

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juin 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM Neu et Métral, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, 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. 43 LPGA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 197[...], divorcée et mère de deux enfants nés en 200[...] et 200[...], a travaillé en qualité de fleuriste jusqu'en 1997. Après avoir exercé une activité ménagère à plein temps, elle a souhaité reprendre une activité professionnelle à sa séparation en 2014.

Le 16 octobre 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles / rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une ténosynovite sténosante, d'une perte de force dans les deux mains, d'une épicondylite aux deux coudes et de douleurs incessantes en augmentation dans les deux mains et coudes.

Dans le formulaire 531^{bis} intitulé « DETERMINATION DU STATUT (PART ACTIVE / PART MENAGERE) », complété le 19 novembre 2015, l'assurée a fait savoir à l'OAI que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux d'activité de 100 % pour des raisons financières.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'OAI a recueilli des renseignements médicaux auprès du Dr H._____, médecin traitant et spécialiste en médecine interne générale (rapports des 11 février 2016, 27 mai 2016, 15 septembre 2016, 18 janvier 2017) et du Centre B._____ ([...]; rapports des 20 mars et 7 mai 2014 ainsi que des 9 septembre et 8 octobre 2015 de la Dre L._____, spécialiste en chirurgie de la main; rapport du 8 juin 2015 de la Dre Q._____, spécialiste en chirurgie de la main; rapport du 7 janvier 2016 de la Dre D._____, spécialiste en rhumatologie, et de la Dre M._____, médecin-assistante; rapport du 17 octobre 2016 de la Dre X._____, spécialiste en chirurgie de la main).

L'OAI a complété l'instruction de la demande par une enquête économique sur le ménage, laquelle a mis en évidence, d'une part, que

l'assurée travaillerait à 80 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé et, d'autre part, une entrave de 18,05 % dans l'accomplissement des travaux habituels (rapport du 11 novembre 2016). S'agissant de la part active, l'enquêteur a retenu ce qui suit :

« L'assurée a arrêté son activité lucrative lors de la naissance de son premier enfant, afin de s'en occuper à plein temps. Le salaire du mari était suffisant pour subvenir aux besoins de la famille. Le couple s'est séparé et l'assurée vit seule depuis janvier 2014. Selon ses dires, elle aurait dû reprendre une activité professionnelle au moins à 80 % dès cette date afin d'améliorer la situation financière de la famille. Le plus jeune des fils étant âgé de 11 ans en 2014, elle n'avait plus besoin d'être à domicile toute la journée. En conséquence, nous proposons un statut de 80% active dès le 1^{er} janvier 2014. »

Afin de déterminer plus précisément la capacité de travail de l'assurée sur les plans rhumatologique, psychiatrique et de la médecine interne, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a proposé la mise en œuvre d'une expertise (cf. avis SMR du 15 février 2018 de la Dre T. _____).

L'OAI a confié la réalisation de cette expertise au F. _____ qui a rendu un premier rapport le 21 novembre 2018 (médecine interne, psychiatrie et orthopédie), puis, en raison d'un malentendu sur les spécialités médicales à investiguer (cf. échange de courriers entre l'OAI et le F. _____ des 29 janvier, 21 février et 13 mars 2019 ; note d'entretien téléphonique de l'OAI du 20 mars 2019), un second rapport le 29 août 2019 incluant un examen rhumatologique. Le Dr F.M. _____, spécialiste en médecine interne générale, le Dr F.P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le Dr F.O. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et la Dre F.R. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, ont procédé aux examens utiles les 3 et 12 octobre 2018, ainsi que le 17 avril 2019, complétés par des radiographies le 3 octobre 2018 et des analyses de laboratoire le 12 octobre 2018. Dans leur rapport du 29 août 2019, les experts ont posé les diagnostics suivant, ayant ou non une incidence sur la capacité de travail :

- « - Arthralgies des deux mains d'origine indéterminée (non rhumatismale) avec :
 - Status après opération d'un syndrome de De Quervain des deux côtés (un côté en 1994 et l'autre côté en 1995)
 - Status après opération d'un syndrome du tunnel carpien droit en 2005
 - Status après opération d'une récurrence d'un syndrome du tunnel carpien le 19.05.2014

- Opération de l'index et du majeur droit à ressort le 27.10.2014.
- Hyperlaxité articulaire bénigne (syndrome d'Ehlers-Danlos)
- Cervicalgies chroniques communes
- Lombalgies chroniques communes »

Au terme de leur analyse consensuelle du cas, ils ont conclu que la capacité de travail dans l'activité habituelle de fleuriste était nulle, mais qu'il subsistait une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques et orthopédiques (*« Pas d'efforts physiques, économie des articulations, en particulier pas de mouvements répétitifs des poignets et des mains, pas de port itératif de charges > 5 kg, pas de montée ou de descente itérative des escaliers, pas de longs déplacements, déplacements limités sur terrain inégal, pas de travail en hauteur, pas de mouvements répétés en porte-à-faux du rachis, pas de travail les bras levés au-dessus de l'horizontale. »*).

Dans un avis du 11 octobre 2019, le Dr Z._____, médecin au SMR, a admis la diminution de la capacité de travail retenue par les experts, fixé le début de l'incapacité de travail durable au mois de février 2014 et fait savoir que l'assurée était apte à la réadaptation dès le mois de mai 2016.

Par projet de décision du 8 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui accorder une rente entière du 1^{er} avril au 31 juillet 2016, puis, dès le 1^{er} janvier 2018, un quart de rente.

R._____, désormais représentée par Me Loucy Weil, s'est opposée à ce projet, produisant notamment un rapport du 17 janvier 2020 du Dr C._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, aux

termes duquel ce médecin considérait qu'au vu des douleurs, de la fatigue et du manque d'endurance, la capacité de travail était nettement réduite, seule une activité à titre occupationnelle demeurant envisageable à très faible taux.

Le 28 août 2020, le Dr Z. _____ du SMR a indiqué qu'il maintenait ses conclusions.

Par projet de décision du 14 janvier 2021, annulant et remplaçant le projet du 8 novembre 2019, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui accorder une rente entière du 1^{er} avril au 31 juillet 2016, un quart de rente du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018 et une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2019. L'OAI a constaté que l'assurée avait présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 21 février 2014, puis qu'elle disposait d'une capacité de travail exigible de 50 % dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles dès le mois de mai 2016. En bonne santé, son statut était celui d'une femme active à 80 % et ménagère à 20%. Dès le 1^{er} janvier 2019, un statut de 100 % active était reconnu. Procédant au calcul de l'invalidité, l'OAI a arrêté le degré d'invalidité à 84 % du 1^{er} avril au 31 juillet 2016, à 36,9 % du 1^{er} août 2016 au 31 décembre 2017, à 46 % du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018 et à 53 % dès le 1^{er} janvier 2019, ceci compte tenu d'un empêchement de 18,05 % dans la tenue du ménage et d'un revenu fondé sur l'enquête sur la structure des salaires (ESS).

L'OAI a pris position sur les arguments de l'assurée le 14 janvier 2021. Il a indiqué que le rapport du Dr C. _____ n'apportait aucun élément nouveau ou qui n'avait pas été pris en compte dans le cadre de l'instruction. En ce qui concernait le statut de la recourante, l'OAI a expliqué qu'il avait été fixé compte tenu de son âge, de son parcours professionnel, de sa situation familiale et financière, et qu'il n'apparaissait pas vraisemblable qu'elle aurait travaillé à 100 % dès le mois de février 2014, de telle sorte qu'un statut de personne à 80 % active et à 20 % ménagère se justifiait jusqu'à début 2019, date à laquelle un statut de

personne à 100 % active lui était reconnu du fait que son fils cadet avait terminé sa scolarité obligatoire (cf. avis du service juridique de l'OAI des 7 octobre et 2 décembre 2020).

L'assurée, représentée par Me Pierre Ventura, a contesté ce nouveau projet de décision les 23 et 30 mars 2021, produisant notamment un rapport du 27 mars 2021 du Dr C._____. Ce médecin constatait une altération des capacités cognitives et une péjoration de la fatigue. Il critiquait l'appréciation diagnostique faite par les experts du F._____, notamment à la lumière d'une anamnèse et de tests positifs typiques d'un syndrome du défilé thoraco-brachial neurogène qui appelait un examen neurologique.

Le 21 avril 2021, l'assurée a en outre demandé un délai supplémentaire pour procéder à des investigations sur le plan psychique.

Le 1^{er} juin 2021, l'OAI a pris position sur les arguments de l'assurée. Il a retenu que l'expertise du F._____ présentait une pleine valeur probante, que l'avis du Dr C._____ ne contenait aucun élément susceptible de mettre en doute les conclusions de l'expertise et que, s'agissant d'une évolution sur le plan psychique, trois mois de prolongation avaient été accordés sans que l'assurée n'ait remis de rapport médical. En conséquence, l'OAI a annoncé que la décision serait prochainement notifiée.

Par décision du 26 août 2021, l'OAI a confirmé le projet de décision du 14 janvier 2021.

B. Par acte du 27 septembre 2021, R._____, représentée par Me Pierre Ventura, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 26 août 2021, concluant principalement à sa réforme, dans le sens de l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} avril 2016 et à l'octroi d'une rente complémentaire pour son fils cadet à tout le moins du 1^{er} avril 2016 au

31 août 2022, et subsidiairement à son annulation, avec renvoi du dossier de la cause à l'intimé pour nouvelle décision dans le sens des considérants. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. La recourante a contesté la capacité de travail résiduelle retenue par les experts dans une activité adaptée, les empêchements retenus dans les tâches ménagères et le statut. Elle a également reproché à l'intimé de ne pas avoir instruit l'aggravation alléguée sur le plan psychique et d'avoir rendu sa décision sans lui laisser le temps de consulter un psychiatre. A l'appui de son recours, elle a produit un rapport du 25 juin 2021 du Dr C. _____ et une attestation d'apprentissage concernant son fils cadet. Elle a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 29 septembre 2021, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire, avec effet au 27 août 2021, l'exonérant d'avances, des frais judiciaires et du paiement de toute franchise mensuelle et désignant Me Pierre Ventura en qualité d'avocat d'office.

Par réponse du 11 novembre 2021, l'OAI a expliqué qu'après avoir soumis le dossier au SMR, ce dernier estimait, notamment à la lumière des rapports produits par la recourante, que l'expertise au dossier semblait insuffisante pour confirmer en tout état de cause la capacité de travail retenue. Dès lors qu'une instruction médicale complémentaire s'avérait nécessaire, il a renoncé à se prononcer plus en avant sur les autres arguments de la recourante. L'intimé a précisé que la Caisse de compensation avait reçu une copie du contrat d'apprentissage du fils cadet de la recourante et que, par décision du 10 novembre 2021, ladite caisse avait en conséquence reconnu le droit à une rente pour enfant relative à la période du 1^{er} mars 2021 au 31 octobre 2021. L'OAI a joint à sa réponse l'avis SMR du Dr Z. _____ du 2 novembre 2021 dans lequel il proposait, en plus des volets rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, un volet neurologique et neuropsychologique.

Répliquant le 17 janvier 2022, la recourante a requis que l'expertise soit mise en œuvre par la Cour des assurances sociales pour des motifs de célérité. A l'appui de sa réplique, elle a produit un rapport du 2 décembre 2021 du Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et de la psychologue I._____, lequel retient le diagnostic d'épisodes isolés de dépression réactionnelle (F32.1).

Dupliquant le 8 février 2022, l'intimé s'en est remis à justice sur la forme administrative ou judiciaire de l'expertise à mettre en œuvre, précisant qu'il devait s'agir d'une nouvelle expertise.

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 a pour objet le droit aux prestations de l'assurance-invalidité de la recourante, singulièrement l'octroi d'une rente sans limitation dans le temps.

3. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI]

[Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 26 août 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. a) Dans un premier moyen d'ordre formel, la recourante se plaint d'une violation du droit d'être entendu. Elle rappelle que l'intimé a refusé de compléter l'instruction, respectivement de prolonger le délai pour lui permettre de fournir des éléments médicaux en relation avec la détérioration de son état de santé psychique. Elle reproche également à l'intimé de ne pas avoir complété l'instruction sur la base des rapports du Dr C._____ dès lors que ce dernier mettait en doute le rapport d'expertise du F._____.

b) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour toute partie de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 144 I 11 consid. 5.3 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.2).

c) En l'espèce, la question de savoir si l'intimé a porté atteinte au droit d'être entendue de la recourante au motif qu'il n'a pas prolongé un délai pour lui permettre de consulter un psychiatre peut rester indécise (sur les conditions de la prolongation du délai, cf. Anne-Sylvie Dupont, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n. 14 ad art. 40 LPGA et les références citées). Le grief devient sans objet dès lors que la décision doit être annulée pour d'autres motifs (cf. consid. 7 ci-dessous).

S'agissant du grief en lien avec le défaut d'instruction, dans la mesure où il porte en substance sur le résultat de l'appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA et consid. 6b ci-dessous), le moyen tiré d'une violation du droit d'être entendu se confond ici avec celui d'une constatation inexacte des faits pertinents que le recourant soulève également. Cet argument sera donc examiné avec le fond du litige (cf. consid. 7 ci-dessous).

5. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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) aa) 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).

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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée 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 elle 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu 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 la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée 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 [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

bb) Par ailleurs, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

6. a) Pour 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).

b) 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 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).

c) 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 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que la personne assurée rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (TF 9C_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.2 et les références citées).

7. a) aa) Dans le cadre de la procédure administrative, l'intimé a retenu, sur la base de l'expertise du F._____ et de l'avis SMR du 11 octobre 2019 que la recourante a présenté une incapacité de travail totale dès le mois de février 2014 jusqu'au 30 avril 2016. Dès le mois de mai 2016, il a retenu, sur les mêmes bases, une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles rhumatologiques et orthopédiques (« *Pas d'efforts physiques, économie des articulations, en particulier pas de mouvements répétitifs des poignets et des mains, pas de port itératif de charges > 5 kg, pas de montée ou de descente itérative des escaliers, pas de longs déplacements, déplacements limités sur terrain inégal, pas de travail en hauteur, pas de mouvements répétés en porte-à-faux du rachis, pas de travail les bras levés au-dessus de l'horizontale.* »). Dans son avis du 11 octobre 2019, confirmé le 28 août 2020, le Dr Z._____ concluait en ces termes :

« L'expertise rhumatologique est complète. Néanmoins, nous relevons que l'appréciation globale faite par les experts n'est pas complètement convaincante, d'une part en raison des limitations fonctionnelles retenues dans le cadre du diagnostic d'Ehlers-Danlos (non incapacitant), et d'autre part sur le fait que le diagnostic principal (arthralgies des deux mains d'origine indéterminée) n'a manifestement pas fait l'objet d'une discussion en tenant en compte du diagnostic d'Ehlers-Danlos (en d'autres termes, les arthralgies sont-elles en partie explicables par des douleurs décrites comme surmontables en lien avec ce diagnostic ?). »

bb) Dans son avis du 2 novembre 2021, le Dr Jaton a fait savoir ce qui suit :

Au-delà de ces aspects, nous relevons que si jusqu'à notre dernier avis, l'appréciation des experts du F._____ était certainement suffisante pour retenir la présence d'une CT partielle dans une activité adaptée (et que le Dr C._____ n'amenait pas d'éléments convaincants pour remettre en question l'appréciation des experts), les éléments avancés depuis rejoignent en partie nos conclusions d'octobre 2019, à savoir que l'appréciation au niveau diagnostic et consensuelle réalisée au F._____ n'est pas totalement convaincante (en particulier le fait de retenir de nombreuses limitations fonctionnelles alors que le syndrome d'Ehlers-Danlos est caractérisé de non incapacitant, et d'autre part concernant l'origine, les répercussions et le caractère surmontable des douleurs des mains).

Si face à l'absence d'élément en faveur d'une aggravation sur le plan psychique, cette dernière apparaît comme n'étant que peu vraisemblable, il semble également que l'expertise au dossier soit insuffisante pour confirmer en tout état de cause la CT retenue. Nous proposerions dès lors un nouveau complément d'instruction incluant, en plus des volets rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, un volet neurologique et neuropsychologique.

En l'occurrence, se ralliant à l'avis du SMR du 2 novembre 2021 dans sa réponse du 11 novembre 2021, l'intimé admet lui-même qu'il convient de procéder à un complément d'instruction, sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire de médecine interne, de rhumatologie, de psychiatrie, de neurologie et de neuropsychologie.

cc) Une nouvelle expertise est rendue nécessaire dans la mesure où les rapports du spécialiste consulté par la recourante motivent de manière circonstanciée le diagnostic différentiel (par rapport à celui de cervicalgies chroniques retenues par les experts du F._____) de

syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) neurogène bilatéral qui n'a pas été évoqué par les experts (rapports des 17 janvier 2020 et 27 mars 2021 du Dr C._____). L'évaluation de cette pathologie nécessite une anamnèse et un examen clinique ciblés et spécifiques sur le plan neurologique (rapport du 27 mars 2021 du Dr C._____). De plus, les critiques du Dr C._____ quant à l'évaluation du diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos par les experts du F._____ (diagnostic pas suffisamment précis posé selon des règles de l'art antérieures ; incompatibilité des diagnostics de syndrome d'Ehlers-Danlos et d'hypermobilité bénigne ; examen des facteurs potentiellement limitants) jettent un doute sur le bien-fondé de leur conclusion à ce propos, ce dont le Dr Z._____ ne disconvient d'ailleurs pas dans ses avis SMR des 11 octobre 2019 et 2 novembre 2021.

D'autre part, le Dr C._____ pointe une altération des capacités cognitives qu'il impute aux douleurs chroniques, à la fatigue et au syndrome d'Ehlers-Danlos. Il recommande de réévaluer précisément la sévérité de l'atteinte cognitive, notamment par le biais d'un bilan neuropsychologique (rapport du 17 janvier 2020). Il y a ainsi lieu de mettre en œuvre un tel examen susceptible de mettre en lumière de nouvelles limitations fonctionnelles et de fournir un tableau clinique complet pour l'évaluation psychiatrique à renouveler.

dd) Ces éléments appellent à l'évidence de plus amples discussions interdisciplinaires et justifient la mise en œuvre d'une nouvelle expertise comme le demande les parties.

b) aa) La recourante réclame que l'expertise soit mise en œuvre sous l'égide de la Cour des assurances sociales.

bb) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une

question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

cc) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire ; elle ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. L'expertise à mettre en œuvre porte notamment sur deux volets (neurologique et neuropsychologique) qui sont nouveaux par rapport à l'expertise du F._____. Dès lors que ces questions n'ont jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, un renvoi à l'intimé est justifié selon la jurisprudence précitée. Par ailleurs, compte tenu du nombre de disciplines concernées par l'expertise à mettre en œuvre, le juge n'aurait quoi qu'il n'en soit pas d'autre choix – d'un point de vue pratique – que de s'adresser à un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI ; art. 72^{bis} RAI), ceci même s'il n'est pas soumis aux dispositions du RAI en la matière. Une expertise judiciaire présente aussi le défaut que les experts seront limités à apprécier l'évolution de l'état de santé à la date de la décision attaquée alors que le renvoi à l'administration permet d'assurer que l'évolution de l'état de santé entre la décision du 26 août 2021 et la date de l'expertise sera prise en compte. Le renvoi de la cause laissera aussi à l'intimé toute liberté d'entreprendre d'autres mesures d'instruction, par exemple s'agissant d'interroger les médecins traitants.

dd) Le renvoi à l'intimé se justifie également par le fait qu'en sus de la problématique relative à l'instruction médicale se pose également la question du statut, mixte ou non, de la recourante. Sur ce point, la position de l'intimé (cf. notamment les avis du service juridique de l'OAI des 7 octobre et 2 décembre 2020) n'emporte pas la conviction de l'autorité de céans.

Le 19 novembre 2015, la recourante a fait savoir à l'OAI que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux d'activité de 100 % pour des raisons financières. Elle a ensuite déclaré à l'enquêteur qu'elle devrait travailler à au moins 80 % dès la date de la séparation pour subvenir aux besoins financiers de son ménage. Cela ne signifie toutefois pas que c'était son souhait et ne suffit pas à justifier le statut mixte dès lors que la déclaration de la recourante peut parfaitement se comprendre par le fait qu'un emploi à 50 % ou 60 % lui était insuffisant pour subvenir aux besoins de son ménage. Il n'est pas davantage admissible de formuler des hypothèses sur la base, semble-t-il, des montants des contributions d'entretien retenus dans le cadre des procédures de mesures protectrices de l'union conjugale et de divorce (avis du service juridique de l'OAI des 7 octobre et 2 décembre 2020) sans les vérifier auprès de l'assurée, ceci en particulier lorsqu'il y a contradiction entre les déclarations de l'intéressée et l'estimation de l'enquêteur, du reste initialement qualifiée de « fragile » par le service juridique de l'OAI (avis du 7 octobre 2020). Le versement d'une contribution d'entretien ou son montant ne préjuge pas du taux d'activité que son créancier souhaitait effectivement réaliser. On relève aussi que le taux d'activité de la recourante avant qu'elle n'arrête de travailler dans l'optique d'avoir des enfants n'est pas connu avec précision (cf. avis du service juridique du 19 novembre 2020 : « *L'assurée travaillait probablement à 100 % [...]* »). Enfin, l'enquêteur retenait au mois de novembre 2016 que les enfants de la recourante étaient indépendants et ne nécessitaient pas de soins et de surveillance particuliers (Enquête, p. 6, ch. 8.6 : pondération = 0 %). Toutefois, l'OAI retient un changement de statut que dès le 1^{er} janvier 2019 au motif que le fils cadet de la recourante serait devenu majeur, ce qui apparaît contradictoire avec les constats de l'enquêteur.

Dans ces circonstances, l'instruction concernant le statut doit aussi être complétée, ce qui conduit également au renvoi de la cause à l'intimé.

c) Au final, il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimé, dès lors que c'est à lui qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

8. La question de la rente pour enfant concernant le fils cadet de la recourante est sans objet sur le vu de la décision du 10 novembre 2021 de la Caisse de compensation par laquelle elle a reconnu le principe du droit à une rente pour enfant relative à la période du 1^{er} mars 2021 au 31 octobre 2021.

9. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis à forme de l'art. 82 LPA-VD, vu le caractère manifeste des lacunes de l'instruction. La décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 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 la mettre à la charge de la partie intimée.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office (cf. courriers de Me Ventura des 17 janvier et 23 février 2022 et les listes annexées). Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette

indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 26 août 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et le dossier est renvoyé à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais de justice, d'un montant de 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'intimé.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R. _____ un montant de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Pierre Ventura (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :