

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 novembre 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
 M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourante, représentée par PROCAP Suisse, en la
personne de Me Stefan Bérard,

et

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

Art. 28 et 28a al. 3 LAI

E n f a i t :

A. a) H._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1970, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 13 avril 2015, au motif qu'elle était en totale incapacité de travail depuis environ 2012 en raison de l'arthrose et de la maladie de Verneuil dont elle souffrait. Sans formation, elle avait travaillé notamment comme aide-infirmière, employée de bureau et artiste peintre. Sa dernière activité professionnelle avait eu lieu en Tchéquie, où elle avait vécu de juillet 2002 à mai 2012 et avait enseigné le français.

Dans un rapport du 24 avril 2015, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé comme diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail une maladie de Verneuil (hidrosadénite) de stade de Hurley III présente depuis 2005, un état anxio-dépressif depuis 2013 et une coxarthrose débutante depuis 2014. Selon lui, elle devait pouvoir exercer une activité adaptée (avec alternance des positions, sans marche en terrain irrégulier, ni travail accroupi ou à genoux ou sur une échelle ou un échafaudage ; sa capacité de concentration et sa résistance étaient en outre limitées).

Le 28 avril 2015, l'assurée a mentionné, dans le document relatif à la détermination de son statut, que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 80 % depuis 2012 comme enseignante de français pour les étrangers.

Dans un rapport du 1^{er} mai 2015, la Dre D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics incapacitants de trouble de la personnalité émotionnellement labile (F60.3) et d'épisode dépressif moyen (F32.1). Elle a estimé que la reprise d'une activité à temps partiel était possible, listant les limitations fonctionnelles de l'assurée. Dans un rapport ultérieur du 27 janvier 2016, elle a considéré que l'incapacité de travail existait depuis le début du suivi et était totale

compte tenu de l'aggravation des symptômes somatiques ; l'assurée pouvait tout au plus exercer une activité occupationnelle.

Un examen clinique psychiatrique a été réalisé par le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) le 11 avril 2017. Dans le rapport établi le 11 juillet 2017, le Dr F. _____ et la Dre Z. _____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ont conclu à l'absence de tout diagnostic psychiatrique.

La Dre C. _____, spécialiste en rhumatologie, a retenu le diagnostic principal de polyarthralgies sur hypermobilité articulaire dans le contexte d'un syndrome d'Ehlers-Danlos, après avoir exclu une éventuelle spondylarthropathie (rapports des 19 mai 2016, 21 février 2017 et 28 août 2017). L'assurée a également présenté une fracture du conduit auditif gauche qui aggravait son état de santé et entraînait des vertiges et des troubles de la marche. La Dre C. _____ a considéré que dans une activité professionnelle complètement adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assurée pourrait être de 50 % à 60 % (rapport du 12 novembre 2018).

Confirmant la présence d'un syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, le Dr R. _____, médecin praticien, a estimé que dans une activité adaptée, permettant l'alternance des postures, l'assurée devrait pouvoir avoir un certain rendement, même si cela restait très difficile (rapports des 3 juillet 2017 et 13 novembre 2017).

Un examen clinique rhumatologique a été réalisé au SMR le 13 avril 2018. Le Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a finalisé son rapport le 24 avril 2018. Il a retenu comme diagnostic ayant une répercussion durable sur la capacité de travail un syndrome rotulien droit (M22.2) et comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une anamnèse d'ancienne hypermobilité articulaire dans le cadre d'un possible syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, une fibromyalgie (M79.0), une discrète rhizarthrose bilatérale, des discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec

hémisacralisation de L5, des discrets troubles statiques des pieds, une maladie de Verneuil, une obésité avec BMI à 30, un BPCO sur tabagisme, une consommation éthylique à risque, actuellement abstinerne, et une ancienne toxicomanie au cannabis. Le Dr M._____ a conclu que la capacité de travail de l'assuré comme aide-infirmière était nulle, mais restait totale dans ses activités de professeur de français, secrétaire et employée administrative, ou artiste peintre, ainsi que dans toute autre activité adaptée, et ce depuis 2014. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeau, échelle ou escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout de plus de ¼ d'heure, pas de marche de plus de ½ heure ». Le Dr M._____ a toutefois précisé que son appréciation ne tenait pas compte des problèmes dermatologiques de l'assurée, à savoir sa maladie de Verneuil.

Dans un rapport du 6 novembre 2018, la Dre V._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, a précisé que pendant les périodes actives de la maladie de Verneuil, avec de nombreux abcès, il y avait une limitation fonctionnelle importante à cause de la douleur, mais aussi de la sécrétion purulente chronique. Selon la tolérance, s'il n'y avait plus de lésions abcédantes, une reprise d'activité à moins de 50 % pourrait être envisagée, mais une baisse de rendement était évidemment possible.

Dans un rapport du 13 novembre 2018, la Dre K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30) et de trouble dépressif récurrent de degré moyen à sévère (F33). Elle évaluait la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (difficultés à se concentrer sur ses tâches en raison de l'instabilité de son humeur, difficultés à s'intégrer dans un groupe en raison de sa nervosité et de son impulsivité).

Par décision du 30 janvier 2019, l'OAI a refusé de mettre l'assurée au bénéfice d'une rente d'invalidité ou de mesures

professionnelles. Il a considéré qu'elle ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'aide infirmière depuis 2014, mais qu'elle présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

b) Le recours interjeté le 6 mars 2019 par l'assurée contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales a été admis par arrêt du 16 octobre 2019 (AI 102/19 - 332/2019), la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision après instruction complémentaire. L'OAI était invité à procéder à une nouvelle évaluation médicale qui tienne compte de l'ensemble des atteintes présentées par l'assurée et apprécie de manière globale sa capacité de travail et ses limitations fonctionnelles, puis à réaliser si nécessaire une enquête ménagère compte tenu du statut annoncé par l'assurée d'active à 80 % et ménagère à 20 %.

c) Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, qui a été confiée à S._____, comprenant un volet de médecine interne générale, de dermatologie, de psychiatrie et de rhumatologie.

Dans leur rapport du 16 octobre 2020, les Drs N._____, médecin praticien, W._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et T._____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, ont notamment retenu ce qui suit à l'issue de leur évaluation consensuelle :

« 4.2. Diagnostics d'éléments pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail

- Hypermobilité articulaire généralisée type syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile, M 35.7
- Cervicalgies chroniques, troubles dégénératifs, trouble statique, M54.2
- Lombalgies chroniques, trouble de la transition lombo-sacrée, M54.5
- Rhizarthrose bilatérale, M 19.0
- Hallux valgus bilatéral, M 20.1
- Hidrosadénite suppurée (maladie de Verneuil), stade de Hurley II, L 73.2
- Reflux gastro-œsophagien sur hernie hiatale.
- Obésité stade II avec un BMI à 36.14 kg/m².

- Trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, F60.3
- Episode dépressif moyen (2015), actuellement en rémission, F32.4
- Trouble anxieux et dépressif mixte, depuis 2015
- Trouble Déficit d'Attention Hyperactivité (TDAH) probable depuis l'enfance, F90
- Troubles mentaux et du comportement, liés à la consommation du dérivé de cannabis, utilisation épisodique, F12.

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

Limitations fonctionnelles ostéoarticulaires : pas d'effort physique, pas de mouvements répétitifs pour les articulations, pas de port de charge itératif > 5.5 kg, pas de travail en hauteur (escabeau, échafaudage), pas de longs déplacements, pas de déplacements sur terrain irrégulier, pas de montée ou de descente itérative des escaliers, respectivement des pentes, pas de travail en position accroupie ou agenouillée, environnement tempéré.

Les limitations dermatologiques sont en rapport avec la survenue récurrente et imprévisible, 3-6 fois par année pendant quelques jours, d'un abcès important qui peut réduire la mobilité et la capacité à rester assise avec l'impossibilité de travailler, le nombre élevé de soins reçus à domicile (30-45 min) lors de la présence d'abcès exsudatifs, ainsi que les consultations chez son médecin généraliste et à la policlinique dermatologique (6-11 fois par année, pour une demi-journée).

Limitations fonctionnelles psychiatriques : difficultés d'organisation et maintien d'un horaire, difficultés de concentration, difficultés à accomplir les tâches multiples, tendance à digression avec perte des objectifs, diminution d'endurance, difficultés éventuelles dans les relations interpersonnelles, labilité émotionnelle.

[...]

4.7. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

0 % dans l'activité habituelle d'aide infirmière depuis 2015, début de suivi dans le service de dermatologie du P. _____ et constatation d'un stade III de Hurley. Cette activité est jugée incompatible avec la survenue d'abcès douloureux, récidivants et fistulisants dans les plis corporels.

60 % dans l'activité de l'enseignement du français, employée administrative, soit 80% de capacité horaire avec 20 % de baisse de rendement depuis 2015. L'activité est adaptée aux limitations fonctionnelles mentionnées au point 4.3.

La baisse de rendement est en lien avec fatigue, fatigabilité, troubles de la concentration.

4.8. Capacité de travail dans une activité adaptée

60 % dans une activité adaptée, soit 80 % de capacité horaire avec 20 % de baisse de rendement depuis 2015.

La baisse de rendement est en lien avec fatigue, fatigabilité, troubles de la concentration.

Dans une activité adaptée respectant les limitations mentionnées au point 4.3

4.9. Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

Il est retenu une perte de capacité horaire de 40 % sans baisse de rendement dans une activité adaptée, pour des raisons dermatologiques, en lien avec la survenue récurrente d'abcès importants réduisant selon la localisation la mobilité, la station assise, et nécessitant un nombre important de soins à domicile d'une durée de 30 à 45 min.

Sur le plan ostéoarticulaire, il y a une perte de capacité horaire de 20 % avec baisse de rendement de 20 % en raison de la fatigue et fatigabilité depuis novembre 2015, date de la mise en évidence du Syndrome d'hypermobilité type Ehlers-Danlos. Il en est de même au plan psychiatrique, avec perte de capacité horaire de 20 % avec 20 % de baisse de rendement en raison de fatigue, troubles de concentration et aggravation des problèmes douloureux.

Les incapacités partielles ne s'additionnent pas. »

Dans un avis du 10 novembre 2020, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise. Il a retenu que la capacité de travail dans l'activité habituelle d'aide infirmière était nulle depuis 2015 et qu'il existait une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée depuis avril 2015, retenant comme limitations fonctionnelles :

« [P]as d'effort physique, pas de mouvements répétitifs pour les articulations, pas de port de charge itératif > 5.5 kg, pas de travail en hauteur (escabeau, échafaudage), pas de longs déplacements, pas de déplacements sur terrain irrégulier, pas de montée ou de descente itérative des escaliers, respectivement des pentes, pas de travail en position accroupie ou agenouillée, environnement tempéré, difficultés d'organisation et maintien d'un horaire, difficultés de concentration, difficultés à accomplir les tâches multiples, tendance à digression avec perte des objectifs, diminution d'endurance, difficultés éventuelles dans les relations interpersonnelles, labilité émotionnelle, nécessité d'absence intermittente pour des soins médicaux. »

Dans un rapport final du 27 novembre 2020, le Service de réadaptation de l'OAI a estimé que les limitations fonctionnelles de l'assurée n'étaient pas compatibles avec un projet de formation certifiante, de sorte qu'il n'était pas possible de réduire le préjudice économique encouru.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 17 mai 2021 et a fait l'objet d'un rapport établi le lendemain. L'assurée a

confirmé un statut de 80 % active en bonne santé, en précisant que c'était le taux de sa dernière activité en République tchèque. Après avoir passé en revue les empêchements dans les diverses activités du ménage, l'enquêtrice a calculé que le taux d'invalidité de l'assurée dans les travaux ménagers se montait à 24,9 %.

Par projet de décision du 4 octobre 2021, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait refuser sa demande de rente. Il a retenu qu'elle présentait depuis avril 2015 une capacité de travail raisonnablement exigible de 60 % dans une activité adaptée à ses limitations professionnelles, reprenant celles retenues par le SMR. Se basant sur les données salariales statistiques pour la comparaison des gains, l'OAI a constaté que le degré d'invalidité de l'assurée pour la part active de 80 % était de 20 % selon l'ancienne méthode de calcul en cas de statut mixte (compte tenu d'un revenu sans invalidité de 43'664 fr. 90 et avec invalidité de 32'748 fr. 68) et de 32 % selon la nouvelle méthode (compte tenu d'un revenu sans invalidité de 54'581 fr. 13 et avec invalidité de 32'748 fr. 68). Le degré d'invalidité pour la part ménagère se montait à 4,98 %. Le degré d'invalidité global restait ainsi inférieur à 40 % et ne donnait pas droit à une rente.

Le 27 octobre 2021, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle ne se sentait actuellement pas apte à reprendre une activité professionnelle en raison de son état de santé et qu'elle renonçait pour le moment à une aide au placement.

L'assurée s'est opposée au projet de décision de l'OAI par courrier de son mandataire du 5 novembre 2021. Elle a critiqué l'absence d'abattement sur son revenu d'invalidé, estimé que sa capacité de travail était impossible à mettre en valeur sur le marché du travail et fait valoir une aggravation de son état de santé. Elle a produit plusieurs documents :

- Dans un rapport du 26 octobre 2021, la Dre B._____, médecin praticien, a fait savoir que l'état général de l'assurée continuait de se dégrader considérablement depuis le début du suivi en mars 2021. Des micronodules pulmonaires avaient été découverts

fortuitement et des recherches étaient en cours pour trouver la tumeur primaire. Les multiples abcès aux fesses de l'assurée l'empêchaient de rester assise longtemps.

- Par rapport du 29 octobre 2021, la Dre C._____ a mentionné qu'elle avait un doute quant à l'existence d'un rhumatisme inflammatoire chronique en lien avec la maladie de Verneuil du fait qu'en mai 2021, la patiente présentait des tuméfactions des articulations métatarso-phalangiennes avec signe de Gänslén positif. Elle attendait les résultats d'un ultrason des pieds à la recherche de synovite. Le trouble du spectre de l'hypermobilité s'était aggravé depuis août 2020 avec une instabilité augmentée des genoux. La baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée retenu dans l'expertise lui semblait plausible si la patiente contrôlait bien son appareil locomoteur, ce qui n'était pas le cas en mai 2021, et si une spondylarthrite était éliminée.
- Dans un rapport du 1^{er} novembre 2021, la Dre G._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, en allergologie et immunologie clinique et en médecine interne générale, a indiqué que l'hidradénite suppurative diffuse restait très active avec des lésions inflammatoires présentes quasi en permanence, correspondant à un stade Hurley III au niveau fessier et inguinal et Hurley II au niveau axillaire, sous mammaire et abdominal. Un diagnostic de cancer spinocellulaire de la joue gauche avait été posé et des nodules pulmonaires d'origine peu claire avaient été mis en évidence par scanner thoracique ; ces deux atteintes contre-indiquaient un traitement immunosuppresseur de l'hidradénite suppurative. La Dre G._____ estimait que la capacité de travail était nulle depuis le 19 août 2020, date du début de sa prise en charge.
- Dans des courriels des 25 et 26 octobre 2021, une collaboratrice du Centre médico-social (CMS) de [...] a exposé que les abcès pouvaient être très douloureux et limitaient les mobilisations de l'assurée, qu'ils nécessitaient trois passages par semaine pour les soins, que l'assurée n'avait pas eu de répit ou de période sans abcès et que son état allait en s'aggravant au fil des années.

Dans un avis du 11 novembre 2021, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux susceptibles de modifier sa position. Les multiples poussées imprévisibles de la maladie dermatologique avaient été prises en compte par les experts, la Dre C. _____ ne contestait pas les conclusions de l'expertise sur le plan rhumatologique et il n'y avait actuellement pas de modification des limitations fonctionnelles en raison des micronodules pulmonaires détectés.

Par décision du 18 novembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assurée, reprenant les termes de son projet de décision.

Dans une lettre du même jour, l'OAI a fait savoir à l'assurée que sa contestation n'apportait pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, qu'il y avait lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise et que l'éventuel désavantage salarial engendré par les limitations fonctionnelles était pris en compte dans la diminution de rendement.

B. Par acte de son mandataire du 10 janvier 2022, H. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès avril 2016 avec un intérêt moratoire à 5 % l'an, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, tenant notamment compte d'un abattement de 25 %. Elle s'est prévaluée d'une péjoration de son état de santé attestée par des médecins spécialistes, qui ne pouvait être invalidée par le médecin du SMR, dont la spécialisation n'était pas connue, sans préalablement procéder à des mesures d'investigation complémentaires. Elle a estimé qu'elle ne disposait d'aucune capacité de travail exigible, d'autant moins au vu de l'évolution défavorable de sa santé, dans la mesure où ses limitations fonctionnelles impliquaient une restriction importante de ses possibilités professionnelles et des concessions disproportionnées de la part de tout employeur, compte tenu également de la reprise progressive recommandée par les experts. Elle a

critiqué l'absence d'abattement, faisant remarquer que la baisse de rendement était uniquement motivée par la fatigue, la fatigabilité et les troubles de la concentration. Elle a considéré qu'il y avait lieu de tenir compte de son absence prolongée du marché du travail, de la nature de ses limitations fonctionnelles, des absences répétées à prévoir ainsi que du fait que l'horaire de travail convenu ne pourrait pas être garanti.

Dans sa réponse du 3 février 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours.

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. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

b) Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le

juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

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 18 novembre 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).

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).

c)

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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité la personne assurée aurait effectuée si elle était restée en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. On procédera de même pour l'établissement du revenu avec invalidité lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible (ATF 126 V 75 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 et n° 33 ad art. 16).

La personne assurée 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 146 V 16 consid. 4.1 ; 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 leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). 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.], 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 (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]).

dd) Jusqu'au 31 décembre 2017, la méthode mixte utilisait également la méthode générale de comparaison des revenus pour la part de l'activité lucrative et la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité pour le temps consacré aux travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA. En revanche, le revenu qui aurait pu être obtenu de l'activité à temps partiel n'était pas extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. L'invalidité totale de la personne assurée résultait de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (art. 27bis RAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2017 ; ATF 137 V 334 ; 131 V 51 consid. 5.1.2).

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

4. **a)** Dans son recours, la recourante considère que son état de santé a été insuffisamment pris en compte et que l'intimé aurait dû constater qu'elle présente une incapacité totale de travailler. Elle ne remet cependant pas vraiment en cause la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire de S._____, mais fait surtout valoir une aggravation de son état de santé postérieure à cette expertise, qui nécessiterait des mesures d'instruction complémentaires.

b) L'expertise de S._____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les experts ont en effet pris leurs conclusions de manière motivée à l'issue d'un examen clinique détaillé, en ayant connaissance du dossier, de l'anamnèse et des plaintes de la recourante. Ils ont procédé à une évaluation consensuelle à l'issue de laquelle ils ont conclu à une incapacité de travail dans l'activité habituelle d'aide-infirmière depuis 2015 et à l'existence d'une capacité de travail de 60 % dans une activité

adaptée depuis 2015, à savoir une capacité de travail de 80 % avec 20 % de baisse de rendement en lien avec la fatigue, la fatigabilité et les troubles de la concentration.

Chaque expert s'est prononcé de manière spécifique dans son domaine de spécialisation. L'experte de médecine interne retient la présence d'une obésité de stade II avec un BMI à 36.14 kg/m², de céphalées chroniques et d'un reflux gastro-œsophagien sur hernie hiatale, dont la symptomatologie a pu être stabilisée grâce à un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) au long cours (expertise p. 10). Sur le plan de la médecine interne, la capacité de travail de la recourante reste complète en toutes activités.

L'expert dermatologue a constaté l'existence de la maladie de Verneuil ou hidrosadénite suppurée, estimant qu'elle était alors à un stade de Hurley II. Le Dr W. _____ a évalué la capacité de travail de la recourante au regard de cette affection, en tenant compte d'une part de la survenance récurrente et imprévisible, trois à six fois par année pendant quelques jours, d'un abcès important qui peut réduire sa mobilité et sa capacité à rester assise avec l'impossibilité de travailler, et d'autre part du nombre élevé de soins reçus à domicile, d'une durée de 30 à 45 minutes, lors de la présence d'abcès exsudatifs, ainsi que des consultations médicales nécessaires. Il considère qu'une capacité de travail de 60 % existe dans une activité adaptée, à domicile ou à proximité, dans le domaine administratif, social ou l'industrie légère (expertise p. 23).

Au niveau psychiatrique, la Dre Q. _____ observe que le dernier épisode d'ordre dépressif en 2015 est en rémission et que l'état thymique de la recourante est fluctuant et dépend essentiellement d'éléments externes, notamment la douleur. Elle retient un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, au motif qu'aucun des éléments thymiques ou anxieux ne sont d'intensité ou de fréquence suffisamment sévère pour retenir un diagnostic séparé (expertise p. 31). Elle pose également le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsif (F60.3), en raison des mécanismes défensifs

fréquemment retrouvés, notamment une perte de confiance en soi, des tendances projectives, une labilité et sensibilité émotionnelle, des comportements délétères tels que consommation (cannabis, alcool, puis CBD) et la tendance aux passages à l'acte impulsifs. L'experte note que des difficultés dans les relations interpersonnelles sont décrites, notamment au niveau familial. Un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH, F90) est probablement présent, avec des difficultés d'apprentissage malgré une intelligence dans la norme, des difficultés relationnelles, des problèmes de concentration, la tendance à accumuler des objets et à passer d'une activité à l'autre (expertise p. 32). Tenant compte des différents indicateurs applicables à l'évaluation du caractère invalidant d'affections psychiques (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées), l'experte considère que la capacité de travail dans toute activité est de 60 %, à savoir 80 % avec une diminution de rendement de 20 % en raison de la fatigue et des troubles de la concentration, depuis août 2017, date de l'aggravation des problèmes douloureux. Selon l'évolution de l'état douloureux et du traitement antalgique, le rendement pourrait s'améliorer et atteindre 100 % dans les six mois (expertise p. 34).

Sur le plan rhumatologique, la Dre T._____ confirme la présence d'une hypermobilité articulaire généralisée de type syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile. Elle constate la présence de cervicalgies chroniques liées à des troubles dégénératifs et statiques, de lombalgies chroniques sur un trouble de la transition lombo-sacrée, de rhizarthrose bilatérale et d'un hallux valgus bilatéral. La capacité de travail est de 100 % dans une activité adaptée, légère, avec une perte de rendement de 20 % en raison de la fatigue et la fatigabilité, depuis novembre 2015, date de la mise en évidence du syndrome d'hypermobilité articulaire.

c) Contrairement à ce que la recourante soutient, les rapports médicaux qu'elle a produits ne permettent pas de rendre vraisemblable une aggravation de son état de santé depuis l'expertise de S._____, ni de jeter le doute sur les conclusions motivées des experts.

S'agissant de la maladie de Verneuil, la Dre G. _____ mentionne, dans son rapport du 1^{er} novembre 2021, que cette atteinte reste très active avec des lésions inflammatoires présentes quasi en permanence, correspondant à un stade Hurley III au niveau fessier et inguinal et Hurley II au niveau axillaire, sous mammaire et abdominal. Or, le Dr W. _____ a tenu compte du caractère évolutif de cette atteinte dans l'évaluation de la capacité de travail qu'il a faite. Il a constaté, au moment de son examen, que la maladie était à un stade Hurley II, mais a pris en considération qu'un stade Hurley III avait été observé en avril 2015 (expertise p. 22). La Dre G. _____ explique qu'un diagnostic de cancer spinocellulaire de la joue gauche a été posé et que des nodules pulmonaires d'origine peu claire ont été mis en évidence par scanner thoracique, lesquels contre-indiquent un traitement immunosuppresseur de l'hidradénite suppurative. Le Dr W. _____ ne faisait cependant pas dépendre la capacité de travail attestée de la poursuite d'un tel traitement. Il a certes mentionné que la reprise des injections de Stelara était prévue, mais proposait d'ailleurs d'essayer comme alternative un traitement de rétinoïdes par voie orale (expertise p. 22). La Dre G. _____ précise qu'un tel traitement n'a finalement pas été proposé à la recourante, en raison de ses antécédents psychiatriques. Elle considère que la capacité de travail est nulle depuis le 19 août 2020, date du début de sa prise en charge. A cet égard, il faut relever que le Dr W. _____ a procédé à son examen en date du 24 juillet 2020. Il s'agit donc à l'évidence d'une appréciation différente d'un même état de fait. Cela étant, rien ne permet de s'écarter des conclusions claires et motivées de l'expert dermatologue qui a tenu compte de manière convaincante du caractère incapacitant de cette atteinte. Dans son évaluation (expertise p. 23), il a notamment pris en compte la nécessité de soins réguliers, que les médecins traitants et la collaboratrice du CMS font valoir, la difficulté pour la recourante de rester assise longtemps en cas de multiples abcès aux fesses, mentionnée par la Dre B. _____ dans son rapport du 26 octobre 2021, de même que les limitations fonctionnelles du membre concerné par l'atteinte en cas de poussées inflammatoires et les arrêts de travail qui peuvent en résulter, comme relevé par la Dre G. _____.

Sur le plan rhumatologique, la Dre C. _____ évoque, dans son rapport du 29 octobre 2021, un doute quant à l'existence d'un rhumatisme inflammatoire chronique en lien avec la maladie de Verneuil du fait qu'en mai 2021, la patiente présentait des tuméfactions des articulations métatarso-phalangiennes avec un signe de Gänslén positif. Elle a indiqué être dans l'attente des résultats d'un ultrason des pieds à la recherche de synovite. Il faut constater que, depuis lors, aucun nouveau rapport n'a été produit, qui poserait un diagnostic de rhumatisme inflammatoire. Cette atteinte a par ailleurs été expressément envisagée lors de l'examen de la Dre T. _____. Celle-ci a constaté l'absence de signe de synovite et relevé qu'il n'y avait pas d'argument anamnestique, clinique, biologique ou radiologique pour retenir une affection rhumatismale inflammatoire, se référant aux différents examens faits dans ce contexte (expertise p. 42).

La Dre C. _____ atteste une aggravation du trouble du spectre de l'hypermobilité depuis août 2020 avec une instabilité augmentée des genoux. La baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée retenue dans l'expertise lui semble plausible pour autant que la patiente contrôle bien son appareil locomoteur, ce qui n'était pas le cas en mai 2021. La diminution de rendement retenue dans l'expertise était toutefois liée à la fatigue et la fatigabilité uniquement, tandis que de l'avis de la Dre T. _____, l'existence de la maladie d'Ehlers-Danlos ne changeait rien à l'existence d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée respectant les articulations et le rachis (expertise p. 42). Il faut en effet constater que les limitations fonctionnelles reconnues sur le plan rhumatologique ménagent notamment les genoux, dans la mesure où elles excluent les mouvements répétitifs pour les articulations, le travail sur escabeau ou échelle, les déplacements longs ou sur terrain irrégulier, la montée ou descente itérative d'escaliers et de pentes, ainsi que le travail en position accroupie ou agenouillée (expertise p. 44). La Dre C. _____ a reconnu que ces limitations fonctionnelles étaient tout à fait justes et les limitations supplémentaires qu'elle cite dépendent du diagnostic de rhumatisme inflammatoire, lequel n'a pas été confirmé comme vu ci-dessus. Elle précise en outre qu'elle n'a pas à signaler de

lacunes, d'erreurs ni d'incohérences dans l'expertise (rapport du 29 octobre 2021).

En ce qui concerne finalement la découverte fortuite de micronodules pulmonaires qui nécessitent un suivi radiologique et pneumologique (rapports des Dres G._____ et B._____), aucune limitation fonctionnelle n'est actuellement posée en lien avec leur présence, comme le relève à juste titre le SMR dans son avis du 11 novembre 2021.

d) L'on peut en effet suivre cette prise de position du médecin du SMR. Le grief de la recourante, selon lequel ce médecin - dont on ne connaît pas la spécialisation - ne pouvait valablement écarter les avis des médecins spécialistes sans préalablement procéder à des mesures d'investigation complémentaires, doit être écarté.

La tâche du médecin est de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En particulier, poser un diagnostic relève de la tâche exclusive des médecins (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 et les arrêts cités). En conséquence, une évaluation de l'état de santé et de la capacité de travail par un médecin spécialiste ne peut en principe être invalidée que sur la base d'une évaluation différente d'un autre médecin spécialiste (TF 8C_584/2018 du 13 novembre 2018 consid. 4.1.1.2).

La prise de position du SMR n'a toutefois pas pour objet d'invalider un diagnostic qui aurait été posé par un médecin spécialiste.

Les avis médicaux du SMR (basés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise

médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI). En raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références).

Dans ce contexte, il importe peu de connaître la spécialisation du médecin du SMR qui a émis l'avis du 11 novembre 2021. En outre, pour les motifs exposés ci-dessus (consid. 4c) dans le cadre de l'appréciation des preuves, l'on constate qu'il se justifie de se rallier aux conclusions du SMR, selon lesquelles les pièces médicales produites par la recourante ne permettent pas de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise, ni de rendre vraisemblable une péjoration de son état de santé postérieure à celle-ci. Des mesures d'instruction complémentaires n'apparaissent dès lors pas nécessaires.

e) Au final, il convient de reconnaître que la recourante dispose d'une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée depuis 2015.

5. a) La recourante considère que sa capacité de travail résiduelle ne peut pas être mise en valeur sur le marché de l'emploi, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de la reprise progressive recommandée par les experts.

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, l'art. 16 LPGA se réfère à l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée sur un marché du travail équilibré. Cette notion théorique et abstraite sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre

part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1 ; 110 V 273 consid. 4b).

La référence à un marché du travail équilibré ne permet pas de prendre en considération une capacité de gain lorsque les activités envisagées ne peuvent être exercées que sous une forme tellement restreinte qu'en dehors de toute considération d'ordre conjoncturelle, elles n'existent pratiquement pas sur le marché général du travail ou que leur exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu pour la personne concernée de trouver un emploi correspondant (TF 8C_772/2020 du 9 juillet 2021 consid. 3.3 ; TF 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2 ; TF 9C_941/2012 du 20 mars 2013 consid. 4.1.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 24 ad art. 7).

c) Tel n'est toutefois pas le cas en l'occurrence. Certes, l'expert dermatologue a noté que l'activité adaptée devait être effectuée au domicile ou à proximité de [...] (expertise p. 23) et l'experte psychiatre a relevé que des difficultés relationnelles pouvaient survenir dans un milieu dévalorisant, compétitif ou critique (expertise p. 33). Ces éléments n'ont toutefois pas été repris comme limitations fonctionnelles dans l'évaluation consensuelle (expertise p. 5), ce qui permet de conclure qu'ils n'ont pas été jugés essentiels. Par ailleurs, la limitation liée au lieu de travail, qui n'est pas motivée par l'expert dermatologue, ne peut être comprise qu'en ce sens que le lieu de travail doit permettre à la recourante de se rendre à son domicile dans un temps raisonnable en vue d'y recevoir les soins réguliers dont elle a besoin, ce qui laisse à disposition une zone géographique suffisamment large. Quant aux relations interpersonnelles, les experts ont uniquement retenu que des difficultés éventuelles pouvaient survenir (expertise p. 5). Par ailleurs, si les experts ont évoqué une reprise progressive, il ne s'agit que d'une

recommandation, étant rappelé que la capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée est exigible depuis 2015.

Au final, rien ne laisse à penser qu'un retour sur le marché de l'emploi serait illusoire pour la recourante. Il existe suffisamment de postes qui ne s'inscrivent pas dans un domaine compétitif et les milieux professionnels dévalorisants ou critiques ne sont pas la norme. Il convient de retenir, à l'instar du service de réadaptation de l'OAI (cf. calcul du salaire exigible du 27 novembre 2020), que la recourante pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple dans le domaine industriel léger, par exemple le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, comme ouvrière dans le conditionnement ou comme aide administrative (réception, scannage et autres).

6. a) La recourante a confirmé à l'occasion de l'enquête ménagère qu'elle travaillerait à 80 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a retenu un statut de 80 % active et 20 % ménagère.

b) Les revenus sans invalidité retenus par l'OAI sur la base des données salariales statistiques (soit 43'664 fr. 90 pour un taux d'occupation de 80 % et 54'581 fr. 13 à 100 %) ne sont pas contestés par la recourante. Ils n'apparaissent en effet pas critiquables et peuvent être confirmés.

En ce qui concerne le revenu d'invalidé, l'OAI l'a fixé à 32'748 fr. 68 en se fondant également sur les données salariales statistiques, ce qui n'est, en soi, pas contesté. La recourante estime cependant qu'il y a lieu de procéder à un abattement de 25 % sur ce montant en raison de l'impact sur ses perspectives salariales de son absence prolongée du marché du travail et de la nature de ses limitations fonctionnelles.

Comme mentionné ci-dessus, le retour de la recourante sur le marché de l'emploi n'apparaît pas illusoire. Il faut toutefois reconnaître que les nombreuses limitations fonctionnelles qu'elle présente réduisent l'éventail de postes qui lui sont accessibles sur le marché de l'emploi. Les experts ont en effet fixé des limitations fonctionnelles tant sur le plan ostéo-articulaire que dermatologique et psychique. La recourante ne peut ainsi notamment qu'exercer une activité légère, sans mouvements répétitifs pour les articulations ni déplacements, et est confrontée à des difficultés d'organisation, de concentration ainsi que pour accomplir des tâches multiples. Ces limitations fonctionnelles constituent un facteur qui va l'obliger à mettre en valeur sa capacité de travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, c'est-à-dire entraînant un désavantage salarial (TF 8C_679/2020 du 1^{er} juillet 2021 consid. 6.2.1 et les références). Il convient dès lors d'en tenir compte en appliquant un abattement de 10 % sur le salaire ressortant des données statistiques. Le revenu sans invalidité doit par conséquent être arrêté à 29'473 fr. 81.

c) Dans son recours, la recourante ne soulève aucun grief à l'encontre des conclusions de l'enquête ménagère. Le rapport d'enquête du 18 mai 2021 remplit effectivement les critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. à ce sujet 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).

d) Le calcul du degré d'invalidité de la recourante en application de l'ancienne méthode d'évaluation en cas de statut mixte, prévalant jusqu'au 31 décembre 2017, est le suivant :

- Revenu sans invalidité :	43'664 fr. 90
- Revenu avec invalidité :	29'473 fr. 81
- Empêchement économique :	32,50 %
- Taux d'invalidité pour la part active de 80 % :	26,00 %
- Empêchement ménager :	24,90 %
- Taux d'invalidité pour la part ménagère de 20 % :	4,98 %

- Taux d'invalidité global 30,98 %

Le calcul du degré d'invalidité selon la nouvelle méthode d'évaluation en cas de statut mixte prévalant depuis le 1^{er} janvier 2018 est le suivant :

- Revenu sans invalidité : 54'581 fr. 13
- Revenu avec invalidité : 29'473 fr. 81
- Empêchement économique : 46,00 %
- Taux d'invalidité pour la part active de 80 % : 36,80 %
- Empêchement ménager : 24,90 %
- Taux d'invalidité pour la part ménagère de 20 % : 4,98 %
- Taux d'invalidité global 41,78 %

Il en résulte que la recourante a présenté un degré d'invalidité de 31 % jusqu'au 31 décembre 2017, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Toutefois, dans la mesure où son degré d'invalidité est de 42 % depuis le 1^{er} janvier 2018, cela lui donne droit à un quart de rente d'invalidité à compter de cette date (art. 29 al. 3 LAI).

7. a) Le recours est partiellement admis. La décision attaquée est réformée en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2018. Elle est confirmée pour le surplus.

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 par 300 fr. à la charge de l'intimé et par 300 fr. à la charge de la partie recourante, vu l'issue du litige.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant

dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

c) La partie recourante obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'000 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.

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

- I.** Le recours est partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 18 novembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'H. _____ a droit à un quart de rente d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2018. Elle est confirmée pour le surplus.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis par 300 fr. (trois cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et sont par 300 fr. (trois cents francs) provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H. _____ une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre 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 Suisse, Me Stefan Bérard (pour la recourante),
- 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 :