en lien avec des aspects thymiques (cf. rapport du 13 décembre 2023). Dans ces conditions, en l'absence du moindre élément objectif susceptible d'établir - au degré de la vraisemblance prépondérante - que les conclusions de l'expert L. _____ ne seraient plus d'actualité sur le plan attentionnel, la simple évocation de démarches en cours à ce niveau ne saurait suffire pour mettre en doute l'appréciation expertale du 4 septembre 2023.

Sur le vu de ce qui précède, l'appréciation de la Dre M. _____ ne saurait être préférée à celle de l'expert L. _____.

cccc) Quant au Dr H. _____, lequel n'est du reste pas psychiatre, il a mentionné une aggravation de la situation et l'absence de toute capacité de travail, sans pour autant fournir la moindre indication objective susceptible d'étayer sa position, dont on constate qu'elle est essentiellement axée sur les plaintes - par définition subjectives - de la patiente (cf. rapport du 19 novembre 2022). Son appréciation ne saurait donc infirmer l'évaluation de l'expert L. _____.

c) A la lumière de ce qui précède, il convient donc de s'en tenir - avec le SMR (cf. avis médical du 14 septembre 2023) et, corrélativement, l'OAI - aux conclusions du rapport d'expertise du 4

septembre 2023 du Dr L. _____ et de reconnaître à la recourante, sur cette base, une capacité résiduelle de travail de 60 % dans une activité adaptée à compter du mois de juillet 2022, à l'issue du processus de réadaptation.

8. Sur le plan économique, la recourante n'émet aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité.

a) A cet égard, il y a tout d'abord lieu de relever que nonobstant les propos initialement tenus par l'assurée (cf. questionnaire du 17 novembre 2018), l'intimé était légitimé, au vu des précisions ultérieurement fournies par l'intéressée (cf. écrits des 25 janvier et 4 mars 2024), à considérer la recourante comme active à 100 % et à faire application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

b) Pour ce qui est de l'ouverture du droit à la rente, il est patent que le délai de six mois à compter du dépôt de la demande selon l'art. 29 al. 1 LAI est parvenu à échéance en janvier 2019, et que le délai de carence légal d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. b LAI est arrivé à terme en février 2019. Ce nonobstant, l'OAI s'est à juste titre fondé sur une ouverture du droit à la rente au 1^{er} août 2022, soit à l'issue des mesures de réadaptation entreprises jusqu'au mois de juillet 2022 et ayant entraîné le versement d'indemnités journalières (art. 29 al. 2 LAI), ce que la recourante ne conteste pas.

On ajoutera sur ce plan, par surabondance, qu'il n'est en l'occurrence pas décisif que le processus de réadaptation ait initialement été écarté en mai 2019 pour n'être finalement entamé qu'en janvier 2020. Il faut noter à ce propos que, conformément au principe de la "priorité de la réadaptation sur la rente" (art. 28 al. 1 let. a LAI), ce n'est que lorsqu'aucune mesure appropriée n'est (plus) envisageable qu'un droit à une rente peut être accordé ; dans le cas contraire, des mesures de réadaptation appropriées doivent être ordonnées au préalable. Ainsi, une rente ne peut être octroyée avant la mise en œuvre de mesures de

réadaptation (le cas échéant également avec effet rétroactif) que si la personne assurée n'était pas - ou pas encore - apte à être réadaptée en raison de son état de santé (ATF 148 V 397 consid. 6.2.4 et les références ; 121 V 190 consid. 4 ; TF 9C_443/2023 du 28 février 2025 consid. 5.1.2 destiné à la publication). Dans le cas particulier, il est vrai que sur le vu des difficultés rencontrées au stade de l'intervention précoce, l'OAI a signifié à l'assurée le 6 mai 2019 qu'un processus de réadaptation ne paraissait pas envisageable. L'évaluation de l'expert L. _____ démontre toutefois que, malgré ces difficultés, l'assurée n'était alors pas inapte à la réadaptation. L'expert a plus particulièrement retenu qu'entre le début de l'année 2019 et le mois de juillet 2022, la capacité de travail avait varié entre 30 et 80 %, soulignant de surcroît que, dans la situation de l'assurée, la persévérance était nécessaire pour assumer un emploi à temps partiel (cf. rapport d'expertise du 4 septembre 2023 pp. 26 et 27). Sur cette base, le SMR a confirmé que l'aptitude à la réadaptation remontait à début 2019 (cf. avis médical du 14 septembre 2023), ce qui n'apparaît pas critiquable au vu du dossier. Dans ces conditions, l'octroi d'une rente rétroactivement, avant la mise en œuvre des mesures de réadaptation au mois de janvier 2020, ne saurait entrer en considération.

c) Concernant les bases de calcul retenues par l'OAI, elles ne sont pas remises en question par la recourante et la Cour de céans ne décèle aucune raison pertinente de s'en écarter.

L'intimé a plus particulièrement réalisé un calcul valable pour l'année 2022 en se fondant sur les données de l'Enquête suisse pour la structure des salaires (ESS) 2020, indexées aux valeurs prévalant en 2022. S'agissant du revenu sans invalidité, l'OAI a admis à juste titre que, bien portante, l'assurée aurait été en mesure d'achever sa formation d'employée de commerce, si bien qu'il s'est fondé sur le revenu (statistique) qu'aurait pu percevoir l'intéressée dans une activité d'employée de commerce avec CFC exercée à 100 % (branche économique 77+79-82, niveau de compétences 2), soit 63'695 fr. 75. Pour le revenu avec invalidité, l'OAI s'est basé sur le revenu (statistique) que

l'assurée pourrait réaliser à 60 % dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services (revenu moyen, tous secteurs confondus), soit 32'529 fr. 38. On notera ici qu'à l'instar de l'OAI, la Cour de céans ne voit pas d'élément particulier justifiant un abattement sur le salaire statistique d'invalidé (ATF 150 V 410 consid. 9 et 10) ; il apparaît notamment que les limitations fonctionnelles ont été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail et que, du reste, rien ne permet de considérer *in casu* que le travail à temps partiel se révélerait proportionnellement moins rémunéré que le travail à plein temps (voir à cet égard TF 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.1 et les références). Les calculs de l'intimé ne prêtant pas le flanc à la controverse, la comparaison des revenus mettant en évidence un taux d'invalidité de 48,93 % doit par conséquent être validée. Il s'ensuit que la recourante peut prétendre à une quotité de rente de 47,5 % (art. 28b al. 4 LAI), à compter du 1^{er} août 2022.

Compte tenu par ailleurs de la nouvelle teneur de l'art. 26bis al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2024, c'est à juste titre que l'OAI a indexé son calcul à 2024 et appliqué une déduction de 10 % sur le revenu avec invalidité, parvenant de ce fait à un taux d'invalidité de 54,04 % qui doit également être confirmé. Partant, la recourante peut prétendre à une quotité de rente de 54 % dès le 1^{er} janvier 2024 (art. 28b al. 2 LAI).

9. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et par son audition. En effet, des telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie 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 Robert Fox peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Celui-ci a produit une liste d'opérations le 14 février 2025, faisant état de 5 heures et 30 minutes consacrées au dossier de la recourante, au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a et 3 al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Ces opérations étant justifiées, il convient de fixer le montant de l'indemnité à 990 fr., montant auquel s'ajoutent le forfait de 5 % du défraiement hors taxe par 49 fr. 50 (art. 3bis RAJ) et la TVA par 84 fr. 20. L'indemnité de Me Fox est ainsi arrêtée 1123 fr. 70, débours et TVA compris.

La partie 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 (art. 5 RAJ).

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

prononce :

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 juin 2024 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 de Me Robert Fox, conseil d'office de K._____, est arrêtée à 1123 fr. 70 (mille cent vingt-trois francs et septante 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 provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Robert Fox (pour K._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :