

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 avril 2019

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
MM. Dépraz et Piguet, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 4, 28 et 28a LAI.

E n f a i t :

A. Née le [...] 1961, Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante de Bosnie-Herzégovine, a exercé la profession de nettoyeuse à temps partiel depuis 2012. Le 9 janvier 2015, l'assureur perte de gains de l'un de ses employeurs a communiqué son cas à l'assurance-invalidité en vue d'une détection précoce, son incapacité de travail étant de 100 % dès le 29 octobre 2014 pour cause de lombalgie sévère et vertige.

Selon un rapport établi le 28 janvier 2015 par un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), l'assurée, sans formation et ne parlant pratiquement pas le français, a exercé sa profession à un taux d'environ 35 % essentiellement le soir dans des bureaux pour un revenu d'environ 1'200 fr. par mois net.

B. Le 2 février 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en indiquant un taux d'activité de 23 % et une incapacité de travail à 100 % dès le 29 octobre 2014.

En date du 27 février 2015, l'assurée a indiqué dans le questionnaire sur la détermination du statut qu'elle serait active en tant que femme de ménage à 100 % en bonne santé. Elle a ultérieurement exposé ne pas avoir cotisé auprès d'une institution de prévoyance professionnelle en raison de son taux d'activité insuffisamment élevé.

C. Dans son rapport du 24 avril 2015 à l'attention de l'OAI, le Dr V._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a indiqué que celle-ci souffrait de lombalgie sévère, tendinopathie de l'épaule bilatérale, hernie discale L4-L5, déchirure méniscale interne bilatérale, arthrose fémoro-patellaire stade IV des deux côtés et « F32.2 ». Il a précisé que l'incapacité dans l'activité auparavant exercée était de 100 % et qu'une reprise de la même activité paraissait difficile à envisager. Dans son rapport du 18 mars

2015 joint au précédent, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique au Centre médico-chirurgical J._____, considérait que l'assurée souffrait probablement d'une maladie rhumatismale avec des douleurs relativement diffuses au niveau du dos, des deux cuisses, des deux mollets ainsi qu'au niveau des deux genoux. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) montrait une lésion claire au niveau du ménisque interne.

Sur le plan psychique, un rapport a été établi le 22 juin 2015 par R._____, infirmier indépendant, faisant état de troubles dépressifs récurrents avec symptôme psychotique et d'une personnalité émotionnellement labile type borderline empêchant la reprise d'une activité.

Sur la base de ces éléments, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a prescrit le 27 octobre 2015 l'organisation d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique.

Aux termes de leur rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du 15 juin 2016, les Dr L._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont conclu à l'absence de capacité de travail dans l'activité habituelle et à une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée dès le 29 octobre 2014, respectivement de 100 % sur le plan psychiatrique.

Dans son rapport du 6 juillet 2016, le Dr H._____, du SMR, a exposé ce qui suit:

"Leurs diagnostics cliniques [des Drs L._____ et A._____] et appréciation du cas ainsi que les données asséculogiques sont retenus. Sont admis comme ayant une répercussion sur la CT [capacité de travail] : essentiellement les rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs, les douleurs de l'épaule gauche dans le cadre d'une arthropathie acromio-claviculaire gauche avec périarthrite scapulo-humérale, le syndrome rotulien bilatéral dans le cadre d'une gonarthrose fémoro-patellaire de stade IV bilatérale, chondropathie tibio-astragalienne bilatérale de stade II.

En revanche, aucune atteinte psychiatrique aiguë ou chronique à caractère incapacitant n'a été relevée. Les limitations fonctionnelles sont donc uniquement d'ordre somatique à savoir: nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier des charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de genuflexions répétées, pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de travail en hauteur, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout ou de marche de plus de 30 minutes, pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule gauche à plus de 60°, pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur gauche.

En conséquence, si la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse, elle est exigible à 80% (perte de rendement estimée à 20%) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles biomécaniques décrites et ce, dès le 29.10.2014."

D. L'OAI a ordonné une enquête économique sur le ménage, compte tenu des indications divergentes fournies par l'assurée quant à son taux d'activité. Aux termes du rapport y relatif du 13 septembre 2016, fondé notamment sur une visite au domicile de l'intéressée le 7 septembre 2016, l'enquêtrice a proposé un statut de 50 % active et 50 % ménagère dès lors que l'assurée n'avait jamais exercé une activité lucrative à un taux supérieur à 50 % et qu'elle ne pouvait fournir aucune explication sur les motifs pour lesquels elle travaillerait à 100 % en l'absence d'atteinte à la santé. Il ressort en substance du rapport d'enquête que l'assurée s'occupait de la majorité des tâches ménagères du foyer avant l'atteinte à la santé - travaux d'entretien de l'appartement, préparation des repas, lessive et repassage, petites courses - mais qu'elle y avait ensuite renoncé ou qu'elle les déléguait en raison de ses différents troubles. L'enquêtrice a retenu un taux d'invalidité de 27,9 % dans l'accomplissement des tâches ménagères.

E. Aux termes d'un document intitulé « *REA - Calcul du salaire exigible* », l'OAI a tenu compte d'un revenu sans atteinte à la santé pour une activité à 50 % de 26'896 fr. 50 et d'un salaire exigible (moyennant un abattement de 10 % compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge) de 24'206 fr. 85, faisant apparaître un préjudice économique à 2'689 fr. 65.

A teneur d'une fiche intitulée « *examen du droit à la rente* » établie le 11 novembre 2016 par l'OAI, le degré d'invalidité a été arrêté à 10 % selon la méthode générale et à 27,9 % selon la méthode spécifique. Compte tenu de la clé de répartition de 50 % entre la part active (invalidité de 10 %) et la part ménagère (invalidité de 27,9 %), l'office a retenu un taux d'invalidité final de 18,95%.

F. Le 11 novembre 2016, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité.

Le 5 décembre 2016, l'assurée a contesté ce projet en indiquant en substance que son état de santé s'était détérioré et qu'elle n'arrivait plus à assumer les tâches quotidiennes. De son côté, le Dr V._____ a informé l'OAI le 20 novembre 2016 d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente.

Le 21 décembre 2016, l'office a informé l'assurée que les éléments invoqués n'étaient pas de nature à modifier son projet de décision lui refusant le droit à une rente, si bien qu'une décision de même teneur lui a été notifiée le lendemain, en date du 22 décembre 2016.

G. Par acte de son mandataire du 1^{er} février 2017, Z._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée du 22 décembre 2016, concluant à son annulation et au versement des prestations légales, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a requis l'assistance judiciaire sous la forme d'une exonération des frais de la cause. En substance, la recourante a contesté les conclusions des rapports médicaux du SMR retenant qu'une activité professionnelle était exigible à 80% et critiqué l'application de la méthode mixte en demandant l'application de la méthode générale de comparaison des revenus à son cas. A l'appui de ses allégués, l'intéressée a produit un rapport du 5 décembre [recte : janvier] 2017 de la Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre de psychiatrie et

psychothérapie S._____, évoquant un suivi depuis le 28 novembre 2016 pour un état dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec trouble cognitif important, et une modification de la personnalité suite à plusieurs événements de catastrophe vécus dans le pays d'origine. Elle a également versé au dossier un rapport du 6 janvier 2017 du Dr V._____, faisant état d'une dégradation de l'état de santé, ainsi qu'un rapport du 27 janvier 2017 du Dr G._____, spécialiste en rhumatologie, considérant qu'un reclassement dans une autre activité professionnelle ne serait pas envisageable compte tenu des limitations fonctionnelles actuelles mais également culturelles et linguistiques.

Par décision du 28 février 2017, la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération d'avances et de frais judiciaires, avec effet au 15 février 2017.

Dans sa réponse du 30 mars 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'OAI a pour l'essentiel considéré que les pièces produites par la recourante n'étaient pas de nature à modifier son appréciation, notamment quant aux atteintes à la santé physique et psychique.

Dans sa réplique du 26 mai 2017, la recourante a persisté dans ses précédents motifs et conclusions. Elle a en outre produit deux rapports supplémentaires émanant de la Dresse N._____, datés respectivement des 27 janvier et 19 mai 2017. Le rapport du 27 janvier 2017 pose le diagnostic de trouble panique (anxiété épisodique paroxystique), d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec troubles cognitifs importants, et de modification de la personnalité suite à plusieurs événements catastrophiques vécus pendant la guerre civile dans le pays d'origine ; ce rapport précise encore ce qui suit « *[a]ctuellement nous ne pouvons pas nous prononcer sur le pourcentage de travail, même dans le cadre d'une activité adaptée à son état de santé psychique. Selon nous, la patiente présente une incapacité de totale de travail actuellement* » et signale une nette aggravation depuis deux ans environ. Quant au rapport du 19 mai 2017, il évoque en particulier des troubles cognitifs, un trouble anxio-dépressif, un trouble de la personnalité

dépendante et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (guerre).

Dupliquant du 15 juin 2017, l'intimé a confirmé ses conclusions.

Par écriture du 2 novembre 2017, la recourante a indiqué avoir consulté un neurologue. A cet égard, elle a produit un rapport du 6 septembre 2017 du Dr P._____, spécialiste en neurologie, selon lequel « *[s]elon toute vraisemblance, [la recourante] présente des céphalées tensionnelles rentrant dans le cadre d'une probable fibromyalgie, [ce qui] explique vraisemblablement également les paresthésies céphaliques est les acouphènes* ».

Se déterminant le 23 novembre 2017, l'intimé a exposé que le diagnostic de fibromyalgie n'était pas posé et qu'il n'y avait au surplus aucun élément indiquant que les atteintes à la santé décrites avaient une influence sur la capacité de travail de la recourante.

H. La Cour n'a pas ordonné d'autre mesure d'instruction. Elle a statué par voie de circulation.

E n d r o i t :

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

b) En l'occurrence, déposé en temps utile - compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let c LPGA, applicable par renvoi de

l'art. 60 al. 2 LPGA) – auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

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

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

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

traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA).

b) Chez les assurés n'exerçant que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGGA). Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017 ; également ATF 137 V 334 et 131 V 51 consid. 5.1.2). Au vu de la date de la décision litigieuse, soit le 21 décembre 2016, les modifications du RAI relatives à la méthode mixte entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2018 ne sont pas pertinentes en l'espèce.

4. En l'espèce, la décision attaquée est fondée sur une part active de 50 % et une part ménagère de 50 %. La recourante conteste cette répartition en soutenant qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % dans son activité habituelle de nettoyeuse.

Il résulte du dossier que la recourante n'a jamais travaillé à un taux d'activité plus élevé qu'environ 35 %. Elle a en outre indiqué un taux d'activité de 23 % dans sa demande de prestations. Pour fixer le statut de la recourante, l'OAI s'est en outre fondé sur les résultats de l'enquête ménagère dont il résulte que, lorsqu'elle n'était pas atteinte dans sa santé, la recourante s'occupait de l'essentiel des tâches quotidiennes. Son époux

exerce en outre une activité à temps complet et a toujours subvenu en majorité aux revenus du ménage, le salaire de la recourante ne constituant qu'un appoint. Il n'est pas déterminant à cet égard que la situation financière des époux paraisse s'être dégradée depuis que la recourante est atteinte à sa santé. On doit en effet se replacer dans le contexte qui aurait prévalu en l'absence de ces atteintes.

En l'absence d'éléments concrets laissant penser que la recourante aurait travaillé à temps complet, l'autorité intimée était fondée à s'écarter de la déclaration de la recourante selon laquelle, en l'absence d'atteinte à la santé, elle aurait exercé à 100 % son activité de nettoyeuse. La répartition entre un statut d'active à 50% et de ménagère à 50%, qui au surplus n'est pas défavorable à la recourante s'agissant des degrés d'invalidité retenus par la décision attaquée, peut dès lors être confirmée. Cela étant, même si la décision attaquée s'était fondée sur un statut d'active plus proche de celui auquel l'activité était exercée, cela ne serait pas de nature à ouvrir à la recourante le droit à une rente.

5. La recourante conteste la valeur probante du rapport du SMR du 15 juin 2016 sur lequel s'est fondée l'autorité intimée pour retenir l'existence d'une capacité de travail de 80 % au moins dans une activité adaptée. Elle fait grief au rapport précité de ne tenir compte d'aucun indicateur s'agissant des affections psychiques. Elle requiert que le dossier soit renvoyé à l'OAI afin de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1, TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il convient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée, TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

b) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en

principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 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, 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) En l'espèce, l'OAI a retenu que la recourante présentait une capacité de travail de 100 % avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Il a considéré que les atteintes à la santé psychique ne justifiaient pas une diminution de la capacité de travail. Il s'est fondé en particulier sur le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR du 15 juin 2016.

aa) S'agissant des affections strictement somatiques, la recourante fait grief aux médecins du SMR de ne pas avoir tenu compte du diagnostic d'hernie discale L4-L5 posé notamment par le Dr V._____. Sur la base de leur anamnèse, les médecins du SMR ont posé le diagnostic de « *rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec canal lombaire étroit léger à modéré et petite hernie discale D12-L1* ». Certes, le rapport du SMR n'expose pas pour quel motif le diagnostic d'hernie discale L4-L5 a été écarté. Il ressort toutefois de l'analyse détaillée de l'anamnèse sur le plan rachidien, en particulier sur la base des examens radiologiques, que les médecins du SMR ont tenu compte de troubles statiques et dégénératifs ainsi que de protrusions discales pluri-étagées. Ils ont également pris en considération ces atteintes au rachis en prescrivant des limitations fonctionnelles propres à le soulager. Ils ont aussi relevé que, lors de l'entretien, la patiente n'avait pas vraiment eu de comportement algique, restant assise plus d'une heure sans gêne particulière. Pour le surplus, l'appréciation des médecins du SMR sur les troubles somatiques, fondée sur une anamnèse précise et une

discussion fouillée, doit être confirmée en ce sens qu'une activité adaptée avec limitations fonctionnelles est exigible de la part de la recourante.

bb) Les règles jurisprudentielles développées pour l'examen du caractère invalidant des atteintes psychosomatiques ayant été étendues aux troubles psychiques (ATF 143 V 409 et 143 V 418 ; cf. consid. 5b supra), ces deux aspects peuvent dès lors faire l'objet d'un examen global dans le cas particulier.

La recourante fait en particulier valoir que les médecins du SMR n'auraient pas discuté le diagnostic de fibromyalgie et qu'ils auraient ignoré de nombreux éléments, notamment ses angoisses quotidiennes. Ces allégations ne peuvent être suivies. En effet, il résulte du rapport d'examen clinique du 15 juin 2016 (p. 12 ss) que les médecins du SMR ont posé le diagnostic de fibromyalgie, celui-ci s'inscrivant néanmoins dans le contexte d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ils ont en outre relevé que la thérapie suivie jusqu'alors avait été conduite selon les règles de l'art, émettant toutefois diverses propositions thérapeutiques tant sous l'angle médicamenteux que physiothérapeutique. Sur la base de leur examen clinique, les médecins du SMR ont par ailleurs nié toute dépression majeure, décompensation psychotique, anxiété généralisée, trouble phobique, trouble de la personnalité morbide, syndrome de dépendance, état de stress post-traumatique, trouble obsessionnel compulsif, trouble dissociatif ou perturbation sévère de l'environnement psychosocial - étant souligné que les quelques traits dépressifs et anxieux présents lorsque l'assurée était confrontée à ses difficultés actuelles étaient discrets et ne permettaient pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. Ils n'ont, en d'autres termes, pas corroboré les diagnostics psychiques évoqués par les médecins traitants (trouble panique, état dépressif, trouble de la personnalité) et n'ont pas davantage mis en évidence de comorbidités ou structure de personnalité significatives. Lesdits spécialistes ont de surcroît posé un diagnostic de difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie liée à l'acculturation et ont souligné que l'assurée présentait des conséquences directes de facteurs étrangers à l'invalidité (âge, absence

de formation, difficultés linguistiques, facteurs socioculturels) ; de fait, on rappellera ici qu'en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité, le droit des assurances sociales s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). Les médecins du SMR ont certes constaté une diminution des ressources d'adaptation au changement, mais ils ont en revanche souligné que l'intéressée disposait de bonnes ressources disponibles/mobilisables avec l'aide de son entourage. Il convient également de souligner qu'une « *certaine incohérence* » a été observée, en ce sens que malgré la description de douleurs diffuses et importantes, l'assurée n'avait pas vraiment de comportement algique en cours d'entretien et était notamment demeurée assise durant 1 heure et 10 minutes sans gêne particulière. Sur cette base, les médecins du SMR n'ont pas retenu d'atteinte psychosomatique invalidante et ont nié toute pathologie psychique aiguë ou chronique à caractère incapacitant. Cette évaluation, fondée sur une anamnèse complète et une analyse détaillée, apparaît convaincante et doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Elle n'est du reste infirmée par aucune pièce au dossier.

Notamment, les rapports de la Dresse N._____, produits par la recourante, mentionnent essentiellement des troubles de l'attention (difficulté à se concentrer, à tenir l'attention, à maintenir les informations récentes) et une thymie triste accompagnée d'idées morbides sans lien avec l'existence de douleurs. Si la difficulté de la recourante à la marche sans cannes est évoquée dans le rapport du 27 janvier 2017, elle n'est pas mise en rapport avec les troubles psychiques mentionnés.

C'est par ailleurs en vain que la recourante invoque une dégradation considérable de son état de santé, notamment sur le plan psychique, entre le moment où elle a été examinée par les médecins du SMR et celui où la décision attaquée a été rendue. Les rapports médicaux produits par la recourante ne sont en effet pas de nature à rendre vraisemblable une telle aggravation. Il apparaît que la recourante, qui

était auparavant uniquement suivi sur le plan psychothérapeutique par un infirmier exerçant à titre indépendant, a consulté pour la première fois un psychiatre, la Dresse N._____, le 28 novembre 2016 soit quelques jours seulement avant que la décision attaquée soit rendue. Il s'ensuit que ce médecin n'avait pas le recul nécessaire pour certifier une aggravation de l'état de la santé de la recourante à une époque où elle ne l'avait pas encore examinée. Partant, l'OAI était fondé à se fonder sur les examens médicaux contenus dans le rapport du 15 juin 2016 du SMR.

Il sied encore de relever que le rapport du Dr P._____, neurologue, n'est pas de nature à modifier l'appréciation qui précède, dans la mesure où ce médecin ne constate pas l'existence d'une atteinte à la capacité de travail ou d'accomplir les tâches ménagères de la recourante. S'il soupçonne l'existence d'une fibromyalgie, cet élément est toutefois à lui seul insuffisant pour conclure à l'absence de force probante du rapport du SMR du 15 juin 2016 quant à l'absence de caractère invalidant en lien avec ce diagnostic.

Il ne se justifie dès lors pas de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour instruction complémentaire avec mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comme le requiert la recourante.

d) Il découle de ce qui précède que l'OAI, aux termes de la décision attaquée, était fondé à reconnaître à la recourante une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée.

6. Au vu de la capacité résiduelle de travail de la recourante dans une activité adaptée, l'intimé a constaté à juste titre qu'elle aurait pu réaliser, sur un marché du travail équilibré, un revenu d'au moins 24'206 fr. 85 – correspondant au revenu hypothétique sans invalidité – dans une activité telle que le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production dans le domaine industriel léger exercée à 50 %. L'OAI a notamment tenu compte d'un abattement de 10 % (soit la moitié de 20 % [voir notamment sur le sujet TF 9C_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.2])

pour tenir compte de l'âge et des limitations fonctionnelles de la recourante. Il s'ensuit que l'invalidité doit être fixée pour la part active à 10 %. En l'absence de tout grief de la recourante sur le calcul du revenu d'invalidité par l'intimé - lequel ne prête pas flanc à la critique -, il n'y a pas lieu d'y revenir plus avant.

7. S'agissant de la part consacrée aux activités ménagères, l'OAI a retenu que la recourante présentait un empêchement de 27,90 %. Il s'est référé sur ce point à l'enquête économique sur le ménage.

a) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

b) En l'espèce, la recourante, qui prétend avoir un statut d'active à 100 %, ne s'est pas exprimée, fût-ce à titre subsidiaire, sur sa capacité à accomplir ses tâches ménagères compte tenu de ses atteintes à la santé. Cela étant, le rapport d'enquête, établi après une visite à domicile en toute connaissance des empêchements découlant des diagnostics médicaux, ainsi qu'en fonction des déclarations de l'intéressée, dont il a largement tenu compte, apparaît probant. Il est en

autre détaillé en ce qui concerne les différentes limitations et est bien motivé. Pour le surplus, la recourante ne formule aucun grief en lien avec les taux d'activité retenus pour les différentes tâches ménagères qui étaient auparavant exercées. Dès lors, il n'y a aucun motif de s'écarter du taux d'empêchement de 27,90 % retenu dans ce rapport d'enquête.

8. Le taux d'invalidité global de la recourante s'élève ainsi à 18,95 % ($[50 \% \text{ de part active} \times 10 \ \%] + [50 \% \text{ de part ménagère} \times 27,9 \ \%]$). Ce taux est inférieur au minimum de 40 % requis pour bénéficier d'une rente d'invalidité si bien que la décision attaquée doit être confirmée.

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération d'avance et de frais de justice, de sorte que l'émolument judiciaire sera supporté par le canton provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

c) La recourante, qui n'obtient pas gain de cause n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 21 décembre 2016 est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. 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 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 :

- Procap, Service juridique (pour Z. _____),
- 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 :