

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 mai 2021

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Brélaz Braillard et M. Piguët, juges
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante, représentée par PROCAP Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 28, 28a LAI, art. 27^{bis} et 69 RAI

E n f a i t :

A. a) W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère d'un enfant né en [...], est titulaire d'un CFC d'assistante d'hôtel.

Le 28 juin 2011, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en alléguant souffrir de dépendances, en particulier à l'alcool, de boulimie, de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et d'un trouble borderline.

Sur question de l'OAI, elle a indiqué le 2 août 2011 qu'en l'absence d'atteinte à la santé elle travaillerait à 50 % depuis 2000, en qualité de serveuse ou d'aide enseignante, ce par nécessité financière.

Par rapport du 25 septembre 2011, le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9). Les troubles mentaux et le trouble de comportement lié à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1), ainsi que la boulimie atypique (F50.3) n'influençaient quant à eux pas la capacité de travail. Le Dr T._____ a estimé que l'assurée présentait une capacité de travail nulle dans l'activité de serveuse, mais qu'au terme d'un accompagnement spécifique de réinsertion, une reprise de travail dans un autre domaine était possible.

Le 9 novembre 2011, le Dr C._____, médecin, a indiqué qu'un retour dans le milieu de la restauration n'était pas indiqué, en raison du risque d'une rechute de la consommation d'alcool et de la boulimie.

Dans un avis du 25 novembre 2011, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), soit pour lui le Dr

Z._____, a estimé que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité, son alcoolisme étant primaire.

Par décision du 27 janvier 2012, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Cette décision n'a pas été contestée et est entrée en force.

b) Le 16 juin 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, en se prévalant d'un syndrome d'Ehlers-Danlos.

Sur question de l'OAI, elle a indiqué qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux de 30 % depuis 2003, en tant que monitrice de devoirs surveillés, ce pour s'occuper l'esprit et par nécessité financière.

Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, le Dr N._____, chef de clinique à la consultation de médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier [...] ([...]), a indiqué, dans un rapport du 14 juillet 2015, que l'assurée présentait une incapacité totale de travail. Le Dr C._____ est parvenu à la même conclusion le 7 septembre 2015.

Par rapport du 6 novembre 2015, le Dr P._____, médecin praticien, a quant à lui retenu une exigibilité de 25 %, avec un rendement réduit selon les symptômes, lesquels consistaient en des douleurs périarticulaires et musculaires, de l'asthénie musculaire et respiratoire, ainsi que des troubles de la concentration.

Le 6 avril 2016, le Dr C._____ a fait état d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle et d'une capacité résiduelle de 20 % dans une activité adaptée. Ce constat a été partagé par le Dr P._____ le 28 avril 2016.

L'OAI a alors confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire à la Clinique [...] (ci-après : Clinique F._____). Aux

termes du rapport y relatif du 18 juillet 2017, les Dres [...] et [...], spécialistes en médecine interne générale et en rhumatologie, le Dr [...], spécialiste en neurologie, et le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics incapacitants de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) associé à un trouble psychotraumatique complexe (F43.8), de trouble obsessionnel compulsif avec rituels obsessionnels au premier plan (F42.1) et de syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée (syndrome d'Ehlers-Danlos de type III) (Q79.6). A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont noté une hyperphagie boulimique (F50.3), un syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente (F10.20), des troubles statiques du rachis, troubles dégénératifs débutants du rachis cervical bas, dysbalance musculaire globale, avec tendomyogélose et douleurs d'insertion multiples (M54.5), d'obésité (E66.9), de status après bypass gastrique en avril 2017, d'endométriose (N80.9), de rhinoconjonctivite et asthme allergique (J45.0), de dermatite atopique (L20.9) et de syndrome d'apnées du sommeil appareillé (G47.3). Les experts ont retenu une atteinte significative à la santé physique et psychique entraînant une incapacité de travail de 50 % et ce depuis une longue durée, au moins depuis le mois de juin 2011. La capacité résiduelle était de 50 % dans une activité adaptée, avec un rendement plein dans cette éventualité. A cet égard, seule une activité extrêmement légère permettant l'alternance des positions pouvait être envisagée, à savoir sans port de charge de plus 5 kg, d'accroupissements répétés, d'utilisation d'échelle ou d'escabeau, de marche sur terrain irrégulier, ou de position assise et debout prolongée ou sans encore, mobilisation des bras au-dessus de l'horizontal. Sur le plan psychiatrique, l'assurée rencontrait des difficultés à s'adapter aux règles, en raison de son intolérance à la frustration et à la hiérarchie. Vu le trouble de la personnalité avec comorbidité d'abus de substances, les métiers de la restauration étaient en outre peu adaptés.

Le 31 décembre 2018, le Dr T. _____ a expliqué que l'état psychique de l'assurée connaissait une évolution fluctuante, sans aucune stabilité. Actuellement, sa capacité de travail était nulle.

Egalement interpellé par l'OAI, le Dr P. _____ a réitéré, dans un rapport du 4 mars 2019, que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 20 % dans une activité adaptée.

Dans son rapport du 25 juin 2019, le Dr C. _____ s'en est rapporté aux avis des spécialistes.

Dans un avis SMR du 28 août 2019, le Dr B. _____ est parvenu à la conclusion qu'aucun élément ne permettait de s'écarter des conclusions de l'expertise de la Clinique F. _____.

Selon une note d'entretien téléphonique du 8 novembre 2019, l'assurée a confirmé par oral qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle travaillerait à 50 % pour s'occuper des enfants et de la tenue de son ménage. Le 30 % qu'elle avait précédemment indiqué correspondait au taux maximum qu'elle estimait être en mesure de réaliser.

L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée. Aux termes du rapport du 26 février 2020 correspondant, il était retenu un statut de 50 % active et 50 % ménagère, puis, dès le mois d'août 2020, de 80 % active et 20 % ménagère. L'enquêtrice a motivé ses conclusions de la manière suivante :

« L'assurée relève qu'elle n'a pas choisi son métier qui lui a été imposé et que sans atteinte à la santé elle aurait repris des études pour faire un travail auprès d'enfants comme animatrice ou éducatrice de la petite enfance. Mère d'un enfant en âge scolaire elle n'aurait pas travaillé au-delà de 50 %. D'origine [...], elle estime que sa place est à la maison et qu'elle aurait pu vivre décemment avec un salaire à 50 % et la pension que lui verse son ex-mari. L'assurée est formelle, en bonne santé elle aurait travaillé à 50 % pour subvenir à ses besoins et pour son plaisir. L'assurée n'a jamais été en bonne santé et vu l'atteinte à la santé de celle-ci, il apparaît qu'elle est incapable de faire abstraction de son problème de santé et de se profiler dans une situation hypothétique. L'enquêtrice propose un statut de 80 % active dès le 08.2020 date à laquelle son fils va entrer en formation. En bonne santé, elle serait obligée de travailler à un taux supérieur à 50 % pour subvenir à ses besoins ».

Par projet de décision du 23 mars 2020, confirmé par décision du 27 mai 2020, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 31,9 %. Ce dernier était fondé sur un statut 50 % active, 50 % ménagère avec un empêchement de 51 % sur la part active et de 12,8 % sur la part ménagère.

En parallèle, l'OAI a également adressé un courrier à l'assurée le 23 mars 2020, indiquant qu'un changement de statut semblait plausible et vraisemblable dès août 2020, compte tenu du début de formation de son enfant. L'OAI invitait ainsi l'assurée à s'annoncer dès le mois d'août 2020, afin qu'il procède à une nouvelle évaluation du droit à la rente.

B. Par acte du 26 juin 2020, W._____, représentée par PROCAP Service juridique, a recouru contre la décision du 27 mai 2020 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'elle a droit à tout le moins à un quart de rente, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans un premier moyen, elle a estimé que l'OAI aurait dû tenir compte d'un abattement de 10 % vu les limitations fonctionnelles retenues par l'expert rhumatologue, et sa perte d'attractivité sur le marché du travail dans la mesure où elle ne pouvait déployer qu'une activité à temps partiel. Dans un autre moyen, elle fait valoir qu'à compter du mois d'août 2020, elle devait être considérée comme active à 80 % et ménagère à 20 %, comme indiqué dans le cadre de l'enquête du 26 février 2020. Dans ce cas, son empêchement sur la part active s'élevait à 41,31 % et celui sur la part ménagère à 2,56 %, soit un degré d'invalidité d'au moins 44 %, ce qui lui ouvrait le droit à un quart de rente. La recourante a pour le surplus sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite.

Par décision du 3 septembre 2020, la magistrate instructrice a accordé l'assistance judiciaire à la recourante, l'exonérant de frais et d'avance de frais.

Dans sa réponse du 25 août 2020, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Répliquant le 20 septembre 2020, la recourante a ajouté que son fils avait débuté son apprentissage, qui devait durer jusqu'à fin juillet 2023, si bien qu'une modification de la part active et de la part ménagère pouvait avoir lieu. Elle a produit le contrat d'apprentissage de son fils.

Le 2 novembre 2020, l'OAI a maintenu sa position.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 16 juin 2015. Il s'agit en particulier de déterminer si sa situation médicale s'est notablement aggravée entre la dernière décision de refus de rente du 27 janvier 2012 et la décision litigieuse du 27 mai 2020 et si, cas échéant, cette péjoration justifiait l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

b) Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3).

c) 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).

d) 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).

4 **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). 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 trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b)

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).

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, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

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 135 V 297 consid. 5.2 ; 126 V 75).

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 l'incapacité d'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 [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité] ; RS 831.201 ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 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 27^{bis} al. 2 à 4 RAI).

5. a) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194).

b) 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 citées, notamment ATF 117 V 194 consid. 3b).

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

AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

7. En l'occurrence, la recourante ne remet pas en cause la teneur du rapport d'expertise de la Clinique F._____, pas plus que celle de l'enquête ménagère mise en œuvre par l'intimé à son domicile. Elle plaide cependant qu'un abattement de 10 % aurait dû être opéré sur le revenu d'invalidé, d'une part, et, d'autre part, qu'à tout le moins à compter du mois d'août 2020, son statut aurait dû être celui d'active à 80 % et de ménagère à 20 %, ce qui devait dès lors conduire à l'ouverture du droit à un quart de rente.

a) Sur la base de l'expertise probante de la Clinique F._____, il y a lieu de retenir que la recourante présente bien, ce qu'elle ne conteste pas, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit un emploi tenant compte de son intolérance à la frustration et à la hiérarchie, de ses difficultés d'adaptation et de ses troubles de la concentration. L'activité adaptée ne devait par ailleurs pas impliquer de ports de charge de plus de 5 kg, d'accroupissements répétés, d'utilisation d'échelle ou d'escabeau, de marche sur terrain irrégulier, ou de position assise et debout prolongée.

b) S'agissant de l'abattement, la recourante conteste que l'intimé n'en ait pas retenu sur le revenu d'invalidé, mettant en avant qu'une capacité de travail de 50 % est susceptible de réduire son employabilité et que ses limitations fonctionnelles, notamment rhumatologiques, auraient dû être prises en compte dans ce cadre.

La recourante ne peut toutefois être suivie dans ses explications : la capacité de travail retenue tient en effet suffisamment compte de ses limitations fonctionnelles. Les médecins de la Clinique F._____ ont du reste bien indiqué que la capacité de travail de 50 %

s'entendant « baisse de rendement comprise » (cf. rapport d'expertise de la Clinique F. _____ du 18 juillet 2017, volet rhumatologique, p. 8 et volet psychiatrique, p. 7). Quant au taux d'activité, tel que relevé par l'office intimé, il ne constitue pas un élément pertinent dans le cas d'espèce. Dans à peu près tous les cas de figure distingués en fonction du degré d'occupation et du niveau de qualifications, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne gagnent pas, d'après les statistiques, un revenu proportionnellement moins élevé que les personnes travaillant à plein temps (cf. TF 8C_379/2011 du 26 août 2011 consid. 4.2 in VR 2012 IV n° 17 p. 78). Dans ces circonstances, le taux d'occupation à temps partiel de 50 % ne justifie pas de procéder à un abattement.

Au demeurant, même avec un abattement de 10 % - en considérant que la part ménagère et la part active sont de 50 % chacune - le taux d'invalidité serait inférieur à 40 %. Dans ce cas en effet, le taux d'invalidité sur la part active serait de 55,9 %, soit 28 %, compte tenu d'une part active de 50 %. Or, vu le degré d'empêchements ménagers de 12,8 %, respectivement 6,4 %, pour tenir compte de la part de 50 % au plan ménager, le taux d'invalidité global serait alors de 34,4% (28 % + 6,4 %), soit un taux inférieur à celui permettant l'ouverture du droit à la rente.

c) Dans un second grief, la recourante conteste le fait que l'intimé n'ait pas tenu compte du fait que dès le mois d'août 2020, son statut s'était modifié en ce sens que la part active était passée à 80 % et la part ménagère s'était réduite à 20 %.

Or, selon la jurisprudence (cf. ATF 121 V 363 consid. 1b), l'objet du litige est circonscrit par la décision attaquée. Aussi, n'est-il pas possible de se prononcer sur le droit aux prestations pour la période au-delà du 27 mai 2020. La cause sera toutefois renvoyée à l'OAI pour examiner le droit aux prestations pour cette période, compte tenu des observations retenues dans l'enquête ménagère et du contenu du courrier adressé le 23 mars 2020 par l'intimé à la recourante.

8. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La cause sera toutefois renvoyée à l'intimé afin qu'il procède à un examen du droit aux prestations pour la période postérieure au 27 mai 2020, compte tenu des observations figurant au sein de l'enquête ménagère et du contenu du courrier adressé le 23 mars 2020 à la recourante par l'OAI.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 18 juin 2019 lui octroyant l'assistance judiciaire (art. 118 al. 1 let. b, CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser les frais judiciaires dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Le Service juridique et législatif est chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

c) N'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

**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 27 mai 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée, la cause étant

toutefois renvoyée à cet office pour qu'il procède à un nouvel examen du droit aux prestations pour la période postérieure au 27 mai 2020.

- 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.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- PROCAP Service juridique (pour W. _____) ;
- 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 :