

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 décembre 2020

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Pasche et Dessaux, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante, représentée par Me Claudio Venturelli, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 17 al. 1, 43 al. 1 et 61 let. c - d LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissante portugaise, Z. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mariée et mère de deux filles (nées en [...] et [...]). Sans formation professionnelle, elle travaillait, depuis le 1^{er} septembre 1994, en tant qu'auxiliaire en reliure pour le compte de la société W. _____ SA au [...]. Du 1^{er} avril 1997 au 31 décembre 1998, elle a accompli des nettoyages le soir auprès de l'entreprise C. _____ SA, à [...]. Elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 17 novembre 1998, tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi que de mesures de reclassement en raison d'une épicondylite et d'une épitrochléite du coude droit.

Par décisions rendues les 16 et 23 septembre 2003, confirmées sur opposition le 12 août 2004, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a accordé à l'assurée une rente d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} janvier 1999 au 30 novembre 2000 (rente entière) puis du 1^{er} décembre 2000 au 30 septembre 2002 (demi-rente).

Par jugement du 9 novembre 2005, le Tribunal des assurances du canton de Vaud (TASS) a confirmé la décision sur opposition du 12 août 2004.

B. a) Z. _____ a travaillé en dernier lieu à temps partiel (60 %) comme accompagnatrice (aide-soignante et femme de ménage) auprès de personnes âgées. A l'arrêt de travail depuis le 6 août 2012, elle a déposé une seconde demande de prestations AI le 18 juin 2013, faisant état d'une spondylarthropathie inflammatoire ainsi que d'une discopathie avec protrusion discale.

Par décision du 26 janvier 2015, l'OAI a refusé le droit à une rente d'invalidité, au motif que le degré d'invalidité (8.08 %), calculé

d'après la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, était insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.

Par arrêt du 7 avril 2015, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) a admis le recours déposé le 26 février 2015 par l'intéressée, annulé la décision attaquée, en renvoyant le dossier à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical, sous la forme d'une expertise rhumatologique et psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) et devant tenir compte de la jurisprudence fédérale contenue à l'ATF 141 V 281.

b) Reprenant l'instruction du cas, l'OAI a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire de l'assurée au Centre médical d'expertises D. _____ SA, à [...]. Les Drs M. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, V. _____, spécialiste en médecine interne générale, et Q. _____, spécialiste en rhumatologie, ont établi leur rapport le 3 mai 2018 ainsi qu'un complément du 5 novembre 2018. Ces experts ont posé le diagnostic incapacitant de lombalgies mécaniques associées à une arthrose postérieure sans irradiation neurologique. Ils ont fait état d'une capacité de travail de l'explorée nulle dans son activité habituelle dès le 10 décembre 2012, et d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, depuis le 18 février 2014, aux limitations fonctionnelles retenues (à savoir, pas de port ponctuel de charges supérieures à dix kilos et en continu à cinq kilos, ni de porte-à-faux avant ni de piétinement de plus de dix minutes, position assise limitée à vingt minutes [avec changement de position régulier], marche limitée à dix minutes [distance centre d'expertise-gare], position à genoux ou accroupie ponctuelle, et possibilité de mouvements au-dessus de la ligne des épaules).

Faisant siennes les constatations et conclusions de ce rapport d'expertise pluridisciplinaire, le service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, sous la plume du Dr F. _____, a estimé que si l'activité antérieure n'était plus exigible dès le 10 décembre 2012, la

capacité de travail était toutefois entière dans une activité adaptée depuis le 18 février 2014. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : « activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions, sans manipulations de charges de plus de 5 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur une échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, sans conduite de véhicule, sans usage de machine dangereuse et/ou vibrante, activité en milieu tempéré, à heures fixes et répartie sur 5 jours ouvrables » (cf. avis du 3 décembre 2018 du SMR).

Par projet de décision du 10 décembre 2018 qui « annule et remplace [sa] décision du 26 janvier 2015 », l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui reconnaître le droit à un trois-quarts de rente du 1^{er} décembre 2013 au 31 mai 2014, sur la base d'un degré d'invalidité de 62 %.

L'OAI, pour lui la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS/AI, a versé à l'assurée un trois-quarts de rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2013 au 31 mai 2014 (décision du 10 avril 2020). On extrait en particulier ce qui suit de la motivation de cette décision d'octroi de rente d'invalidité :

“Résultat de nos constatations :

[...] Selon les renseignements en notre possession, sans qualification professionnelle, Madame Z._____ a travaillé en tant qu'accompagnatrice pour personnes âgées (femme de ménage et aide-soignante) à un taux de 60% depuis 2003, auprès de particuliers.

Pour des raisons de santé, elle présente une incapacité de travail sans interruption notable depuis décembre 2012. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai de carence d'une année.

A l'échéance du délai en question, soit au 1^{er} décembre 2013, et après un examen complet de son dossier, nous constatons qu'elle

présente une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité professionnelle.

Quant à sa part ménagère, selon l'enquête réalisée à son domicile, elle présente un degré d'empêchement dans la tenue de son ménage qui s'élève à 5.20%.

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	60%	100%	60.00%
ménagère	40%	5.20%	2.08%
Taux d'invalidité global :			62.08%

Le degré d'invalidité étant de 62%, ce dernier donne droit à trois quarts de rente depuis le 1^{er} décembre 2013.

Depuis le 18 février 2014, Madame Z. _____ présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, comprenant les limitations fonctionnelles suivantes : Activité légère, sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'alternance des positions, sans manipulations de charges de plus de 5 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genou et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les mains au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, sans conduite de véhicule, sans usage de machine dangereuse et/ou vibrante, activité en milieu tempéré, à heures fixes et répartie sur 5 jours ouvrables.

Pour pouvoir déterminer le nouveau degré d'invalidité, nous devons évaluer le préjudice économique subi.

A noter que jusqu'au 31 décembre 2017 le préjudice économique se calcule en comparant le revenu qui peut être réalis[é] en bonne santé, soit à 60%, avec celui auquel on pourrait prétendre dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

Pour ce faire, il convient de comparer le revenu que Madame Z. _____ aurait pu réaliser en bonne santé, soit CHF 32'544.51 à 60% en 2014, avec celui auquel elle pourrait prétendre dans une activité adaptée à son atteinte.

Dans sa situation, étant donné qu'elle n'a pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer son revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine social, tel/telles qu'auxiliaire en garderie, auxiliaire en EMS, dame de compagnie ou surveillante en cantine scolaire, est de CHF 32'544.51 à 60% en 2014.

Par ailleurs, ses limitations fonctionnelles justifient d'appliquer un abattement de 10% sur le salaire statistique précité. Son revenu d'invalidité est donc de CHF 29'290.05.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé (à 60%)	CHF	32'544.51
Revenu avec atteinte à la santé (à 60%)	CHF	29'290.05
Perte de revenu	CHF	3'254.46
Degré d'invalidité		10%

Quant à sa part ménagère, le degré d'empêchement dans la tenue de son ménage reste inchangé.

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	60%	10%	6.00%
ménagère	40%	5.20%	2.08%
Taux d'invalidité global :			8.08%

Au vu de ce qui précède, un degré d'invalidité de 8% étant inférieur à 40%, le droit à la rente prend fin au 31 mai 2014, soit après une période de trois mois en vertu de l'article 88 a, al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201].

S'agissant du droit aux mesures professionnelles, celui-ci existe si, malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible qui ne nécessite pas de formation particulière, le manque à gagner durable est encore de 20% au moins, ce qui n'est pas le cas de Madame Z._____. Toutefois une aide au placement peut être octroyée, sur simple demande écrite ultérieure de sa part.

Depuis le 1er janvier 2018 est entrée en vigueur une nouvelle méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères (art. 27bis RAI).

Désormais, pour évaluer le taux d'invalidité dans la part active, nous devons nous baser sur un taux d'occupation théorique de 100%, quel que soit le taux de travail réellement exercé avant l'atteinte à la santé.

Dans la situation de Madame Z._____, ce changement de calcul n'engendre aucune modification de son degré d'invalidité qui reste à 8.08%. [...]"

C. Z._____, représentée par Me Claudio Venturelli, a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte déposé le 18 mai 2020 en concluant à sa réforme, en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité lui est allouée dès le 1^{er} décembre 2013. Subsidiairement, elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants. En substance, la

recourante reproche d'une part à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'expertise du D. _____ en lui préférant les conclusions d'une expertise privée confiée au Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui retient une capacité résiduelle de travail de 50 % au maximum dans une activité adaptée depuis 2014. S'agissant du statut active / ménagère retenu, elle fait valoir qu'en bonne santé elle aurait exercé un emploi à temps complet. A défaut d'admettre un statut d'active à 100 %, elle rediscute les empêchements ressortant d'une enquête ménagère de mars 2014 au motif qu'ils sont contredits par les constats médicaux des experts mandatés, notamment par le Dr X. _____.

En annexe à son acte de recours, elle a produit un rapport d'expertise privée du 2 mars 2020, avec complément du 23 mars 2020, réalisé par le Dr X. _____. Sur la base du dossier médical mis à sa disposition, du bilan radiologique communiqué par l'explorée ainsi que de son propre examen clinique du 22 février 2020, cet expert a posé les diagnostics incapacitants de fibromyalgie (2013), de rachialgies chroniques (2012) et d'un syndrome sous-acromial de l'épaule droite avec probable tendinopathie du sus-épineux et du long chef biceps (2020). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a diagnostiqué un probable état dépressif. Le rendement de la recourante était fortement limité (nécessité de pauses fréquentes) en raison de la fibromyalgie engendrant des douleurs polyarticulaires, associées à un état de fatigue important et un sommeil fortement perturbé. L'expert privé a estimé, pour sa part, que si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, elle était par contre de 50 % dans une activité adaptée depuis 2014, respectant les limitations fonctionnelles retenues (à savoir, sans déplacement fréquent, ni montée ou descente d'escaliers, sans ports ou soulèvements de charges de plus de sept kilos, ni poussées ou tirages de charges supérieures à dix kilos, pas de position debout stationnaire [plus de trente minutes], et pas de travail les bras au-dessus de la tête, ni en genuflexion). Enfin, la recourante demande l'octroi de dépens mis à la charge de l'assureur social incluant les frais de l'expertise privée pour un montant de 5'400 fr., selon la facture présentée par le Dr X. _____.

Dans sa réponse du 14 juillet 2020, l'OAI a maintenu son point de vue en ce qui concerne le statut en renvoyant à ses explications précédentes. Au plan médical, l'intimé informe suivre les conclusions de l'expertise du Dr X._____ admettant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par cet expert, dès le mois d'août 2013, au vu de l'atteinte cervicale dont le D._____ n'a pas tenu compte dans le cadre de son évaluation. En annexe à son écriture, l'OAI a joint un avis « audition » du 1^{er} juillet 2020 du Dr P._____, du SMR, auquel il se ralliait, et dont on extrait ce qui suit :

“[...] Concernant le diagnostic de fibromyalgie : A l'évidence l'assurée présente un trouble douloureux chronique avec plaintes douloureuses multiples, dont certaines sont bien expliquées par des atteintes objectives et d'autres pas. Peu importe le diagnostic que l'on peut donner à ce type de trouble (tel que fibromyalgie ou trouble somatoforme) il s'agit depuis l'arrêt TFA [Tribunal fédéral des assurances] de 2015 d'évaluer les empêchements et les ressources en présence et de les intégrer dans une vision globale qui dépasse le cadre plus strict des atteintes objectivables. Les experts D._____ ont procédé à une telle appréciation (cf. point 4.5, page 4). Le Dr X._____ a fait de même, mais en utilisant des tests fonctionnels. J'ignore quel est le poids donné par la jurisprudence à l'une ou l'autre façon de faire.

Concernant l'atteinte psychique supposée par l'avocat : Cette suspicion repose sur des diagnostics de probabilité émis par les Dr[s] T._____ et X._____ et un test fait par le premier. Une expertise psychiatrique fait partie de l'expertise D._____ ; l'expert psychiatre a procédé à un examen complet et conclu à l'absence d'atteinte psychique invalidante. La valeur de cet examen l'emporte très largement sur des suspicions émis[es] par des non-psychiatres et un test succinct tel que le PrimeMD.

Concernant la valeur probante de l'expertise D._____ : Comme mentionné plus haut : Je constate une lacune importante, à savoir la description de plaintes concernant la région cervicale, le constat d'anomalies objectives à l'examen clinique, mais néanmoins l'absence de mention de cette pathologie cervicale bien documentée et connue depuis avant la décision du 26.01.2015 et la suppression de limitations fonctionnelles concernant le rachis cervical retenues dans l'examen rhumatologique du 19.12.2014 au SMR.

Concernant le statut d'active/ménagère de l'assurée : La détermination de ce statut n'est pas de ma compétence, c'est une question administrative.

Proposition :

Compte tenu de ce qui précède je vois deux options :

1. Refaire une expertise rhumatologique.
2. Donner crédit aux expertises du Dr X. _____ et admettre la capacité de travail de 50% depuis août 2013.

Je propose d'admettre l'option 2. Dans l'examen clinique au SMR de décembre 2014 cette date d'août 2013 est mentionnée, basée sur un rapport du Dr K. _____ du 05.08.2013 et un rapport de la Dresse N. _____ du 26.06.2014. Je constate que dans le rapport du 05.08.2013 le Dr K. _____ avait retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, mais dans son rapport il n'avait pas encore tenu compte d'une atteinte cervicale. Dans le rapport de la Dresse N. _____ du 26.06.2014 figure l'atteinte cervicale, mais pas de détermination de la capacité de travail. Dans le rapport complémentaire du 25.08.2014 ce médecin a retenu la capacité de travail maximale de 50% dans une activité adaptée."

Au terme d'un échange d'écritures des 17 août, 16 et 30 septembre 2020, les parties ont admis que la recourante présentait sur le plan médical une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. La recourante a requis le calcul de son degré d'invalidité sur la base des nouveaux éléments admis en l'état pour lui permettre de se déterminer à ce sujet. De son côté, l'intimé a informé ne pas disposer des « éléments nécessaires pour réaliser le calcul dont il s'agit ».

E n d r o i t :

1. a) La LPGA 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, vu la situation extraordinaire en lien avec le coronavirus, le Conseil fédéral a fait usage de sa compétence pour prolonger les fêtes judiciaires pascales telles que prévues par l'art. 38 al. 4 let. a LPGA, et les a fixées du 21 mars au 19 avril 2020 (ordonnance du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et

administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus [COVID-19] ; RS 173.110.4). Le recours a ainsi été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Il respecte par ailleurs les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte que le recours est recevable.

2. Le litige porte sur l'octroi à la recourante d'une rente d'invalidité sans limitation dans le temps.

A noter que la recourante a conclu à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2013 alors que l'OAI lui a alloué un trois-quarts de rente depuis cette date. Il s'agit à l'évidence d'une erreur manifeste qui peut être corrigée d'office conformément à l'art. 61 let. d LPGA.

3. Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la

capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. *A contrario*, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI).

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

c) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

d) 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

5. a) En l'espèce, l'autorité intimée a alloué un trois-quarts de rente du 1^{er} décembre 2013 au 31 mai 2014, au motif que la recourante ne justifie plus aucune incapacité de travail dans une activité adaptée depuis le 18 février 2014. Cette décision se base sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 3 mai 2018 des médecins du D.____ (cf. avis médical du 3 décembre 2018 du Dr F.____).

De son côté, la recourante conteste disposer d'une capacité de travail résiduelle telle que prise en compte par l'intimé dans sa décision. Dans un premier moyen, elle plaide que l'évaluation du D.____ est contredite par les conclusions du rapport de l'expertise privée du Dr X.____. A suivre la recourante, il se justifie de retenir une capacité résiduelle de travail de 50 % au maximum dans une activité adaptée lui ouvrant le droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} décembre 2013.

Aux termes de sa réponse du 14 juillet 2020, se ralliant à l'avis du Dr P._____, du SMR, qu'il produit, l'OAI convient de « suivre les conclusions du Dr X._____ admettant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par cet expert (cf. pp. 30 à 32 du rapport d'expertise) dès le mois d'août 2013 ». L'OAI admet une lacune d'instruction sur le plan médical, au vu de l'atteinte cervicale dont le D._____ n'a pas tenu compte dans son évaluation.

b) L'expertise pluridisciplinaire (de psychiatrie, médecine interne générale et rhumatologie) confiée au D._____ par l'OAI a retenu le diagnostic incapacitant de lombalgies mécaniques associées à une arthrose postérieure sans irradiation neurologique ; les experts ont unanimement estimé que si la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle dès le 10 décembre 2012, elle était toutefois entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles mises en évidence depuis le 28 février 2014. Dans l'expertise du D._____ du 3 mai 2018 des plaintes sont relatées au niveau de la nuque, une douleur déclenchée lors de l'extension du rachis cervical à vingt degrés, une contracture à la palpation des deux trapèzes droit et gauche, ainsi que des douleurs à la palpation des muscles para-vertébraux lombaires, de même que les constatations d'imagerie qui mettent en évidence une discopathie de C4 à C7 prédominant en C5-C6. Malgré ces éléments, les experts n'ont pas retenu d'atteinte à la santé incapacitante mais ils ont conclu à un syndrome cervico-brachial droit d'origine indéterminée. Les experts n'ont par ailleurs pas posé le diagnostic de fibromyalgie.

L'expertise privée du Dr X._____ porte sur l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante. Il a explicité ses diagnostics et motivé l'évaluation de la répercussion des atteintes sur la capacité de travail. Ainsi, au moment d'apprécier la situation, l'expert privé a émis les considérations suivantes (rapport du 2 mars 2020 p. 42 et p. 43) :

“Madame Z._____ présente une longue histoire de rachialgies, se décompensant en 2012. A l'époque, une IRM [imagerie par

résonance magnétique] a été effectuée, suivie d'une IRM du corps entier, laissant planer le doute quant à une spondylarthropathie séronégative, sans que l'anamnèse soit réellement franche. Néanmoins, contrairement à ce que les experts de D._____ ont indiqué dans leur expertise « le compte rendu précise très clairement qu'il s'agit de séquelles érosives sans inflammation », le Prof. R._____ a noté dans son rapport de l'IRM du corps entier avec une « forte inflammation (...) autour C5-C6 du côté gauche, associée à une importante uncarthrose en poussée congestive (...) une lésion érosive du listel antéro-inférieur de D8. (...) des érosions marginales antéro-supérieures au niveau des antheses du ligament longitudinal antérieur au niveau (...) L3, L4, L5. (...) des lésions d'allure érosive de la berge iliaque de l'articulation sacro-iliaque gauche. (...) Le tout est compatible avec des lésions séquellaires dans le cadre d'une spondylarthropathie inflammatoire ». (69) Un essai de traitement par anti-TNF a été tenté sans succès, et le diagnostic de maladie rhumatismale active a finalement été infirmé par le professeur A._____ en 2014. Des approches stationnaires ont été réalisées au CHUV, permettant d'étayer le diagnostic de fibromyalgie par la Dre N._____.

Actuellement, les plaintes ne concernent plus seulement le rachis, mais aussi les articulations périphériques, faisant évoquer une fibromyalgie, non reconnue par le Dr E._____ dans son expertise, ni par le D._____ qui ne la mentionne même pas. De notre côté, ce diagnostic est toujours retenu, en faisant référence à la définition de la fibromyalgie selon le questionnaire Excerpt reconnu depuis 2011 par l'ACR (American College of Rheumatology) comme les critères actuels pour faire le diagnostic de la fibromyalgie. [...]

De plus, dans la présente expertise, on garde toujours une suspicion d'un état anxiodépressif grâce au questionnaire validant la sévérité des plaintes, mais on est frappé chez D._____ par l'absence d'outil pour étayer cette sphère de plaintes. On exclut une psychose. Il est clair que cette situation de douleur et de souffrance a un important impact dans ce syndrome douloureux chronique et son apport à l'incapacité de travail. Car comme en 2015, l'évaluation des capacités fonctionnelles montre une baisse du rendement avec un seuil de rendement très faible malgré un bon investissement global. Face à cette constatation, nous avons des difficultés à comprendre une exigibilité de 100% dans une activité adaptée. Dans la situation actuelle, prenant en compte la situation physique, les plaintes de la personne et l'évaluation des capacités fonctionnelles, nous nous trouvons face à une capacité de travail de 50%."

Dans le complément d'expertise du 23 mars 2020 adressé au représentant de la recourante, le Dr X._____ a notamment écrit ce qui suit :

"[...]

P4

4.3 Constatations/diagnostics d'élément ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

« Du point de vue rhumatologique les limitations fonctionnelles sont les suivantes :
pas de charge supérieure à 10 kilos ponctuellement et 5 kilos en continu, pas de porte-à-faux avant, pas de piétinement de plus de 10 minutes, position assise limitée à 20 minutes avec changement de position régulier, marche limitée à 10 minutes (distance centre d'expertise-gare), position à genoux ou accroupie possible ponctuellement, possibilité de mouvement au-dessus de la ligne des épaules. »

[...]

P12

« Son problème douloureux est plutôt au niveau des cervicales, des deux trapèzes et du rachis lombaire avec des douleurs continues. Sur une échelle de 1 à 10, cela se situe à 8 à 9 en continu avec des recrudescences à 10 (...). Elle a une irradiation au niveau fessier droit avec, occasionnellement des fourmillements à la cuisse droite. (...) Depuis décembre 2017, elle a des fourmillements à la main gauche, surtout la nuit. »

P13

« Troubles du sommeil avec réveils fréquents traités par Limbitrol. Troubles de la mémoire et de la concentration. Céphalées chroniques de type migraineux dans sa jeunesse, actuellement depuis la ménopause, elle a des céphalées plutôt de type tensionnel. Vertiges orthostatiques occasionnels. »

P18

« Les autres douleurs siègent au rachis cervical, aux deux épaules, aux deux coudes, aux mains, rarement aux membres inférieurs. Elles sont totalement aléatoires, peuvent survenir soit le matin soit dans l'après-midi, soit en fin d'après-midi mais rarement la nuit. Il y a des jours sans aucune douleur et des jours avec des douleurs toute la journée mais elles sont parfois importantes. »

c) Au regard du rapport d'expertise privée réalisée par le Dr X._____, qui a pleine valeur probante, il y a donc lieu d'admettre, comme en conviennent les parties, que si la capacité de travail de la recourante est nulle dans son ancienne activité d'aide-soignante et de femme de ménage, elle est par contre de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis 2014. On précisera que la date d'août 2013 évoquée par l'intimé dans sa réponse, et qui figure déjà dans un rapport d'examen clinique rhumatologique au SMR de décembre 2014 (pièce 183 p. 11), ne peut être retenue en tant que date de changement déterminant (amélioration) pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations. En effet, cette date correspond à un rapport du 5 août 2013 du Dr K._____, spécialiste en rhumatologie, (pièce 133) qui retient une « activité entière dans une activité adaptée », mais sans toutefois mentionner l'atteinte cervicale incapacitante, et n'est donc pas

déterminant. Il ressort des pièces au dossier que l'assurée est suivie par la Dre N. _____ depuis la fin du mois de décembre 2013. Le 26 juin 2014, la Dre N. _____ a attesté la présence de lésions dégénératives cervicales et lombaires. Elle a établi une liste de limitations fonctionnelles liées à ces atteintes rachidiennes (activité adaptée légère, plutôt sédentaire) et a retenu une capacité de travail de 50 % maximum (cf. rapport du 25 août 2014). Finalement, le SMR a posé, le 19 décembre 2014, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies sur troubles statiques (scoliose dorsolombaire en S inversée, compensée) et dégénératifs (discrète protrusion discale circonférentielles L3-L4 et L5-S1, protrusion discale paramédiane D L4-L5) sans radiculopathie (M54.5) et de cervicalgies basses sur discopathies C4 à C7, prédominant en C5-C6, avec hernie discale paramédiane gauche à ce niveau et modification inflammatoire en miroir de type MODIC 1, sans radiculopathie (M47.8). Il a attesté les limitations fonctionnelles suivantes : (*rachis cervical*) éviter les activités avec flexion-extension ou rotation axiale répétée de la nuque, éviter les activités avec les bras au-dessus de la tête, éviter le port de charges supérieures à dix kilos et de manière répétitive supérieures à cinq kilos ; (*rachis lombaire*) limitation du port de charges idem colonne cervicale, éviter les positions en porte-à-faux, activité autorisant l'alternance de la position assise et debout. Il s'ensuit qu'en se fondant sur le rapport du Dr X. _____ qui retient une capacité de travail de 50 % depuis 2014 et les examens de la Dre N. _____ qui constate des atteintes aux cervicales début 2014, il est hautement vraisemblable que la recourante a retrouvé une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée en février 2014 et que la date du 18 février 2014 retenue par le D. _____ ainsi que par l'OAI dans sa décision litigieuse peut être maintenue au lieu de celle du 5 août 2013 qui ne tient pas compte des atteintes cervicales.

6. a) En l'occurrence, la répartition active / ménagère retenue et qui a conduit à l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité dans la décision attaquée fait débat.

b) 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.

aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

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

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16

LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI).

c) 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).

d) aa) L'office intimé a retenu que la recourante présentait un statut mixte d'active à 60 % et de ménagère à 40 %.

De son côté, la recourante soutient que son statut est en réalité 100 % active. Elle plaide que, sans atteinte à la santé, elle aurait repris l'exercice d'une activité lucrative à plein temps. Elle en veut pour preuve son inscription au chômage, le 2 mai 2011, comme demandeuse

d'emploi à 100 % ainsi que la recherche d'une activité à plein temps entre décembre 2012 et mai 2013 mentionnée dans la formule du 18 juin 2013.

bb) Il n'y a pas lieu de remettre en cause le raisonnement qui a conduit l'intimé à conclure, dans le cas particulier, à l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. En effet, dans le rapport d'une enquête économique sur le ménage effectuée le 18 mars 2014 (pièce 162), il est notamment écrit ce qui suit :

"5 - Statut

Sans handicap, une activité lucrative serait-elle exercée à ce jour ?
Oui

Sur le formulaire de détermination de statut complété le 05 juillet 2013, l'assuré(e) indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 60 %, par nécessité financière depuis actuellement.

Le jour de l'entretien, l'assurée précise que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 60 % pour des raisons financières depuis 2009. Soit depuis qu'elle a augmenté son taux d'activité.

Ce pourcentage lui permet de se conserver du temps pour l'éducation de sa fille et gérer ses activité[s] ménagères.

Motivation du statut :

L'assurée vit en Suisse depuis [...] au bénéfice d'un permis C.
Madame Z. _____ est mariée depuis [...], mère d'une jeune fille de [...] ans.

L'âge de cette dernière permet à l'intéressée de travailler à ce taux d'activité.

La fillette est autonome pour ses trajets, a la capacité de manger seule à midi en cas de nécessité.

Statut proposé par l'enquêtrice :

60% ACTIVE ET 40% MENAGERE"

Aucun indice n'est propre à remettre en cause l'appréciation de l'OAI, étant observé que, si elle a bien travaillé à plein temps avant 1998, à cette époque, l'assurée n'était pas encore maman d'une seconde fille, née en [...]. De plus, à la lecture de l'extrait de compte individuel (CI) AVS le plus récent (pièce 124), force est de constater que depuis en tout cas l'an 2000, l'intéressée a cumulé parfois plusieurs emplois mais compte tenu des salaires réalisés, jamais pour un plein temps. Dans ces conditions, la recourante ne peut pas être suivie dans ses explications.

e) La recourante critique encore l'empêchement de 5,2 % sur la part ménagère de 40 %, au motif que l'enquête ménagère au dossier « repose quoi qu'il en soit sur des bases erronées » au vu des limitations fonctionnelles retenues par les divers médecins, en particulier le Dr X. _____ dans sa dernière expertise.

aa) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante admis que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4. 2 et les références citées ; TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.3 et les références citées). A certaines conditions particulières, il est possible de prendre en considération l'incapacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité. La mesure de ce qu'il y a lieu de considérer comme des effets dommageables doit toujours être examinée à la lumière des circonstances concrètes du cas particulier, mais ne saurait dépasser, en tout état de

cause, 15 % (ATF 137 V 334 consid. 4.3 et 134 V 9; voir également TFA I 156/2004 du 13 décembre 2005, consid. 6.2, *in* SVR 2006 IV n°42 p. 151, et TF 9C_713/2007 du 8 août 2008, consid. 4).

bb) L'enquête économique sur le ménage a été réalisée le 18 mars 2014 au domicile de l'assurée, soit à une période où les atteintes cervicales étaient déjà connues et les limitations fonctionnelles liées à ces atteintes déjà présentes. Concluant à une entrave dans l'accomplissement des travaux habituels de 5,2 %, l'enquêtrice évaluait notamment des empêchements pondérés de 1,8 % pour l'accomplissement de la tâche « 8.2 Alimentation » et de 3,4 % pour « 8.3 Entretien du logement ». Ses explications et motivations étaient les suivantes (pièce 162 p. 7 s.) :

“8.1 Conduite du ménage

Avant l'atteinte, l'assurée s'occupait de planifier et organiser la répartition de la totalité des tâches ménagères.

Depuis l'atteinte, idem pas de limitation.

8.2 Alimentation

Avant l'atteinte, l'assurée gérait la totalité des activités liées à ce poste pour préparer 3 repas quotidiens pour 3 personnes. Le nettoyage des plans de travail, les rangements quotidiens et le nettoyage de la vaisselle se font par Madame Z._____. Cette dernière préparait des provisions (confitures).

Les invitations sont décrites comme régulières.

Depuis l'atteinte, l'assurée prépare et cuisine 3x/jour les repas pour la famille.

Sollicitation de l'époux pour la vidange des casseroles (port de charge) et la fille pour le chargement/déchargement du lave-vaisselle. Plus de provisions.

Les rangements et nettoyages quotidiens sont effectués en famille.

Les invitations sont moins régulières et sont réalisées de façon simplifiée comme par ex. : une fondue ou achète des mets cuisinés.

L'aide raisonnablement exigible de la part de l'époux/de la fille concernant les divers ports de charge et le rangement du lave-vaisselle (panier du bas pour les objets lourds et encombrants, nettoyages et rangements) a été prise en compte dans le calcul des empêchements.

8.3 Entretien du logement

Avant l'atteinte, Madame Z._____ s'occupe de l'entretien des sanitaires et des sols, prend la poussière. Les déplacements des meubles se font avec l'aide de l'époux. Monsieur collabore de manière ponctuelle aux grands nettoyages. L'assurée gère la réfection et le changement de literie des lits.

Depuis l'atteinte, l'assurée explique avoir été contrainte d'adapter ses exigences, s'occupe de l'entretien des sanitaires et des sols de manière fractionnée.

La prise de la poussière pour les endroits en hauteur ou inaccessibles est effectuée[e] par l'époux, à hauteur par Madame Z._____.

Le déplacement des meubles est effectué par l'époux.

Les grands nettoyages et l'entretien des vitres sont effectués par l'époux.

La réfection du lit de la fille est effectuée par cette dernière.

Le changement de literie est effectué avec l'aide de l'époux.

L'aide raisonnablement exigible de la part de l'époux/de la fille concernant la prise de la poussière dans les endroits inaccessibles ou en hauteur et inaccessibles, une partie des grands nettoyages et l'aide partielle pour la réfection du lit a été prise en compte dans le calcul des empêchements.

8.4 Emplettes et courses diverses

Avant l'atteinte, l'assurée s'occupait de la gestion globale des achats divers. Allait seule effectuer ses achats au supermarché en compagnie de sa fille. Les tâches administratives étaient gérées par l'époux.

Depuis l'atteinte, l'assurée s'occupe de la gestion des réserves de nourriture, compose sa liste. Cette dernière se rend au magasin avec son époux, ce dernier dépose les achats lourds et volumineux dans le chariot, Madame peut porter des petites choses. Le chargement/déchargement et le port des courses sont à la charge du mari. Idem pour le transport jusqu'à l'appartement.

Le rangement des emballages dans les placards au retour à domicile est effectué ensemble par le couple, l'assurée peut ranger les courses légères à sa hauteur. Les achats de vêtements se font en commun. L'époux gère les services administratifs sans lien avec l'atteinte.

L'aide raisonnablement exigible de la part de l'époux/de la fille concernant la participation aux achats et le port de charge a été prise en compte dans le calcul des empêchements.

8.5 Lessive et entretien des vêtements

Avant l'atteinte, l'assurée gérait la globalité des activités liées à l'entretien du linge.

4 machines/sem. (habits de travail de l'époux)

Depuis l'atteinte l'assurée gère le tri du linge, environ 4 machines/sem., Madame Z._____ programme les lessives et charge le linge dans la machine à laver qui se trouve à l'appartement. Le déchargement du linge est fait par l'époux. Le linge est transporté à la buanderie au sous-sol par le mari pour le séchage sur l'étendage (soufflerie) en hauteur, pour les grandes pièces de linge. L'assurée, afin de réduire le dommage, fait aussi des demi-machines avec des vêtements plus légers, cette dernière a la possibilité de vider alors seule la machine.

Le repassage est effectué par Madame Z._____ « les bons jours » et pour le strict minimum.

L'aide raisonnablement exigible de la part de l'époux concernant le transport et l'étendage du linge a été prise en compte dans le calcul des empêchements.

8.6 Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille

Avant l'atteinte, Madame Z._____ aidait sa fille pour les devoirs, assistait aux réunions de parents et aux diverses sollicitations organisées par l'école, accompagnait sa fille à l'extérieur pour les

sorties sportives et autres. La fille était autonome pour les trajets à l'école.

Le couple fixe les règles et gère l'éducation de la fille.

Depuis l'atteinte, l'assurée coache sa fille pour les devoirs et l'accompagne en voiture, parfois en bus, pour le patinage. La conduite automobile est décrite comme « peu douloureuse ».

Le couple fixe les règles et gère l'éducation de la fille.

8.7 Divers

Avant l'atteinte, l'entretien des plantes d'intérieur était effectué par Madame Z._____ et cette dernière soignait également un lapin, nourriture et nettoyage de la cage.

Depuis l'atteinte, l'assurée peut effectuer l'entretien des plantes d'intérieur les jours où elle se sent bien y compris les rempotages (pas de grosses plantes).

Idem concernant les soins du lapin. La fille prend le relais en cas de nécessité.

L'aide raisonnablement exigible de la part de la fille concernant les soins ponctuels de l'animal a été prise en compte dans le calcul des empêchements.

[...]

Qui exécute les travaux ménagers que l'assuré(e), en raison de son invalidité, ne peut plus accomplir lui/elle-même ?

Nom, adresse, parenté, nature des travaux, heures de travail par semaine, rémunération et perte de gain (dûment prouvée) et subie par le tiers en raison de l'abandon ou de la diminution d'une autre activité

L'époux et la fille. Environ pour 1h les mauvais jours selon l'assurée."

cc) En l'espèce, aucun indice n'est propre à remettre en cause l'appréciation à laquelle s'est livrée l'enquêtrice de l'OAI. Cette enquêtrice qualifiée a eu connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps et a tenu compte des indications de l'assurée. En sus d'une analyse et de motifs détaillés mentionnés sous chacune des tâches ménagères, l'enquêtrice H._____ a pris également à raison en compte l'aide exigible de la part de l'époux et de la fille cadette (adolescente alors âgée de [...] ans) au titre de l'obligation de réduire le dommage. Son enquête a conclu à un empêchement significatif dans la tenue du ménage de 5,2 % au terme d'une analyse globale dont elle a dûment rendu compte.

Contrairement à ce que soutient la recourante, il n'existe aucune divergence entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à sa capacité d'accomplir les travaux habituels. Il y a donc lieu de s'en tenir au constat

d'un empêchement de 5,2 % sur la part ménagère de 40 %, conformément au rapport d'enquête ménagère rédigé le 26 mars 2014, lequel remplit les critères jurisprudentiels résumés ci-avant pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

7. Dans sa réponse du 14 juillet 2020, l'office intimé a admis que la recourante présentait sur le plan médical une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à compter du mois d'août 2013 au vu de l'atteinte cervicale dont il n'avait pas été tenu compte dans le cadre de son instruction. Par détermination du 16 septembre 2020, observant que la recourante avait requis le calcul de son degré d'invalidité sur la base des nouveaux éléments admis, l'intimé l'a informée ne pas disposer des « éléments nécessaires pour réaliser le calcul dont il s'agit ». Selon le principe inquisitoire, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Au vu des circonstances, il se justifie d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier à l'intimé pour que celui-ci fasse établir par ses services le calcul du taux d'invalidité en tenant compte d'une incapacité de travail totale dès le 10 décembre 2012 dans l'activité habituelle de la recourante et d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à compter du 18 février 2014, avant de rendre une nouvelle décision.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision après complément d'instruction sur le plan économique conformément aux considérants.

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 l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

d) La recourante requiert en outre l'octroi de dépens mis à la charge de l'assureur social comprenant les frais de l'expertise privée, selon la facture présentée par le Dr X. _____ d'un montant de 5'400 francs.

Selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (cf. ATF 135 V 473, 115 V 62 ; TF 8C_397/2014 du 27 avril 2015 consid. 7). En l'espèce, au vu de la lacune admise par l'OAI sur l'instruction menée par le D. _____, la production de l'expertise privée s'est révélée utile à la solution du litige sur le plan médical. Il se justifie par conséquent d'admettre la conclusion de la recourante tendant à la prise en charge de la note honoraires facturée par l'expert privé, soit 5'400 fr., ces frais d'expert faisant partie des dépens (cf. ATF 115 V 62 précité).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 10 avril 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction sur le plan économique au sens des considérants puis nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens, auxquels s'ajouteront les frais du rapport d'expertise du 2 mars 2020, avec complément du 23 mars 2020, du Dr X._____, par 5'400 fr. (cinq mille quatre cents francs).

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Claudio Venturelli (pour Z. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :