

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 octobre 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente

Mme Röthenbacher et M. Métral, juges

Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

Y._____, à [...], recourante, représentée par Me François Gillard, avocat, à Bex,

et

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

Art. 28 et 28 a LAI ; art.27^{bis} RAI.

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante irakienne née en 1977, est mère de trois enfants nés en 2001, 2002 et 2007. Depuis son arrivée en Suisse en 2003, elle s'est consacrée à l'éducation de ses enfants et n'a pas exercé d'activité lucrative, en dépit d'une formation d'enseignante en école enfantine acquise dans son pays d'origine. Elle est divorcée depuis octobre 2013.

B. A l'issue d'une procédure de détection précoce entamée par son médecin généraliste traitant, le Dr B._____, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 31 mai 2013. Elle a précisé souffrir des séquelles d'une poliomyélite depuis l'âge de 14 ans et d'une paralysie faciale survenue en 2013.

Aux termes d'un rapport médical du 11 juillet 2013, le Dr B._____ a communiqué les diagnostics de « paralysie faciale périphérique droite aigue », « état anxio-dépressif » et « status post poliomyélite avec séquelles neurologiques et de l'appareil locomoteur » au titre des diagnostics se répercutant sur la capacité de travail. L'assurée était susceptible de reprendre une activité sans port de charges, sans marche ni station debout prolongée, à un taux demeurant inférieur à 50%, dès le 1^{er} août 2013. Était notamment annexé un rapport du 10 mai 2013 d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dans les limites de la norme.

Un rapport du 17 avril 2014 du Dr C._____, spécialiste en neurologie, a fait état d'une « paralysie faciale périphérique droite « a frigore » ayant récupéré dans le territoire supérieur avec une atteinte sévérissime inférieure à droite apparue le 30 mars 2013 », une « récurrence d'une paralysie faciale « a frigore » en septembre 2013, avec récupération partielle », une « parésie du membre supérieur gauche en investigation » et des « séquelles de poliomyélite ». Ces séquelles entravaient

particulièrement la marche, le spécialiste ayant notamment relevé une « paralysie des psoas, des quadriceps fémoraux, des muscles ischio-jambiers » et une « parésie des moyens fessiers ».

L'OAI a diligenté une enquête ménagère au domicile de l'assurée le 3 juin 2014, au terme de laquelle il a retenu qu'en bonne santé, elle aurait dû exercer une activité lucrative à hauteur de 80% dès le départ du domicile conjugal de son conjoint en octobre 2012. Un degré d'invalidité de 20,8% a été mis à jour dans la sphère d'activité ménagère (cf. rapport d'enquête économique sur le ménage du 4 juin 2014).

Le 9 juillet 2014, un nouveau rapport établi par le Dr C._____, à la suite d'une électroneuromyographie (ENMG), a confirmé une « atteinte neurogène dans les muscles d'innervation des myotomes C5-C6 à gauche consécutive à la poliomyélite », laquelle expliquait la parésie du membre supérieur gauche.

Sur recommandation du 21 juillet 2014 du Dr G._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), l'OAI a mis en œuvre une expertise neurologique, dont le mandat a été confié au Dr F._____, spécialiste en neurologie au sein de la Clinique D._____.

Ce dernier a communiqué son rapport le 25 novembre 2014, dans lequel il a retenu les diagnostics de « séquelles parésiantes prédominant aux membres inférieurs et au membre supérieur gauche avec syndrome de fatigue des suites d'une poliomyélite infantile » et de « séquelles de parésie faciale droite a frigore ». Une capacité de travail de 50% pouvait être reconnue à l'assurée dans une activité sans nécessité de déplacement, sans port de charge, ni effort physique.

Le SMR s'est rallié à ces conclusions par rapport du 16 décembre 2014, estimant que l'assurée était dotée d'une capacité de travail de 50% aussi bien en tant qu'enseignante en classe enfantine que dans toute activité adaptée « depuis son arrivée en Suisse ».

Le Dr C._____ a rédigé un rapport le 27 mars 2015, annonçant que l'assurée souffrait en plus désormais de « céphalées avec hémicrânie droite sur dysfonction sévère de l'articulation temporo mandibulaire avec une composante de cervicalgies chroniques » et d'un « strabisme convergent avec déficit d'abduction ».

L'OAI a mis en œuvre un complément d'enquête économique sur le ménage le 19 mai 2015 afin de prendre en considération les limitations fonctionnelles décrites à l'issue de l'expertise neurologique. Le rapport correspondant, daté du même jour, a pris en compte un degré d'invalidité de 34,8% dans la sphère d'activité ménagère.

S'agissant de la sphère d'activité lucrative, le service de réinsertion de l'OAI a déterminé un préjudice économique de 43,75% en fixant les revenus avec et sans invalidité sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (cf. rapport final du 19 août 2015).

Par un premier projet de décision du 16 novembre 2015, l'OAI a envisagé de nier le droit de l'assurée à toutes prestations en l'absence de réalisation des conditions générales d'assurance, l'incapacité de travail s'avérant à son sens antérieure à son arrivée en Suisse.

C. L'assurée, avec l'assistance de son médecin traitant, a contesté ce projet le 3 décembre 2015, faisant valoir que sa capacité de travail réelle était inférieure à 50% en raison de ses limitations fonctionnelles et que les diagnostics impactant cette capacité étaient survenus trois ans auparavant, non pas antérieurement à son arrivée en Suisse. Était en outre notamment annexé un rapport d'IRM cérébrale et orbitaire du 9 juin 2015.

Représentée par Me François Gillard, l'assurée a complété ses griefs le 30 janvier 2016, concluant à la poursuite de l'instruction de son dossier.

Consulté pour avis, le SMR a maintenu sa prise de position du 16 février 2014 par avis du 9 février 2016.

Une nouvelle enquête économique sur le ménage a eu lieu au domicile de l'assurée le 6 juin 2016 afin de déterminer plus précisément son statut depuis son entrée en Suisse. Il a été retenu, aux termes du rapport corrélatif du 7 juin 2016, qu'elle aurait exercé une activité lucrative à 50% entre 2003 et octobre 2012, soit jusqu'à la séparation d'avec son époux, étant donné la situation financière du couple. Depuis lors, il a été maintenu que l'assurée en bonne santé aurait dû augmenter son temps de travail à 80%.

Le service de réinsertion de l'OAI a mis à jour un degré d'invalidité de 50% dans la sphère lucrative jusqu'en octobre 2012 et confirmé celui de 43,75% dès cette date (cf. fiches de calcul du 13 septembre 2016).

L'OAI a rendu un second projet de décision en date du 10 mai 2017, informant l'assurée de son intention de lui octroyer un quart de rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité global de 42%, à compter du 1^{er} novembre 2013. Ce faisant, l'OAI a retenu que l'invalidité de l'assurée s'était élevée à 15,4% jusqu'en octobre 2012 (5% dans la sphère lucrative + 10,4% dans la sphère ménagère), à 39,1% jusqu'en mars 2013 (35% dans la sphère lucrative + 4,1% dans la sphère ménagère) et de 42% depuis lors (35% dans la sphère lucrative + 7% dans la sphère ménagère). Un « taux d'invalidité moyen » aurait permis d'ouvrir le droit à un quart de rente dès octobre 2013. Cette prestation ne pouvait toutefois être versée qu'à partir du 1^{er} novembre 2013 compte tenu du dépôt de la demande de prestations en date du 31 mai 2013.

Des décisions, conformes au projet précité, ont été établies les 25 octobre 2017 (pour la période débutant le 1^{er} novembre 2017) et 14 novembre 2017 (pour la période du 1^{er} novembre 2013 au 31 octobre 2017).

D. Assistée de Me Gillard, l'assurée a déféré la décision du 25 octobre 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 27 novembre 2017. Elle a conclu principalement à la réforme de cette décision dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2013, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction, contestant pour l'essentiel l'appréciation de sa capacité de travail et l'évaluation de son taux d'invalidité (en particulier quant au revenu d'invalidité et à l'abattement opéré sur les salaires statistiques). Elle s'est par ailleurs prévalu de la nouvelle méthode de calcul applicable aux personnes de statut mixte dès janvier 2018. Elle a également suggéré la mise en œuvre d'une audience et d'une expertise pluridisciplinaire (neurologique, rhumatologique et psychiatrique). Elle a enfin sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire.

En date du 28 décembre 2017, elle a fait parvenir à la Cour de céans diverses pièces médicales, dont des rapports du Dr B. _____ du 12 décembre 2017, du Dr K. _____, spécialiste en ophtalmologie, du 22 février 2017, et des psychologues de la Fondation L. _____, R. _____ et M. _____, du 2 octobre 2017.

Par décision du 4 janvier 2018, la magistrate instructrice a accordé l'assistance judiciaire à l'assurée en l'exonérant de frais et d'avances de frais, ainsi qu'en désignant Me Gillard comme avocat d'office pour la présente cause.

L'OAI a répondu au recours le 8 mars 2018 et en a proposé le rejet, s'appuyant sur un nouvel avis du SMR du 4 mars 2018.

L'assurée a persisté dans ses conclusions par réplique du 16 avril 2018, mettant derechef en exergue le rapport des psychologues de la Fondation L. _____ du 2 octobre 2017, lesquelles confirmaient une totale incapacité de gain, une activité ne pouvant à leur avis n'être déployée qu'en atelier protégé.

Par écriture du 22 mai 2018, l'OAI a estimé que le rapport précité ne permettait pas de retenir une atteinte à la santé psychique grave, ainsi que l'avait souligné le SMR dans son avis du 4 mars 2018. Il a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

A la demande de la magistrate instructrice, Me Gillard a fait parvenir la liste des activités déployées pour le compte de la recourante par courrier du 20 août 2018.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 27 novembre 2017 contre la décision de l'intimé du 25 octobre 2017 a été interjeté en temps utile. Il respecte par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions pour lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa

réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Les mêmes règles sont applicables lorsque, dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux (cf. art. 71 LPGA ; art. 85^{bis} RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Toutefois, même si l'assuré ne recourt que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure (ATF 125 V 413 consid. 2d précité).

c) Le litige porte en l'espèce sur le taux d'invalidité présenté par la recourante dès 2013, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité de travail et de gain. La décision formellement attaquée, datée du 25 octobre 2017, n'a trait qu'aux prestations servies dès le 1^{er} novembre 2017. Sont toutefois également comprises dans l'objet du litige les conclusions prises par la recourante pour la période antérieure s'étendant jusqu'au 31 octobre 2017, tranchée par la décision du 14 novembre 2017 relative aux arrérages de rente d'invalidité.

3. Dans la mesure où la décision litigieuse est intervenue avant l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2018, de la nouvelle du 1^{er} décembre 2017 modifiant le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-

invalidité ; RS 831.201), il convient d'examiner la situation à la lumière des dispositions légales et réglementaires applicables jusqu'au 31 décembre 2017. Selon la jurisprudence, il y a lieu en effet d'appliquer, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 129 V 4 consid. 1.2 et les références).

4. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

b) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également : TF [Tribunal fédéral] 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

c) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI).

d) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. 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 ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI ; voir par ailleurs : ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

5. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être

tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine et la référence citée).

6. En l'occurrence, la recourante ne remet pas en question le statut mixte que lui a reconnu l'intimé aux termes des différents rapports d'enquête économique sur le ménage (cf. rapports des 4 juin 2014, 19 mai 2015 et 7 juin 2016).

En particulier, l'enquête réalisée le 6 juin 2016 avait pour but de préciser le statut de la recourante dès son arrivée en Suisse. L'enquêtrice de l'intimé a consigné ce qui suit dans le rapport du 7 juin 2016 :

« [...] La famille est aidée financièrement par l'EVAM jusqu'en 2009. Son mari peine à trouver un travail à plein temps. Il est engagé à temps partiel comme polyvalent dans un premier temps. En 2010, il est finalement engagé à 100%.

[...] L'assurée affirme spontanément qu'elle aurait cherché un emploi à 50% sans atteinte à la santé dès son arrivée en Suisse. Son salaire aurait été nécessaire pour compléter celui de son mari qui n'a pas travaillé à plein temps avant 2010 pour apporter sa participation aux frais du ménage.

Suite au départ de son mari du domicile en octobre 2012, elle aurait augmenté son taux à 80% pour subvenir à ses besoins et à ceux de ses 3 enfants. Madame Y. _____ ne reçoit aucune pension alimentaire.

50% active et 50% ménagère de 2003 à octobre 2012.

80% active et 20% ménagère depuis octobre 2012 à ce jour.

[...] »

Cette appréciation, reposant sur les déclarations constantes de la recourante, n'apparaît pas critiquable, compte tenu de la situation financière du couple et de la recourante postérieurement à sa séparation.

Le statut déterminé par l'intimé, ainsi que la répartition du temps consacré à chaque sphère d'activités, peuvent donc être ici confirmés.

7. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

b) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

8. a) En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise neurologique auprès du Dr F._____, dont le rapport du 25 novembre 2014 retient ce qui suit eu égard aux déficits fonctionnels :

- « Lors de l'évaluation, les déficits fonctionnels suivants ressortent :
- Difficultés lors des déplacements avec des troubles de l'équilibre importants dès que le terrain est accidenté, un manque d'endurance et un lâchage de la hanche gauche si fatigue.
 - Incapacité à monter et descendre les escaliers sans l'utilisation d'une main courante.
 - Manque important de force dans les deux membres supérieurs mais surtout à gauche.
 - Difficultés à réaliser une activité prolongée en zone haute (en raison du manque d'endurance et de force dans les bras, des douleurs dans les membres supérieurs et le dos). Mme est vite obligée de compenser par une inclinaison du tronc.
 - Limitation du port de charge, toujours en rapport avec la faiblesse globale des membres supérieurs et de l'apparition d'importantes douleurs.

Au cours de l'évaluation, Mme fatigue vite et a besoin de faire de nombreuses pauses assises. Les douleurs qu'elle mentionne entravent surtout ses activités domestiques et il est intéressant de relever que les douleurs affectives sont importantes et même légèrement plus élevées que les douleurs sensorielles.

Dans ses activités élémentaires, ce qui la dérange le plus et qui ressort lors des bilans est le risque de chute élevé dès que le sol présente des inégalités ou que des obstacles sont à enjamber. A la fin de l'expertise, les divers bilans réalisés ont permis de mettre en évidence de nombreux déficits entravant l'indépendance de Mme Y._____. En effet, les aides de son ex-mari et de son fils semblent nécessaires pour la soulager. »

L'expert a par ailleurs fait part de son appréciation du cas en ces termes :

« Sur le plan de la capacité de travail, le tableau est dominé par les séquelles motrices attribuables à la probable poliomyélite présentée à l'âge de 13 ans en Irak. La patiente présente essentiellement une triparésie touchant les membres inférieurs et le MSG [réf. : membre supérieur gauche], avec limitation à la marche et impossibilité de porter des poids conséquents. Une fatigabilité y est associée actuellement, mais la patiente ne présente pas spécifiquement de syndrome post polio tardif. Quant à l'atteinte faciale périphérique droite récidivante depuis 2013, elle n'est pas liée à une incapacité de travail actuelle. Il n'y a pas d'atteinte cognitive, et le bilan d'ergothérapie confirme les limitations fonctionnelles liées à l'atteinte motrice secondaire à l'atteinte du motoneurone spinal. On peut donc admettre une incapacité de travail de 70% comme ménagère alors qu'une activité adaptée sans nécessité de déplacement, de port de charge, ou d'effort physique comme par exemple dans la traduction ou une autre activité linguistique (la patiente parle turc, kurde et arabe) serait envisageable à 50%. Le pronostic est stable durant les prochaines années avec la possibilité de développer de façon différée un syndrome post polio tardif avec accentuation de la parésie et de la fatigabilité. »

Ces conclusions, communiquées à l'issue d'investigations cliniques minutieuses comprenant notamment différents tests d'épreuve, apparaissent exemptes de contradictions et parfaitement convaincantes. On ajoutera que le rapport d'expertise concerné remplit au demeurant tous les critères pour se voir accorder pleine valeur probante.

b) Contrairement à ce que soutient la recourante, les pièces médicales versées au dossier postérieurement audit rapport ne permettent pas de s'écarter de l'appréciation de l'expert mandaté par l'intimé.

aa) En particulier, le rapport subséquent du Dr C._____ du 27 mars 2015 relate de nouveaux diagnostics, dont des « céphalées avec hémicrânie sur dysfonction de l'articulation temporo mandibulaire »

accompagnées de cervicalgies et un « strabisme convergent ». Cela étant, ce médecin a souligné une prise en charge adéquate de la dysfonction articulaire, ainsi que des séances de physiothérapie destinées à soulager les cervicalgies. On ne voit dès lors pas que ces éléments soient de nature à influencer durablement la capacité de travail de la recourante.

bb) Quant aux différents certificats et rapports établis par le Dr B._____, dont notamment celui du 3 décembre 2015, son évaluation d'un « taux d'incapacité réel de travail à l'évidence supérieur à 50% » n'est étayée par aucun médical nouveau qui n'aurait pas été pris en compte par le Dr F._____. Le Dr B._____ a en effet justifié son appréciation du fait que sa patiente ne pouvait « ni marcher (plus de 10 min) ni rester debout de manière prolongée (plus de 30 min) » et que « les mouvements de ses membres supérieurs et de ses mains [étaient] depuis 2 ans très limités quant à la force et à la précision ». Or, ces restrictions ont dûment été prises en considération par l'expert au titre des limitations fonctionnelles observées dans le cas de la recourante.

cc) Les documents d'imagerie produits par le Dr B._____ à l'appui des griefs de la recourante ne sont pas davantage susceptibles d'ébranler les conclusions du Dr F._____. Le rapport d'IRM cérébrale et orbitaire du 9 juin 2015 a certes évoqué ce qui suit :

« Présence d'au moins trois foyers d'hyperintensité de signal dans la substance blanche péri-ventriculaire, deux du côté droit et le troisième du côté gauche, visibles sur les séquences en pondération T2 et surtout sur la séquence en technique Flair, à contours flous, irréguliers, ne montrant pas de rehaussement après injection i.v. de Gadolinium ni effet de masse. Leur aspect est aspécifique, toutefois leur localisation, l'âge de la patiente et le contexte clinique, ne permettent pas d'exclure de façon formelle un processus inflammatoire (foyers de démyélinisation). Un complément d'investigation neurologique et éventuellement avec ponction lombaire et analyse de LCR peut être indiqué.
Pas d'anomalie notable au niveau des orbites et particulièrement au niveau des nerfs optiques.
Pas d'anomalie notable au niveau de la fosse postérieure, particulièrement du tronc cérébral et du noyau des nerfs crâniens (3^e, 4^e et 6^e paire crânienne).
Hypertrophie des cornets nasaux avec léger épaissement muqueux au niveau des cellules ethmoïdales et la face postérieure du sinus sphénoïdal. »

Toutefois, le rapport d'IRM ultérieur, daté du 14 juin 2017 et produit par la recourante auprès de la Cour de céans, fait état des conclusions suivantes :

« L'examen de ce jour ne montre aucun changement significatif par rapport à l'examen du 09.06.2015, il n'y a en particulier pas de changement ou de modification au niveau des hyperintensités de signal de la substance blanche visible à l'examen précédent. Pas d'apparition de nouveau foyer d'hyperintensité de signal dans la substance blanche.
Pas d'effet masse intracrânien. »

Compte tenu de l'absence d'évolution de la situation décrite, on ne saurait en l'état retenir une nouvelle problématique influant sur la capacité de travail de la recourante qui aurait été ignorée dans le cadre des examens réalisés par le Dr F._____.

dd) Sur le plan ophtalmologique, la baisse d'acuité visuelle signalée par la recourante a été investiguée par le Dr K._____, lequel a mis en évidence une acuité récupérée tant à l'œil droit qu'à l'œil gauche dans son rapport du 22 février 2017, malgré « un déficit temporal approfondi » et « des réponses probablement très aléatoires sur ce champ visuel ». En dépit des doutes quant à l'évolution de la situation, on ne peut en l'état considérer une atteinte à la santé durable du registre ophtalmologique.

ee) La recourante se prévaut enfin du rapport d'évaluation psychologique du 2 octobre 2017 de la Fondation L._____. Les psychologues en charge de la passation de tests ont conclu comme suit :

« L'altération de la conscience interprétative, l'interprétativité pathologique, les angoisses persécutaires, les pensées délirantes et la relation vécue sur un mode paradoxal, évoquent des symptômes florides relevant d'une structure psychotique. Sur le plan défensif, la patiente présente des ébauches de défenses maniformes et par l'opposition.

En raison de la maîtrise partielle du français de l'examinée, nous n'avons pas effectué la totalité des subtests [...]. A la vue globale des résultats, nous remarquons que l'examinée présente des difficultés intellectuelles principalement au niveau de la vitesse d'exécution, car elle présente un ralentissement visuo-moteur marqué, ce qui peut être en lien avec ses angoisses envahissantes

qui l'empêchent de se concentrer. Nous relevons également des difficultés au niveau de la mémoire immédiate. Elle présente par contre des capacités dans la moyenne inférieure au niveau du raisonnement logique abstrait.

Sur le plan symptomatique, l'examinée présente un état de subdécompensation sur un mode psychotique depuis plusieurs années et ses plaintes semblent en lien avec cela. Nous restons toutefois prudents sur l'origine psychogène des paralysies faciales (qui pourraient s'expliquer par des angoisses et une interprétativité pathologique qui fige) et il n'est pas impossible que ce symptôme, ainsi que les troubles de la mémoire marqués, soient en lien avec un trouble psycho-organique concomitant.

Au niveau professionnel, nous pensons, au vu du fonctionnement de la patiente et du vécu persécutoire ressenti dans les relations, ainsi que ses symptômes psychiatriques actuels, qu'un milieu professionnel classique soit trop stimulant pour elle. Elle devrait pouvoir bénéficier d'un travail adapté en milieu protégé. »

Le Dr G._____ du SMR s'est notamment exprimé sur ce rapport dans son avis du 4 mars 2018 :

« [...] Un examen neuropsychologique du 2 octobre 2017 n'est pas pertinent dans la mesure où il est incomplet et en raison de la maîtrise partielle du français. Il serait fait mention d'un état « sub » psychotique que l'expertise précédente n'aurait pas remarquée, tout en plaidant pour un travail en milieu protégé. Le terme « sub » est douteux dans la mesure où il n'affirme pas et qu'aucun RM [réf. : rapport médical] spécialisé ne vient corroborer une psychose. En raison de l'expertise précédente et d'un examen non significatif, nous rejetons ces allégations. [...] »

En l'occurrence, les critiques formulées par le SMR apparaissent bien fondées. On ne saurait prendre en considération les conclusions du rapport de la Fondation L._____, lequel s'avère en effet incomplet et fondé sur une maîtrise approximative de la langue française. Qui plus est, on observe que la recourante ne fait l'objet d'aucun suivi spécialisé et qu'aucune mention d'une pathologie psychiatrique grave n'a été évoquée par les différents médecins consultés.

c) En définitive, faute de pièces médicales suffisantes de nature à remettre en cause les observations et conclusions du Dr F._____, on retiendra avec l'intimé que la recourante est dotée d'une capacité de travail de 50% dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles décrites par cet expert.

9. a) Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap. Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1 et les références).

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS, édictée par l'OFS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

Dans cette dernière hypothèse, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères,

sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3).

b) L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 ss de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI ; ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références).

10. a) En ce qui concerne la sphère d'activité lucrative, l'évaluation opérée par le service de réinsertion de l'intimé le 19 août 2015, actualisée le 13 septembre 2016, échappe à la critique. C'est en effet à juste titre que l'intimé a recouru aux chiffres ressortant de l'ESS, conformément à la jurisprudence fédérale constante à cet égard. Les considérations émises par la recourante sur le salaire minimal, décidé au niveau de certains cantons, sont dénuées de pertinence dans le contexte de l'assurance-invalidité. Au demeurant, on rappelle que la recourante n'a

jamais déployé d'activité lucrative en Suisse et qu'elle ne peut se prévaloir de la formation acquise dans son pays d'origine. En retenant le revenu de base d'une personne sans formation professionnelle spécifique, l'intimé s'est ainsi approché au maximum de la situation hypothétique qu'aurait connue la recourante si elle avait été en bonne santé.

Quant à l'abattement effectué sur le revenu d'invalidé, à hauteur de 10%, il tient adéquatement compte de la nationalité de la recourante et de ses difficultés linguistiques, les limitations fonctionnelles étant par ailleurs englobées dans l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail.

On peut ainsi retenir, à l'instar de l'intimé, un degré d'invalidité dans la sphère lucrative de 10% jusqu'en octobre 2012 compte tenu d'un statut d'active à 50% et de 43,75% sur la base d'un statut d'active à 80% dès octobre 2012.

b) Eu égard à l'accomplissement des tâches ménagères, on ne voit aucune raison de se distancer des observations consignées dans les rapports d'enquête des 4 juin 2014 et 19 mai 2015. Ces documents remplissent toutes les exigences requises par la jurisprudence pour leur accorder pleine valeur probante (cf. à cet égard : ATF 128 V 93). Les conclusions de ces rapports ne sont d'ailleurs aucunement remises en question par la recourante.

Il s'agit ainsi de prendre en compte des empêchements dans la sphère ménagère à hauteur de 20,8% jusqu'en mars 2013 et de 34,8% dès cette date.

c) Sur le vu de ce qui précède, le taux d'invalidité global peut être fixé à 15,4% ($[10 \times 0,5] + [20,8 \times 0,5]$) jusqu'en octobre 2012, de 39,1% ($[43,75 \times 0,8] + [20,8 \times 0,2]$) jusqu'en mars 2013 et de 42% dès cette date ($[43,75 \times 0,8] + [34,8 \times 0,2]$).

Le degré d'invalidité de 42% ouvre le droit à un quart de rente d'invalidité, lequel a effectivement lieu d'être servi dès le 1^{er} novembre 2013, soit à l'échéance du délai de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations intervenu le 31 mai 2013 (cf. art. 29 al. 1 LAI).

On ajoutera à des fins informatives que les dispositions légales en vigueur ne prévoient pas le calcul d'un « degré d'invalidité moyen », mais uniquement d'un taux moyen d'incapacité de travail en cas de fluctuations importantes de cette capacité, ce dans le but de déterminer l'échéance du délai de carence d'un an au sens de l'art. 28 al. 1, let. b, LAI (cf. texte de cette disposition qui mentionne une « incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année » et non pas une « incapacité de gain »).

11. Concernant enfin la nouvelle réglementation applicable dès le 1^{er} janvier 2018 aux personnes de statut mixte, il est loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'intimé. D'après l'al. 2 des dispositions transitoires de la novelle du 1^{er} décembre 2017 modifiant le RAI, la personne assurée qui exerçait une activité lucrative à temps partiel et accomplissait par ailleurs des travaux habituels a la possibilité de déposer une nouvelle demande ou une demande de révision lorsque l'octroi d'une rente lui a été refusé ou partiellement refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1^{er} décembre 2017 compte tenu du taux d'invalidité retenu. L'office AI est en effet tenu d'examiner cette nouvelle demande à la lumière des nouvelles règles applicables (art. 27^{bis} al. 2 à 4 RAI) s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente ou à une rente plus élevée.

12. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et les décisions de l'intimé des 25 octobre 2017 et 14 novembre 2017 confirmées.

a) 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

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

c) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me François Gillard à compter du 27 novembre 2017 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Gillard a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de sa mandante en date du 20 août 2018. Il requiert le paiement d'une indemnité de 1'350 fr., ainsi que les débours (41 fr. 20) et la TVA (107 fr. 10) pour l'intégralité de son intervention. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. En définitive, il convient donc d'octroyer à Me Gillard un montant total de 1'498 fr. 30 (débours et TVA compris) pour l'ensemble de ses activités dans la présente affaire.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser la somme de 1'498 fr. 30 dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC, le Service juridique et législatif étant chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

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

I. Le recours est rejeté.

- II.** Les décisions rendues les 25 octobre 2017 et 14 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** L'indemnité d'office de Me François Gillard, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'498 fr. 30 (mille quatre cent nonante-huit francs et trente centimes), débours et TVA compris.
- VI.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me François Gillard, à Bex (pour Y. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :