

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 septembre 2019

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Küng et Mme Pelletier, assesseurs
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée par Me Pierre Ventura, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 al. 1, 16 et 61 let. c LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. a) I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en [...], droitière, sans formation, mariée et mère de quatre enfants majeurs, est arrivée en Suisse en [...]. Elle est sans activité lucrative depuis [...], date à laquelle elle a exercé, pendant quelques mois, la profession d'ouvrière.

Par décision du 11 juillet 2006, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a octroyé à l'assurée deux appareils acoustiques (moyens auxiliaires) en raison de la perte auditive dont celle-ci souffrait de longue date, évoluant de manière progressive.

b) Le 28 mars 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant comme atteintes à la santé une attaque cérébrale et un diabète, existant depuis le mois de mars 2013.

Dans un rapport daté du 8 avril 2014, le Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic incapacitant d'encéphalopathie ischémique avec de multiples petits accidents vasculaires cérébraux (ci-après : AVC) de l'artère cérébrale moyenne droite, probablement sur une atteinte de M2, les diagnostics de diabète de type II, d'hypertension artérielle et d'obésité étant sans effet sur la capacité de travail. Le médecin a précisé qu'à l'examen neurologique, il constatait une baisse de la motricité fine de la main gauche ainsi qu'une diminution du tonus du membre supérieur gauche.

Le 23 avril 2014, l'assurée a adressé à l'OAI un formulaire « détermination du statut (part active/part ménagère) » aux termes duquel elle a indiqué que, sans atteinte à la santé, son taux d'activité s'élèverait à 100 %.

Par avis du 15 janvier 2015, le Dr R._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a indiqué ce qui suit :

« L'IT durable est fixée le 04.03.13. L'IT serait de 100% depuis. La CTAH dans un poste physique est nulle, nous sommes d'accord, mais dans une AA, elle est à évaluer. *Les LF sont les suivantes* : cf. hémisyndrome résiduel de l'hémicorps G.

Au total, afin de déterminer précisément la CT, nous recommandons de réaliser en 1^{ère} intention :

**un examen neuropsychologique chez Madame L._____,
neuropsychologue FSP**

[...] »

Dans un rapport du 7 avril 2015, L._____, psychologue spécialisée en neuropsychologie, a rendu compte d'un examen de l'assurée réalisé le même jour en présence d'un interprète. Elle a conclu son analyse en ces termes :

« Conclusions

Cet examen, effectué chez une assurée adéquate, collaborante, partiellement orientée, ralentie et fatigable, peu nosognosique de ses difficultés cognitives, met en évidence :

- Des acquis scolaires très faibles au niveau du langage écrit et du calcul ;
- Des difficultés de reconnaissance visuelle ;
- Des troubles mnésiques épisodiques antérogrades modérés à sévères, présents dès l'encodage ;
- Une dysfonction exécutive et attentionnelle modérée à sévère, avec notamment un manque d'incitation, des difficultés d'inhibition, des difficultés de planification, un déficit d'attention sélective et un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information ;
- Un niveau de raisonnement très faible ;
- + L'absence de troubles majeurs du langage oral (en [...]), évalué cliniquement,
- + L'absence d'apraxie.

Le tableau est celui d'une atteinte diffuse modérée à sévère des fonctions cognitives, d'origine probablement mixte (faible niveau d'acquisition/de développement et séquelles d'encéphalopathie ischémique). La présence de troubles thymiques aggravant le tableau est probable.

Avec un tel tableau, les limitations sont les suivantes (sur le plan neuropsychologique) :

- Le dysfonctionnement exécutif et attentionnel diminue de manière significative l'autonomie de l'assurée dans les situations complexes : il faut éviter les contraintes temporelles, les situations de doubles tâches ou de multiples tâches successives, les interférences, les situations de stress, les activités sollicitant ses capacités d'organisation, de prise d'initiative et d'auto-contrôle.
- Le ralentissement de la vitesse de traitement de l'information diminue le rendement.
- Les troubles mnésiques entravent l'acquisition de nouvelles informations. Le risque d'erreurs et d'oublis est présent mais l'usage de notes écrites semble compromis en raison des troubles du langage écrit. La supervision d'une tierce personne est souhaitable.
- L'écriture n'est pas fonctionnelle, même pour prendre des notes personnelles.
- Les difficultés de calcul ne permettent pas à l'assurée d'assumer une activité exigeant la réalisation de calculs, même simples, ou un raisonnement mathématique.
- Il faut éviter de donner des consignes longues et complexes pour éviter de saturer la mémoire de travail de l'assurée et en raison des difficultés de compréhension fine.
- Le faible niveau d'efficacité intellectuelle offre peu de ressources à l'assurée pour résoudre les problématiques rencontrées.

La répercussion des troubles susmentionnés sur la réalisation des tâches ménagères est difficile à quantifier et une évaluation en situation par un(e) ergothérapeute pourrait être utile. Un suivi en ergothérapie pour améliorer l'autonomie de l'assurée pourrait également être bénéfique (pour autant que la barrière de la langue puisse être levée). »

Par avis médical du 22 avril 2015, le Dr R. _____ a notamment retenu ce qui suit :

« L'IT durable est fixée le 04.03.13. L'IT serait de 100% depuis. La CTAH dans un poste physique est nulle, nous sommes d'accord, mais pour une AA, elle est à évaluer. *Les LF sont les suivantes* : cf. hémisyndrome résiduel de l'hémicorps G (cf. absence de praxie !?). *Neuropsych.* : baisse significative l'autonomie, inapte situations complexes, contraintes temporelles, situations de doubles tâches ou multiples tâches successives, interférences, stress, activités avec capacités d'organisation, prise d'initiative et auto-contrôle, troubles mnésiques, risque d'erreurs et d'oublis (notes écrites), supervision d'une tierce personne, difficultés de calcul et de compréhension fine, faible niveau d'efficacité intellectuelle, ressources limitées. Inapte conduite véhicules.

Au total, merci de prévoir une enquête ménagère, voire une prise en charge en ergothérapie ; afin de déterminer précisément la CT, ainsi que les LF, nous recommandons de réaliser comme conseillé :

une expertise neurologique avec le Dr T. _____ [...] »

Le 7 juillet 2015, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge d'un forfait de 1'650 fr. pour deux appareils acoustiques, le précédent appareillage étant devenu insuffisant.

Le 9 octobre 2015, l'assurée a été examinée par le Dr T._____, spécialiste en neurologie. En préambule à son rapport du 20 octobre 2015 à l'OAI, ce spécialiste a expliqué avoir fondé son appréciation sur l'étude du dossier à disposition, l'anamnèse réalisée en compagnie du mari de l'assurée et d'un interprète, ainsi que l'examen neurologique et le bilan neuropsychologique détaillé effectués le jour de l'entretien. Il a précisé avoir complété l'investigation par une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale avec séquence angiographique réalisée le 13 octobre 2015. Le Dr T._____ a résumé les pièces au dossier, étudié les antécédents de l'assurée et examiné ses plaintes. Il a ensuite décrit le status sur les plans neurologique et neuropsychologique et a exposé les résultats de l'angio-IRM cérébrale du 13 octobre 2015. Il a également comparé ses constatations à celles figurant dans le rapport du 7 avril 2015 de la neuropsychologue L._____, relevant en particulier observer une relative stabilité des difficultés exécutives et attentionnelles. Il a finalement apporté les réponses suivantes aux questions de l'OAI :

« 4. *Diagnosics*

4.1 *Diagnosics ayant une répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?*

Infarctus jonctionnel pariétal postérieur droit séquellaire de 2013 avec discret hémisyndrome gauche.

Niveau cognitif constitutionnel bas, associé à une discrète atteinte dysexécutive et attentionnelle probablement séquellaire de l'AVC, et renforcé par un état dépressif et plaintif avec surcharge fonctionnelle.

4.2 *Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?*

--

5. *Appréciation du cas et pronostic*

Si l'on peut confirmer au status et à l'IRM cérébrale que la patiente a souffert d'un AVC pariétal postérieur droit, avec comme séquelle léger hémisyndrome gauche et une composante dysexécutive-attentionnelle à l'examen neuropsychologique, le tableau est actuellement dominé par des signes de surcharge chez une patiente à niveau éducatif très bas, quasiment illettrée, ne parlant pas le français bien qu'elle ait été dans le pays depuis près de 25 ans, et sans formation particulière. Ce contexte rend improbable toute reprise d'activité professionnelle ainsi que toute modification de son rythme de vie à domicile, et sur le plan strictement neurologique organique, une incapacité de travail pour une activité simple et répétitive ne dépasse pas 25%. En effet, l'atteinte motrice de l'hémicorps gauche reste minime, la motilité fine n'est pas réelement (sic) touchée, et les modalités sensibles largement conservées, par ailleurs sans signes d'héminégligence. On note par ailleurs l'absence des signes classiques d'atteinte cognitive spécifique de la région pariétale droite, ce qui est d'ailleurs souvent le cas dans ce type d'infarctus cérébral jonctionnel entre le territoire de l'artère cérébrale moyenne et de l'artère cérébrale postérieure de l'hémisphère mineur.

B. Influence sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Discret hémisyndrome gauche, troubles dysexécutifs et attentionnels modérés, mais surtout chez une patiente désinsérée de son pays d'accueil sur le plan social, ne parlant pas la langue, et avec un niveau cognitif-scolaire très bas. Il existe par ailleurs un côté plaintif-dépressif, qui péjore encore les troubles.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

La patiente n'exerçant plus d'activité professionnelle depuis plus d'une douzaine d'années, on peut seulement mentionner que l'activité ménagère à domicile paraît ralentie et partagée entre les différents membres de la famille. La patiente y participant partiellement.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Sur le plan neurologique organique, 75% pour une activité répétitive simple.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

La patiente n'exerce plus d'activité depuis une douzaine d'années, mais une activité simple et répétitive est exigible comme mentionné sous point 2.2.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Vu la grande lenteur et le manque de motivation, le rendement sera probablement affecté (sic), mais pas pour des raisons organiques.

2.5 *Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?*

Depuis l'AVC de 2013.

2.6 *Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?*

Le tableau s'est rapidement amélioré selon les documents médicaux à disposition, et selon le Dr Q. _____, son généraliste, il n'y avait plus aucune séquelle détectable par lui-même peu après.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. *Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ?*

Non, à notre avis, pour des raisons sociales, le manque de motivation, et d'un niveau scolaire est (sic) cognitif insuffisant.

2 *Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?*

La patiente n'ayant pas de poste de travail depuis plus d'une douzaine d'années, cette question tombe.

2.1 *Si oui, par quelles mesures ? [...]*

--

2.2 *A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?*

--

3. *D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?*

3.1 *Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?*

Oui, dans une activité répétitive et simple, manuelle, mais le manque de motivation, le caractère plaintif, et le niveau de la patiente rendent une tentative illusoire.

3.2 *Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?*

A 75%, aux horaires habituels.

3.3 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?*

A notre avis, uniquement pour des raisons de motivation et sans composante neurologique organique.

3.4 *Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?*

Depuis l'automne 2013.

3.5 *Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?*

--

Remarques

-- ».

Par avis du 10 novembre 2015, le Dr R. _____ du SMR a indiqué ce qui suit :

« Synthèse : l'IT durable est fixée le 04.03.13. L'IT serait de 100% depuis, de 25% dès l'automne 2013. Une CT dans un poste physique est nulle, nous sommes d'accord, mais dans une AA, comme femme au foyer, elle est de 75% depuis l'automne 2013 dans une activité répétitive simple, y compris comme ménagère. *Les LF sont les suivantes : neuro : discret hémisyndrome G, troubles dysexécutifs et attentionnels modérés. Neuropsychy. : baisse significative l'autonomie, inapte situations complexes, contraintes temporelles, situations de doubles tâches ou multiples tâches successives, interférences, stress, activités avec capacités d'organisation, prise d'initiative et auto-contrôle, troubles mnésiques, risque d'erreurs et d'oublis (notes écrites), supervision d'une tierce personne, difficultés de calcul et de compréhension fine, faible niveau d'efficacité intellectuelle, ressources limitées. Inapte conduite véhicules. Au total, afin de déterminer précisément la CT, ainsi que les LF, nous recommandons de réaliser :*

un examen SMR ou une expertise psychiatrique [...] ».

Dans un rapport du 20 mars 2017, le Dr Q. _____ a posé les diagnostics de status post-AVC multiples ischémiques dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne en 2013 avec hémiparésie gauche résiduelle, d'analphabétisme, d'état anxio-dépressif secondaire sans syndrome psychotique et de surdité bilatérale. Il a indiqué que l'évolution était stationnaire voire s'aggravait pour l'atteinte psychologique, tout en relevant que l'évaluation de cette atteinte était difficile à effectuer. Il a expliqué avoir des difficultés à déterminer la capacité de travail de l'intéressée, mais a estimé que celle-ci était probablement nulle, dans toute activité, compte tenu de l'analphabétisme, d'un probable trouble de

l'adaptation sévère ainsi que du status post-AVC. Il a exposé que les limitations de l'assurée étaient principalement d'ordre psychologique et liées à l'analphabétisme et à une capacité de compréhension extrêmement limitée dans quelque activité que ce soit. Il a ajouté que, d'un point de vue somatique, les atteintes à la santé limitaient l'assurée dans ses déplacements.

L'assurée a été examinée par le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 27 juin 2017, en présence d'un interprète. Le médecin a adressé son rapport d'expertise à l'OAI le 29 octobre 2017. En introduction, il a précisé avoir fondé son appréciation sur un entretien avec l'assurée de trois heures et demie, les résultats des tests psychométriques les plus indiqués, les résultats d'examens en laboratoire et l'étude attentive du dossier qui lui avait été fourni. Le Dr F. _____ a résumé les pièces au dossier, étudié les antécédents de l'assurée et examiné ses plaintes. Il n'a retenu aucun diagnostic avec impact sur la capacité de travail et a posé le diagnostic sans influence sur la capacité de travail de probable épisode dépressif léger à moyen, présent en 2013-2014, en rémission complète à la date de l'expertise. Le psychiatre a en outre exposé ce qui suit :

« 5. Discussion diagnostique :

Mis à part le sentiment subjectif de l'assurée, il n'y a pas d'indices en faveur d'un trouble dépressif actuel.

Considérant les évaluations neuropsychologiques de 2015, on peut conclure qu'il y a eu un épisode dépressif léger à moyen, qui s'est entièrement corrigé depuis. Il est tout à fait possible qu'elle ait pu présenter une symptomatologie dépressive plus marquée dans les suites de l'AVC, mais qui n'a pas été ressentie par l'assurée comme étant plus importante que ce que l'on constate actuellement.

Les symptômes qu'elle accuse actuellement sont :

- le moral très bas (1/10, incompatible avec l'observation au cours de l'examen, où elle apparaît euthymique)
- la fatigue et la fatigabilité (également non perçues au cours d'un examen qui devrait, pourtant, les mettre en évidence)
- les troubles d'endormissement (qui ne sont pas présents tous les jours et qui s'expliquent partiellement par le fait qu'elle dort dans la journée).

De ce fait, il n'y a pas actuellement d'arguments en faveur d'une affection dépressive, qui est également infirmée par le score très faible sur l'échelle de Hamilton.

Selon toute vraisemblance, le traitement de Cipralext a eu une influence décisive, permettant la rémission que l'on constate à présent.

Une pathologie post-traumatique était soupçonnée par l'expert, en relation avec l'épisode d'hémiplégie (et éventuellement en relation avec la perte d'un enfant en bas âge), mais l'assurée ne présente aucun symptôme dans ce sens.

Aucune pathologie anxieuse ne peut être détectée, et finalement on ne peut retenir aucune sorte de pathologie psychiatrique actuelle.

La question d'un trouble somatoforme s'est imposée, mais la vérification des critères décrits par l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 ne permet pas de retenir un diagnostic dans ce sens.

- Il existe une divergence considérable entre les douleurs décrites (d'une part) et le comportement de l'assurée et l'anamnèse (d'autre part).

- La caractérisation des douleurs est très vague et contradictoire.

- Le traitement de Lyrica n'est que partiellement suivi.

- Alors que l'assurée décrit des limitations importantes dans sa vie quotidienne, l'entourage psycho-social reste intact.

- Les bénéfices primaires de la maladie sont considérables, l'assurée étant déchargée de toute obligation familiale ou autre.

- Il n'y a pas de troubles psychiques graves, ni recherche de traitement.

- On doit également considérer que les contraintes sociales (liées à la mentalité de sa communauté) entrent en ligne de compte.

- La limitation du niveau d'activité n'est guère uniforme, car l'organisation des loisirs n'est nullement touchée. Il n'y a pas de retrait social et le niveau d'activité sociale est plus élevé qu'il ne l'était avant l'AVC de 2013.

[...]

7. Limitations fonctionnelles :

Les craintes de l'assurée sont le principal facteur limitant. Ces craintes sont vraisemblablement amplifiées par le fait qu'elle est mal insérée dans la société locale, se limitant aux contacts avec sa communauté [...].

Une absence de motivation, déjà décrite par l'expertise T. _____ en 2015, est également un facteur limitant.

Des difficultés liées à l'illettrisme et à la non-compréhension de la langue du pays sont également à prendre en compte, tout comme son âge - les trois facteurs viennent s'ajouter à l'absence de motivation et aux craintes d'exercer une activité hors du foyer.

Actuellement, il n'y a pas de limitations supplémentaires par rapport à celles qui existaient déjà avant l'AVC de 2013.

8. Capacité de travail :

Du point de vue strictement psychiatrique et selon la LAI, la capacité de travail n'est pas restreinte.

Comme l'affirmait déjà l'expertise T. _____ en octobre 2015, l'absence de motivation et les difficultés socio-culturelles peuvent être tenues responsables d'une diminution du rendement de 25%

dans une activité simple et répétitive. Autant l'absence de motivation que les difficultés socio-culturelles étaient déjà présentes avant l'AVC de 2013. On peut envisager, en extrapolant, que la capacité de travail a pu être réduite, pour des raisons de découragement au cours de la première année qui suivait la survenue de l'AVC, et que l'assurée aurait eu alors un rendement d'environ 50%.

9. Propositions médicales et thérapeutiques :

Mis (sic) à part la continuation du traitement antidépresseur (Cipralax), nous n'avons aucune proposition à formuler, en tenant compte de la rémission dépressive et en l'absence d'une autre pathologie psychiatrique actuelle.

Au cas où l'assurée se déciderait en faveur d'une réadaptation professionnelle, un soutien psychothérapeutique lui serait nécessaire pour lui permettre de s'adapter à la société environnante, après avoir vécu 25 ans exclusivement dans sa communauté.

10. Pronostic :

D'un point de vue psychiatrique, en l'absence d'une pathologie dans ce domaine, le pronostic est favorable ».

L'OAI a mis en œuvre une enquête ménagère au domicile de l'assurée qui a été effectuée le 1^{er} mai 2018. Aux termes de son rapport, rédigé le 3 mai 2018, l'enquêtrice a proposé de retenir un statut d'active à 100 %.

Dans un « rapport final » et un « calcul du salaire exigible » du 23 août 2018, le Service de réadaptation de l'AI (ci-après : la REA) a arrêté le préjudice économique subi par l'assurée à 25 %. La REA a retenu une capacité de travail de 75 %. Elle a considéré que, dans une activité simple et sérielle, les limitations fonctionnelles seraient totalement respectées et que les freins à la réinsertion étaient d'ordre psychosocial et motivationnel. Comme exemples d'activités adaptées, la REA a retenu celles d'ouvrière de conditionnement légère à l'établi, d'opératrice de perçage/taroudage sur appareils préréglés et d'assemblage simple d'articles n'ayant pas plus de deux opérations.

Par projet de décision du 27 août 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de rente d'invalidité. Il a considéré que cette dernière conservait une capacité de travail de 75 %

dans une activité adaptée et que son degré d'invalidité, arrêté à 25 %, était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

Le 28 septembre 2018, sous la plume de son conseil, l'assurée a contesté le projet susmentionné. Elle a fait valoir que la concomitance de plusieurs atteintes à la santé aurait dû entraîner la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire dès lors que l'OAI devait tenir compte de leur effet combiné. Elle a en outre critiqué le fait que certaines des évaluations prises en compte n'aient pas été actualisées.

Le 5 novembre 2018, le conseil de l'assurée a requis qu'il soit procédé à un complément d'instruction aux fins d'établir précisément le degré d'invalidité de l'assurée compte tenu des différentes atteintes à la santé de cette dernière. A l'appui de cette requête, il a produit un rapport du 24 octobre 2018 du Dr Q. _____ par lequel ce dernier a relevé que, depuis environ une année, sa patiente présentait de plus en plus de difficultés à effectuer ses activités quotidiennes, en particulier les tâches ménagères. Il a précisé que le mari de l'assurée décrivait également un état d'activité psychomotrice augmentée et des troubles de la mémoire avec parfois des propos incohérents, tableau qui lui faisait évoquer une possible démence vasculaire ou de type Alzheimer. Le Dr Q. _____ a indiqué qu'un bilan cognitif neuropsychologique complet serait souhaitable. Il a conclu que la dégradation de l'état cognitif de l'assurée justifierait une « réouverture de son dossier » par l'AI.

Dans un avis médical du 28 novembre 2018, le Dr R. _____ du SMR a relevé que les explications figurant dans l'expertise psychiatrique du Dr F. _____ étaient bien structurées et que la cohérence de cet examen et sa valeur probante n'étaient pas remises en cause. Il a retenu que les évaluations au dossier, en particulier celle du Dr T. _____, attestaient de la capacité de travail de l'assurée. Il a considéré qu'aux termes de son rapport du 24 octobre 2018, le Dr Q. _____ avait évoqué une « possible » démence vasculaire ou de type Alzheimer, de sorte que cette atteinte n'était pas démontrée. Le médecin du SMR a également estimé que si de telles atteintes existaient l'assurée aurait dû être placée

en institution – puisqu'elle pouvait alors être dangereuse pour elle-même et les autres – et une mesure de protection de l'adulte instituée. Il a relevé que le fait qu'aucune démarche à visée diagnostique (IRM, recherche de substances amyloïdes, ponction lombaire, ou diagnostics différentiels neurologiques) n'ait été entreprise attestait que cette hypothèse n'était guère convaincante. En définitive, le médecin a maintenu sa précédente appréciation, reconnaissant une capacité de travail de 75 % à l'assurée.

Par décision du 30 novembre 2018, l'OAI a confirmé le refus d'octroi d'une rente. Le même jour, il a adressé un courrier au conseil de l'assurée, reprenant les conclusions de l'avis SMR du 28 novembre 2018.

B. Par acte du 21 janvier 2019, I._____, représentée par Me Pierre Ventura, a recouru contre la décision susmentionnée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. En substance, elle a fait valoir que sa capacité de travail résiduelle avait été surévaluée, arguant que ses nombreuses atteintes à la santé – un AVC multiples ischémiques dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne en 2013, un diabète de type II, une surdité bilatérale, une haute tension artérielle, une hyperlipidémie, un état anxio-dépressif et une possible démence vasculaire et débutante – auraient dû faire l'objet d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a soutenu en outre que, dans la mesure où son médecin traitant avait fait état d'une possible démence vasculaire ou de type Alzheimer, l'instruction du cas nécessitait d'être complétée. Selon elle, toutes les atteintes considérées auraient dû conduire l'intimé à retenir une perte de rendement, probablement de 25 %. La recourante a également réclamé qu'un abattement, à concurrence de 20 à 25 %, soit pris en compte pour déterminer son revenu avec invalidité. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Par réponse du 21 février 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par décision du 22 février 2019, le juge alors en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 21 janvier 2019, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Pierre Ventura.

Par courrier du 21 mars 2019, la recourante a demandé à être entendue lors d'une audience. Le lendemain, elle a requis la présence, pour son audition, d'un interprète de langue [...].

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 Noël (art. 38 al. 4 let. c LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a et 96 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 présent litige a trait au droit de la recourante à une rente d'invalidité.

3. 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 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 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.

4. 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 exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable

sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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).

Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1).

c) 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).

d) Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p.106 consid.3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid.4.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion différente et contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 3.4.1).

5. a) Le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3 ; TF 9C_694/2014 du 1^{er} avril 2015 consid. 3.2 et les références citées). Il n'existe par ailleurs pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a ; TF 9C_694/2014 précité).

b) Le principe inquisitorial régit la procédure administrative. Selon ce principe, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles. Ce principe n'est toutefois pas absolu, compte tenu de l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (ATF 125 V 195 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 375 consid. 3).

6. En l'occurrence, il est constant qu'à la suite de l'accident ischémique survenu le 4 mars 2013, l'assurée a présenté une incapacité de travail. Se fondant sur les expertises médicales en sa possession, l'intimé a considéré qu'elle conservait une capacité de travail de 75 % dans toute activité adaptée à son état de santé et respectant ses limitations fonctionnelles. La recourante allègue que ses atteintes à la santé auraient été mal évaluées. Elle affirme ainsi que les expertises de la neuropsychologue L._____ et du Dr T._____ seraient trop anciennes pour qu'il en soit tenu compte. Elle fait en outre valoir que la multiplicité de ses atteintes à la santé - un AVC multiples ischémiques dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne en 2013, un diabète de type II, une surdité bilatérale, une haute tension artérielle, une hyperlipidémie, un état anxio-dépressif et une possible démence vasculaire et débutante - nécessiterait la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire à même de déterminer les effets conjoints de ces atteintes sur sa capacité de travail. Elle allègue également que les suspicions évoquées par son médecin traitant au sujet d'une possible démence vasculaire ou de type Alzheimer justifient que cette question soit investiguée et que l'instruction soit complétée.

a) Dans le cadre de l'instruction du cas, l'OAI a confié une expertise neuropsychiatrique à la psychologue spécialisée L._____, puis une expertise neurologique au Dr T._____. Dans le cadre de son rapport, ce spécialiste a expliqué que l'assurée présentait comme séquelles de l'AVC pariétal postérieur droit survenu au mois de mars 2013 un léger hémisyndrome gauche et une composante dysexécutive-attentionnelle à l'examen neuropsychologique. Le tableau était dominé par des signes de surcharge chez une patiente à niveau éducatif très bas, quasiment illettrée, ne parlant pas le français, bien qu'elle ait été dans le pays depuis près de vingt-cinq ans, et sans formation particulière. Pour le Dr T._____, ce contexte rendait improbable toute reprise d'activité professionnelle ainsi que toute modification du rythme de vie à domicile. Considérant le plan strictement neurologique organique, le Dr T._____ a toutefois estimé que l'assurée conservait une capacité de travail, dans une activité simple et répétitive, à concurrence de 75 %. A cet égard, le neurologue a expliqué de façon précise que l'atteinte motrice de l'hémicorps gauche restait minime, que la mobilité fine n'était pas réellement touchée et que les modalités sensibles étaient largement conservées, par ailleurs sans signes d'héminégligence. Le Dr T._____ a encore relevé l'absence des signes classiques d'atteinte cognitive spécifique de la région pariétale droite, notant que cela était souvent le cas dans ce type d'infarctus cérébral jonctionnel entre le territoire de l'artère cérébrale moyenne et de l'artère cérébrale postérieure de l'hémisphère mineur. Pour le Dr T._____, les limitations en relation avec les troubles constatés consistaient en un discret hémisyndrome gauche, ainsi que des troubles dysexécutifs et attentionnels modérés, « mais surtout chez une patiente désinsérée de son pays d'accueil sur le plan social, ne parlant pas la langue, et avec un niveau cognitif-scolaire très bas ». Le spécialiste a relevé que l'assurée présentait par ailleurs un côté « plaintif-dépressif », qui péjorait encore les troubles. De l'avis de l'expert neurologue, une activité simple et répétitive était exigible, avec une capacité de travail de 75 %, aux horaires habituels, depuis l'automne 2013. Il a toutefois précisé que le rendement dans une telle activité risquait d'être affecté, non pas pour des raisons organiques, mais à cause de la lenteur et du manque de motivation dont faisait preuve l'intéressée. Le Dr T._____ a en outre

relevé que des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables, pour des raisons sociales, de manque de motivation, ainsi qu'en lien avec un niveau scolaire et cognitif insuffisant. L'expert a répété, en réponse aux questions de l'OAI, qu'une activité simple, manuelle et répétitive était exigible, relevant toutefois que le manque de motivation, le caractère plaintif et le niveau de la patiente rendaient illusoire une tentative d'instaurer une telle activité.

Le rapport d'expertise du Dr T._____ remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Il a en effet été établi par ce médecin spécialiste en toute connaissance de cause, à la suite de l'étude du dossier, mais également d'un examen de la recourante, complétés par des examens d'imagerie. Le Dr T._____ a également tenu compte des plaintes de l'intéressée, et a exposé les motifs qui le conduisaient à retenir que, depuis l'automne 2013, elle conservait une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée à son état, sans être contredit. Le Dr T._____ a pour le surplus intégré à ses considérations les conclusions de l'examen effectué par la neuropsychologue L._____ en avril 2015, en comparant le résultat de ses constatations à celles précédemment faites par la prénommée. Dans ce contexte, il a en particulier noté avoir observé une relative stabilité des difficultés exécutives et attentionnelles.

Faute d'éléments de nature à contredire ou remettre en question les observations étayées du Dr T._____, il y a lieu de suivre les conclusions de ce spécialiste. On notera que le seul écoulement du temps ne permet pas de considérer qu'une observation médicale deviendrait *de facto* obsolète ; encore faut-il que des indices permettent de considérer que l'état de santé se serait péjoré depuis lors et que la péjoration aurait duré un certain temps. Tel n'est toutefois pas le cas en l'espèce (cf. dans ce sens TF 9C_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 3.2.3). En conclusion, il convient de retenir que, sur le plan neurologique, la recourante conserve une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée.

b) La recourante allègue également souffrir d'une possible démence vasculaire ou de type Alzheimer. Elle se fonde sur un rapport du 24 octobre 2018 de son médecin traitant évoquant cette hypothèse. Or ce rapport ne revêt pas valeur probante et n'est pas de nature à remettre en cause l'appréciation du Dr T._____. En effet, il ne contient pas de réel diagnostic, l'emploi du terme « possible » par le Dr Q._____ attestant de son incertitude à cet égard. En outre, force est de constater que cette hypothèse repose sur le récit rapporté de l'époux de l'intéressée plutôt que sur des constatations objectives. Si une démence vasculaire ou de type Alzheimer était suspectée, des mesures à visées diagnostiques (IRM, recherche de substances amyloïdes, ponction lombaire, diagnostics différentiels neurologiques, etc.) auraient dû être mises en place, comme indiqué par le médecin du SMR (cf. avis du 28 novembre 2018). En conséquence, il y a lieu de se rallier à l'avis exprimé le 28 novembre 2018 par le SMR et de retenir que les atteintes évoquées par le Dr Q._____ dans son rapport du 24 octobre 2018 ne sont pas rendues vraisemblables.

c) Dans le souci de procéder à une évaluation circonstanciée du cas de la recourante, l'OAI a fait compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. Dans ce cadre, la recourante a été examinée par le Dr F._____. Or l'expert psychiatre n'a retenu aucune atteinte ayant un effet sur la capacité de travail. Dans son rapport, ce spécialiste a expliqué avec soin les raisons l'ayant conduit à constater qu'hormis le sentiment subjectif de la recourante, il n'existait aucun indice en faveur d'un trouble dépressif. Il a en particulier observé que l'assurée évaluait son moral à 1/10 alors même que, lors de l'examen, elle était apparue euthymique. La fatigue et la fatigabilité décrites par l'intéressée n'avaient pas non plus été perçues à l'issue d'un examen dont l'objet tendait précisément à les mettre en évidence. Enfin, les troubles de l'endormissement décrits pouvaient s'expliquer par le fait que, selon les explications de l'assurée elle-même, celle-ci dort pendant la journée. Le Dr F._____ a également relevé une divergence considérable entre, d'une part, les douleurs décrites par l'assurée et, d'autre part, son comportement et l'anamnèse. Il a constaté que la caractérisation des douleurs était vague et contradictoire. Il a également noté qu'alors que

l'assurée décrivait des limitations importantes, son entourage psychosocial restait intact. La limitation du niveau d'activité n'était pas uniforme dès lors que l'organisation des loisirs n'était pas touchée. Les investigations du psychiatre l'ont conduit à envisager puis à exclure plusieurs troubles psychiatriques tels une affection dépressive, une pathologie post-traumatique, une pathologie anxieuse ou un trouble somatoforme. Chacune de ces hypothèses a fait l'objet d'un examen circonstancié. Le Dr F. _____ a ainsi relevé que les craintes de l'assurée, une absence de motivation, des difficultés liées à l'illettrisme et à la non compréhension de la langue ainsi que l'âge de l'assurée constituaient ses principales limitations. Il a précisé que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail n'était pas restreinte et a confirmé l'appréciation du Dr T. _____ retenant - en raison de l'absence de motivation et de difficultés socio-culturelles - une baisse de rendement de 25 % dans une activité simple et répétitive. L'appréciation du Dr F. _____ - qui se fonde sur un examen complet de l'assurée, des rapports médicaux rendus précédemment et tient compte des plaintes de l'intéressée - ne prête pas le flanc à la critique. Elle repose sur les constatations objectives du spécialiste et a fait l'objet d'une analyse détaillée. L'expertise psychiatrique satisfait ainsi pleinement aux critères jurisprudentiels décrits à l'ATF 141 V 281 et revêt dès lors une pleine valeur probante.

En conclusion, il y a lieu de retenir que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail n'est pas restreinte.

d) Enfin, il convient de relever que les autres atteintes invoquées par l'assurée dans son recours ne sont pas pertinentes. En effet, la surdité est appareillée alors qu'un diabète de type II, une haute tension artérielle et une hyperlipidémie constituent des diagnostics non incapacitants.

e) Compte tenu de ce qui précède, le grief de la recourante selon lequel la somme de ses atteintes aurait dû conduire l'OAI à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire ne peut qu'être rejeté. Dans la mesure où il n'y a en effet aucune réduction de la capacité de travail au

plan psychiatrique, une approche pluridisciplinaire ne permettrait pas de conduire à une autre appréciation. Autre serait la situation dans laquelle une baisse de la capacité de travail aurait également été constatée au plan psychiatrique. Dans cette dernière éventualité - non réalisée en l'espèce - il aurait fallu que les experts concernés procèdent à une appréciation globale de la situation (cf. consid. 4b *supra*).

f) En conclusion, l'OAI était fondé à retenir que la recourante conserve une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée.

7. Dans un dernier moyen, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir appliqué de taux d'abattement à la détermination de son revenu avec invalidité.

a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en

valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n^{os} 25 et 33 ad art. 16).

c) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n^o U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; ATF 129 V 222).

d) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu

égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyens de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

8. En l'occurrence, l'intimé a retenu qu'en cas d'absence d'atteinte à la santé, la recourante aurait un statut d'active à 100 %.

Pour calculer le taux d'invalidité, l'Office a recouru à l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité puis le revenu avec invalidité, prenant en considération le salaire qu'une femme en bonne santé peut percevoir dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services. Ce mode de faire n'est pas critiqué par la recourante. Celle-ci reproche cependant à l'OAI de ne pas avoir déterminé son revenu avec invalidité en lui appliquant un taux d'abattement qui, selon elle, devrait être arrêté à 25 % compte tenu de son âge, de sa brève expérience professionnelle, de son titre de séjour, de ses difficultés linguistiques, de son analphabétisme et de son trouble de l'adaptation.

En réalité, dans la mesure où le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité de la recourante ont été établis au moyen de l'ESS, les éventuelles circonstances justifiant l'application d'un taux d'abattement doivent être prises en compte dans la même mesure (cf. consid. 7d supra). En d'autres termes, même à suivre la recourante, son taux d'invalidité demeurerait inchangé. En effet, son revenu sans invalidité s'élèverait à 38'843 fr. 55 (51'791 fr. 40 x 75 %) et son revenu avec invalidité à 29'132 fr. 66 (38'843 fr. 55 x 75 %), ce qui porterait sa perte de gain à 25 %, taux insuffisant à ouvrir le droit à une rente

d'invalidité. En tout état de cause, force est de constater que la situation de la recourante ne présente pas de spécificités telles qu'un taux d'abattement devrait être imputé à son revenu avec invalidité. En particulier, une éventuelle diminution de rendement telle qu'évoquée par le Dr T._____ ne serait due qu'au contexte dans lequel évolue l'assurée de sorte qu'elle ne peut être retenue. L'absence de formation de la recourante n'est pas un obstacle dans la mesure où l'activité considérée constitue une activité non qualifiée dans le domaine de la production et des services, la table de l'Office fédéral de la statistique prenant déjà en compte cette question (TF 9C_458/2018 du 17 octobre 2018 consid. 4.1 ; TF 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 8.6 ; TF 9C_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 4.3). L'âge de la recourante, [...] ans à la date à laquelle l'expertise psychiatrique a été rendue (ATF 138 V 457 consid. 3.3), n'est pas suffisant à admettre qu'il constituerait un facteur déterminant et nécessiterait une approche particulière (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 ; TF 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4.2 ; TFA I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références citées). La nationalité de la recourante, au bénéfice d'un permis B, n'est pas non plus pertinente à cet égard. La courte durée de l'activité lucrative exercée par la recourante en Suisse, son manque de formation et ses difficultés linguistiques ne constituent pas des critères déterminants pour fixer un taux d'abattement. Enfin, le trouble de l'adaptation invoqué par l'assurée n'a pas été retenu comme incapacitant par l'expertise psychiatrique du 29 octobre 2017 de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

9. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise ou par l'audition de cette dernière. En effet, de 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 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

10. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision du 30 novembre 2018 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'espèce, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat et de 110 fr. pour un avocat-stagiaire (art. 2 al. 1 let. a et b RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

En l'occurrence, la recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Pierre Ventura à compter du 21 janvier 2019. Ce dernier a

produit une liste des opérations, datée du 19 juin 2019, faisant état de 5,7 heures consacrées à la défense de la recourante (5,6 heures par un avocat breveté et 0,1 heure par un avocat-stagiaire), ainsi que 107 fr. 80 de débours. Conformément à l'art. 11 al. 3 du Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 (TFJDA ; BLV 173.36.5.1), les débours sont fixés forfaitairement, sauf circonstances exceptionnelles, à 5 % de la participation aux honoraires (hors taxe). Il convient dès lors d'octroyer à Me Ventura un montant total de 1'152 fr. 35 (1'008 fr. + 11 fr. + 50 fr. 95 + 82 fr. 40 [TVA à 7.7 %]) pour l'ensemble de ses activités dans la présente affaire.

Cette rémunération sera provisoirement supportée par le canton. La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 30 novembre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- 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 Pierre Ventura, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'152 fr. 35 (mille cent cinquante-deux francs et trente-cinq 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 à :

- Me Pierre Ventura (pour l. _____),
- 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 :