

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> février 2024

---

Composition : M. WIEDLER, président  
Mmes Berberat et Durussel, juges  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Yvan Henzer, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4, 28, 28a al. 2, 29 LAI ; 27<sup>bis</sup> et 88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** G.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], originaire du [...], divorcée, mère de deux enfants nés en [...] et [...], vit en Suisse depuis [...]. Elle a travaillé en qualité de vendeuse/caissière à 70 % pour Q.\_\_\_\_\_ dès novembre 2012.

Le 9 octobre 2018, alors qu'elle portait des cartons sur son lieu de travail, l'assurée s'est bloqué le dos. En arrêt de travail depuis lors à des taux variables, sous réserve d'une tentative de reprendre le travail au taux habituel du 15 février au 11 mars 2019, elle a perçu des indemnités perte de gain en cas de maladie de W.\_\_\_\_\_. Elle a subi deux interventions chirurgicales, en janvier et en mai 2019.

L'assurée 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 4 juillet 2019, motivée par un problème de hernie discale.

Un extrait du compte individuel AVS de l'assurée a été versé au dossier le 10 juillet 2019, dont il ressort que l'intéressée a travaillé dans le domaine de la vente dès avril 2010.

Répondant le 8 août 2019 au questionnaire de détermination du statut, l'assurée a indiqué que, sans l'atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 70 %. Q.\_\_\_\_\_ a rempli le questionnaire pour l'employeur le même jour.

Dans un rapport adressé le 22 août 2019 à W.\_\_\_\_\_, la Dre H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie à l'[...] du P.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de récurrence d'hernie discale L5-S1 gauche. La patiente avait subi une première chirurgie en janvier 2019 puis une cure de récurrence le 24 mai 2019. Les suites de cette dernière intervention étaient favorables, avec une nette régression de l'irradiation douloureuse dans les membres inférieurs, mais la patiente rapportait la présence d'un syndrome facettaire du côté gauche qui s'améliorait progressivement. Il était ainsi

préférable d'attendre encore quelques semaines avant une reprise du travail à plein temps.

Le 22 octobre 2019, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, a rempli un questionnaire médical de W.\_\_\_\_\_, dans lequel il a posé le diagnostic de sciatalgies gauches. Les douleurs étaient péjorées par la station debout prolongée et la position assise. La capacité de travail était nulle. Il renvoyait pour le surplus aux constatations des spécialistes consultés au P.\_\_\_\_\_.

La Dre H.\_\_\_\_\_ a adressé un nouveau rapport à W.\_\_\_\_\_ le 29 octobre 2019, posant les diagnostics de hernie discale L5-S1 gauche, opérée en janvier 2019, de récurrence de hernie discale avec nouvelle chirurgie en mai 2019 ainsi que de douleurs neuropathiques de topographie S1 persistantes. Le port de charges de plus de 5 kg n'était pas possible. La Dre H.\_\_\_\_\_ a joint une copie de son rapport de consultation du 29 octobre 2019 à l'attention du médecin généraliste traitant, où elle préconisait une infiltration facettaire au niveau L5-S1 car les douleurs au niveau de la fesse pouvaient être compatibles avec un syndrome facettaire postopératoire.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a indiqué dans un rapport du 22 novembre 2019 que l'assurée présentait une lombalgie chronique d'origine facettaire postopératoire. Une arthro-infiltration facettaire avait été pratiquée le 28 septembre 2019. Les limitations fonctionnelles étaient la station debout de plus de 15 minutes et le port de charge de plus de 5 kg. La profession de caissière n'était ainsi pas recommandée.

A la demande de W.\_\_\_\_\_, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a examiné l'assurée le 11 décembre 2019 et établi un rapport d'expertise le 19 décembre 2019. Posant les diagnostics de sciatalgies gauches de topographie S1, déficitaires du point de vue sensitif, sur hernie discale L5-S1 depuis octobre 2018 et de status après deux cures de hernie discale L5-S1 en janvier et mai 2019, ce médecin a

retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges au-delà de 5 kg, pas de travaux en flexion et rotation du tronc, pas de stations debout ou assise prolongée, pas de longs déplacements. La reprise de l'activité habituelle n'était pas envisageable, pas plus qu'une quelconque autre activité. Dans son appréciation du cas, l'expert a relevé que l'assurée avait mentionné des symptômes dépressifs depuis une année et qu'un traitement psychothérapeutique était en cours depuis trois semaines.

Suivant l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 22 janvier 2020, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de la R.\_\_\_\_\_. Les Drs B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, J.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, ont rendu leur rapport le 12 octobre 2020. Celui-ci comprenait une évaluation consensuelle (« expertise médicale »), ainsi que les rapports d'expertises spécialisées en rhumatologie, en neurologie et en psychiatrie. Les experts ont posé les diagnostics de hernie discale L5-S1 (M 54.5) avec syndrome radiculaire S1, déficitaire, ainsi que de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 43.21). Toutefois, seul le syndrome lombovertébral entraînait une incapacité de travail. Les examens cliniques faisaient émettre des doutes quant à l'intensité et à l'extension des douleurs actuelles. Cependant, personne ne suspectait une majoration consciente et volontaire des plaintes, malgré des incohérences constatées. La tendance à la diffusion des douleurs du côté controlatéral et vers le rachis dorso-cervical n'avait pas d'explication rationnelle. De même, la présence à l'examen de signes déficitaires sensitifs à la face externe de la cuisse, de la jambe et du pied, ne correspondait pas à un territoire radiculaire défini. L'extension du syndrome douloureux et ses éléments d'incohérence faisaient conclure à une certaine disproportion entre les plaintes émises, l'incapacité alléguée et les constatations objectives. En définitive, les experts ont établi les appréciations suivantes sur les capacités de l'assurée :

- L'existence de limitations fonctionnelles majeures, en lien avec l'important syndrome lombo-vertébral ne faisait aucun doute.
- L'assurée était incapable d'effectuer un quelconque travail de force et devait être à même de varier les positions, toutes les 30 à 60 minutes. Elle ne pouvait effectuer de travail en porte-à-faux du tronc.
- Même dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, on ne pouvait nier une baisse de rendement, de l'ordre de 20 %, en raison des douleurs constantes.

Les experts sont ainsi arrivés à la conclusion que l'assurée était totalement incapable, depuis l'automne 2018, de reprendre son activité antérieure de vendeuse, l'intéressée ne pouvant travailler que dans une activité sédentaire lui permettant de varier les positions. En outre, la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée s'élevait à 50 %, soit un taux horaire de 60 % affecté de la baisse de 20 % précédemment évoquée en lien avec son rendement. Ils ont estimé que la date du début de la réadaptation ne pouvait intervenir qu'au moins six mois après la dernière intervention chirurgicale, soit en pratique le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Se prononçant sur cette expertise pluridisciplinaire le 6 novembre 2020, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a retenu une incapacité de travail de 100 % depuis octobre 2018 et la récupération d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis le 16 septembre 2020, avec les précisions suivantes :

« (...)

Discussion : Sur le plan psychiatrique, aucune atteinte incapacitante n'est retenue. Sur le plan neurologique, les douleurs correspondent mal à une douleur neuropathique. L'assurée ne semble guère souffrante. Les éléments objectifs sont très pauvres, sans déficit moteur, ni répercussion myographique. Les troubles sensitifs sont mal systématisés, sans compression radiculaire résiduelle sur le plan neuroradiologique. Au total, les éléments fonctionnels, sans substrat organique, dominant actuellement le tableau. Sur le plan rhumatologique, des signes de comportement douloureux sont relevés, avec un certain hiatus entre la présentation de l'assurée et

les plaintes émises. Radiologiquement, on ne peut dénier une atteinte somatique, mais qui ne peut entièrement expliquer l'intensité et l'extension des douleurs. La présence de signes comportementaux fait penser que l'assurée a endossé les habits d'une invalide. Cette dernière a été capable de conduire sa voiture entre [...] et [...]. La [capacité de travail dans une activité adaptée] est de 50 % dès la date de l'examen (16.09.20). Toutefois, sur le plan consensuel, un début de [réadaptation] est possible depuis janvier 2020. On comprend qu'une reprise progressive est possible depuis janvier 2020 avec une [capacité de travail dans une activité adaptée] maximum de 50 % attestée dès septembre 2020. L'affirmation « la [capacité de travail dans une activité adaptée] est de 50 %, soit un taux horaire de 60 % affecté d'une baisse de rendement de 20 % » peut interpeller sur le plan arithmétique. On comprend qu'il y a eu une « coquille » et que les experts retiennent une diminution de 20% par rapport au taux habituel de 70 %, les 30 % restant pouvant être consacrés aux enfants de l'assurée. Nous ne pouvons nous écarter de l'appréciation des experts spécialistes. Cependant, on pourrait aussi considérer que la seule diminution de rendement est de 20 %, résultant en une [capacité de travail dans une activité adaptée] de 80 %. Nous laissons l'OAI trancher sur ce point en fonction du status reconnu à l'assurée. ».

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 1<sup>er</sup> mars 2021 au domicile de l'assurée. Dans son rapport du même jour, l'enquêteur a retenu un statut de 70 % active et 30 % ménagère. S'agissant du taux, il a relevé que, sur le formulaire topique complété le 8 août 2019, l'assurée avait indiqué qu'elle exercerait une activité lucrative à 70 % si elle n'était pas atteinte dans sa santé. L'enquêteur a en outre relevé ce qui suit :

« L'assurée a toujours travaillé à 70 %, notamment afin d'avoir du temps pour ses enfants. Ces derniers ayant grandi et devenant plus indépendants, la bénéficiaire a demandé il y a quelques années à pouvoir augmenter son taux d'activité à 100 % afin de pouvoir être financièrement plus à l'aise et plus indépendante. Selon ses dires, son employeur n'a jamais pu répondre favorablement. L'assurée n'ayant pas fait de démarche pour chercher un autre emploi afin de compléter son taux partiel ou n'ayant pas cherché à changer d'employeur, le statut de 100 % active paraît difficilement défendable ».

Pour les travaux ménagers, l'évaluation a porté sur cinq postes auxquels un pourcentage a été attribué en fonction de leur ampleur par rapport à l'entier des charges du ménage. Ainsi, il a été retenu un empêchement pondéré de 25 % sur 37 % pour l'alimentation, de 18 % sur 28 % pour l'entretien de l'appartement, de 0 % sur 8 % pour les achats et courses diverses, de 17 % sur 17 % pour la lessive et l'entretien des

vêtements et de 0 % sur 10 % pour le soin aux enfants, soit un empêchement total de 17,2 % sur la part ménagère.

L'OAI a rendu un projet de décision le 23 août 2021, prévoyant d'allouer à l'assurée une rente entière du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 30 avril 2020. L'office a retenu qu'en bonne santé, l'assurée exercerait une activité lucrative à 70 %, les 30 % restants correspondant à ses travaux habituels dans la tenue de son ménage. A l'issue du délai d'attente d'une année, le degré d'invalidité global était de 75,16 %, compte tenu d'un empêchement complet dans la part active et de 17,20 % dans la part ménagère, taux qui ouvrait le droit à une rente entière à compter de janvier 2020, fin du délai d'attente de six mois après le dépôt de la demande de prestations. Puis l'assurée avait recouvré dès janvier 2020 une capacité de travail de 50 % dans une activité professionnelle adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité sédentaire, alternance des positions possibles toutes les heures, pas de porte-à-faux du tronc, pas de travail de force, pas de port de charge. En application de la méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives, la comparaison entre les revenus sans (51'961 fr. 37) et avec invalidité (27'477 fr. 31, correspondant aux données statistiques pour une femme dans les activités non qualifiées du domaine de la production et des services, au taux de 50 % sans abattement supplémentaire) entraînait un taux d'empêchement de 47,12 % dans la part active. Compte tenu d'un empêchement de 17,20 % dans la part ménagère, le taux d'invalidité global s'élevait à 38,14 %, taux qui ne donne pas droit à la rente.

Désormais représentée par Me Yvan Henzer, l'assurée a fait part de ses objections à ce projet par courriers des 9 septembre et 8 octobre 2021. Elle a en substance fait valoir, d'une part, que son état de santé actuel ne permettait pas la reprise d'une quelconque activité professionnelle, de sorte que son invalidité était entière. Elle s'est prévaluée à cet égard d'un rapport médical du Dr X. \_\_\_\_\_ daté du 7 octobre 2021 indiquant que, malgré un traitement conservateur bien conduit, l'assurée ne présentait pas d'amélioration de sa symptomatologie ni d'aptitude au travail. D'autre part, la recourante a exposé que le

recours à la méthode mixte ne se justifiait pas. Son invalidité devait être évaluée selon la méthode ordinaire (active à 100 %), car ses enfants ne dépendaient plus d'elle comme lorsqu'elle avait pris son emploi en 2012 et étaient au contraire devenus des proches aidant. Pour le surplus, elle a fait valoir qu'en cas de maintien de la méthode mixte, un taux d'empêchement minimum de 25 % devrait être retenu pour la part ménagère car il avait été tenu compte de manière disproportionnée de l'aide de ses enfants.

Dans un courrier du 15 novembre 2021 devant faire partie intégrante de sa décision à rendre, l'OAI a réfuté l'argumentation de l'assurée. L'expertise avait été effectuée dans les règles de l'art, de même que l'enquête ménagère. L'assurée avait mentionné un statut d'active à 70 % dans le formulaire du 8 août 2019, ce qui avait été confirmé lors de l'enquête ménagère.

Par décision du 8 décembre 2021, reprenant l'argumentation de son projet, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril 2020 d'un montant de 1'833 fr., ainsi que deux rentes pour enfant de 733 fr. chacune.

**B.** Par acte du 24 janvier 2022, toujours représentée par Me Henzer, G.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à la réforme de la décision entreprise, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'autorité précédente pour réexamen et mesures d'instructions supplémentaires dans le sens des considérants. Elle a repris et complété l'argumentation développée dans ses objections au projet de décision. D'une part, compte tenu de l'âge de ses enfants, il fallait retenir que, sans ses problèmes de santé, elle travaillerait à un taux plus élevé. D'autre part, son taux d'invalidité avait été sous-estimé et ne tenait pas compte du dernier rapport médical de son médecin traitant, tandis que le degré d'invalidité concernant l'activité ménagère était anormalement bas.

Répondant le 16 février 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, en relevant que la recourante avait entretemps renoncé à l'aide au placement qui lui avait été proposée le 23 août 2021.

Par décision du 3 mars 2022, déférant à la requête en ce sens également déposée le 24 janvier 2022, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire incluant l'exonération d'avances et de frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Henzer.

La recourante a déposé des observations le 30 mars 2022. Confirmant les conclusions de son recours, elle a produit un rapport établi le 12 mars 2022 par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, indiquant qu'un traitement était en cours depuis le 28 novembre 2019 avec un diagnostic de trouble dépressif dû à une autre condition médicale (hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane gauche responsable d'un conflit radiculaire S1 gauche et d'un rétrécissement canalaire significatif), F 06.31. Elle a également joint un rapport d'IRM (imagerie par résonance médicale) du 14 février 2022, concluant à une hernie discale L5-S1 médiane et paramédiane gauche responsable d'un conflit radiculaire S1 gauche et d'un rétrécissement canalaire significatif, ainsi qu'à une altération Modic type I en L5-S1 et arthrose facettaire inflammatoire de L4 à S1, plus marquée du côté gauche et en L5-S1. Cette écriture et ses annexes ont été communiquées à l'intimé pour information le 1<sup>er</sup> avril 2022.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un

recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 LPGA), 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 point de savoir si l'intimé était fondé à mettre un terme au 30 avril 2020 à la rente entière accordée à la recourante à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

**b)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

Tel est le cas de la recourante, qui ne conteste du reste pas la date fixée par l'intimé pour le début du droit à la rente, à savoir le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

**3. 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)** 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)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de

rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]), la méthode spécifique (art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]) et la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI et 27<sup>bis</sup> al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). La méthode appliquée dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

Ainsi, la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité s'applique aux 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 au 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 (art. 27bis al. 1 RAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**d)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

**e)** 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 a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 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).

**4. 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)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

**c)** S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir

s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**d)** 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).

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), on admet que si la personne assurée n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, elle doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C\_568/2017 du 11 janvier 2018 consid. 5.4).

**5.** Dans sa décision, l'intimé a retenu un statut d'active à 70 % et de ménagère à 30 %.

La recourante conteste le statut mixte en faisant valoir qu'elle avait limité son taux d'activité à 70 % lorsqu'elle avait débuté comme vendeuse pour Q.\_\_\_\_\_ en 2012, afin de disposer de temps pour s'occuper de ses enfants alors âgés de 7 et 9 ans. L'âge de ses enfants ne justifiant plus un temps partiel, elle expose que, si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait désormais à plein temps.

Cette argumentation ne saurait être suivie. Certes, l'intéressée a indiqué lors de l'évaluation économique sur le ménage du 1<sup>er</sup> mars 2021 qu'elle avait demandé par le passé à son employeur d'augmenter son taux d'activité, mais que celui-ci n'avait pas pu répondre favorablement. Toutefois, cette affirmation est contredite par le fait qu'elle a écrit, dans le formulaire « Détermination du statut (part active/part ménagère) » rempli le 8 août 2019 à l'attention de l'intimée, que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 70 %. Si sa volonté était réellement de travailler à plein temps à l'époque, elle l'aurait mentionné dans ce formulaire. Par ailleurs, il n'apparaît pas que la recourante avait, avant la survenance de son atteinte à la santé, entrepris des démarches concrètes en vue d'augmenter son taux d'activité, que ce soit auprès de Q.\_\_\_\_\_ ou auprès d'autres employeurs potentiels.

Au demeurant, il convient de rappeler qu'en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un même état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dites des « premières déclarations »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6). Il n'y a pas lieu en l'occurrence de s'écarter de cette jurisprudence. On retiendra donc que la recourante a, dans un premier temps, indiqué vouloir travailler à 70 %, ce qui est corroboré par le fait qu'elle n'a entrepris aucune démarche en vue d'augmenter son taux d'activité jusqu'à ce qu'elle prenne conscience, à sa connaissance du projet de décision du 23 août 2021 octroyant une rente limitée dans le temps, de l'implication de ses déclarations initiales dans le cadre du calcul

du degré d'invalidité. En effet, dès ce moment, elle a déclaré vouloir travailler à plein temps, ce qu'elle n'avait jamais exposé clairement auparavant. L'assurée ne peut aujourd'hui soutenir de manière crédible avoir limité son taux d'activité à 70 % en 2019 pour s'occuper de ses enfants, et non par choix personnel, alors que d'après ses déclarations ultérieures, elle aurait déjà souhaité travailler à plein temps avant cette date.

Sur le vu de ce qui précède, le grief soulevé par la recourante doit être rejeté. Il convient de confirmer le statut mixte de 70 % active et 30 % ménagère tel qu'arrêté par l'intimé.

**6.** S'agissant de la part active à 70 %, l'autorité intimée a retenu que la capacité de travail de la recourante était nulle dans l'activité habituelle, mais de 50 % depuis le mois de janvier 2020 dans une activité adaptée à ses limitations.

**a)** L'intimé a fondé son appréciation sur l'avis rendu le 6 novembre 2020 par le Dr V.\_\_\_\_\_, du SMR, lequel se ralliait aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire déposée le 12 octobre 2020 par les médecins de la R.\_\_\_\_\_.

Pour poser leurs conclusions, les experts de la R.\_\_\_\_\_ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. synthèse du dossier, ch. 2 de l'expertise médicale), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes qui ont examiné la recourante depuis le début de ses problèmes de dos. Les experts ont chacun examiné l'intéressée et établi un rapport portant sur leur spécialité respective. Les quatre rapports comprennent, d'une part, l'anamnèse établie par l'expert sur la base des pièces au dossier et de son entretien avec la recourante, incluant son parcours de vie, ses plaintes, ses antécédents médicaux ainsi que sa journée-type et, d'autre part, les observations, les diagnostics et les réponses motivées de l'expert aux questions soumises par l'intimé. L'évaluation consensuelle, intégrée au rapport de l'expert en médecine

interne générale, propose une synthèse étayée de la situation médicale de la recourante. Cette expertise remplit ainsi l'ensemble des réquisits de la jurisprudence en la matière et jouit dès lors d'une pleine valeur probante.

**b)** Les experts ont retenu les diagnostics de hernie discale L5-S1 (M 54.5) avec syndrome radiculaire S1, déficitaire, ainsi que de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 43.21). Toutefois, seules les atteintes d'ordre somatique étaient incapacitantes.

A cet égard, ils ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis l'automne 2018. En revanche, depuis janvier 2020, soit environ six mois après la dernière intervention chirurgicale portant sur les atteintes vertébrales, l'expertisée présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ce taux tenant compte d'une diminution de rendement de l'ordre de 20 % liée aux douleurs constantes sur le taux habituel de 70 %. Ils ont précisé que l'activité adaptée devait être sédentaire, l'intéressée ne pouvant effectuer aucun travail de force ou en porte-à-faux du tronc, tout en permettant de varier les positions toutes les 30 à 60 minutes.

**c)** Dans un premier moyen, la recourante conteste l'existence d'une capacité de travail résiduelle en se fondant sur un rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ du 7 octobre 2021. Elle a produit ultérieurement un rapport d'IRM du 14 février 2022.

Outre le fait qu'il a été établi par le médecin traitant de la recourante, ce qui place celui-ci dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique en raison de la relation thérapeutique (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1), il faut encore constater que le rapport médical du 7 octobre 2021 est dépourvu de tout étayage. Aucune anamnèse ni status ne sont proposés par le Dr X. \_\_\_\_\_, qui évoque uniquement une situation inchangée depuis la récurrence de hernie discale. Il ne précise pas les limitations fonctionnelles, ni même les raisons pour lesquelles la capacité de travail serait restée

nulle dans toute activité plus de deux ans après la dernière intervention chirurgicale. Or, ces questions ont été examinées en détail par les experts de la R.\_\_\_\_\_. Les limitations fonctionnelles retenues par ceux-ci recoupent largement celles mentionnées dans les rapports établis en 2019 tant par les neurochirurgiens du P.\_\_\_\_\_ qui ont opéré la recourante en 2019 et ont effectué le suivi postopératoire, que par le Dr Z.\_\_\_\_\_, rhumatologue consulté par l'intéressée à la même époque. Ces médecins, interrogés quelques semaines seulement après la seconde intervention chirurgicale, ne se sont pas prononcés sur une éventuelle capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Pour sa part, le Dr D.\_\_\_\_\_, rhumatologue qui a examiné la recourante en décembre 2019 pour W.\_\_\_\_\_, a déterminé des limitations fonctionnelles similaires. Il a posé une incapacité de travail dans une activité adaptée en raison d'une évolution décrite comme défavorable depuis une année malgré les deux interventions chirurgicales, avec une extension des douleurs dans la région dorso-scapulaire, d'allure musculotendineuse. A cet égard, il a exposé en particulier ce qui suit (p. 10 du rapport d'expertise du 19 décembre 2019) :

« Le pronostic est défavorable au vu des névralgies évoluant depuis une année avec des douleurs persistantes après 2 cures de hernie discale, malgré des traitements antalgiques, y compris par infiltration.

[...]

Il y a une bonne concordance entre les renseignements obtenus par le dossier médical, ceux fournis par l'assurée et les constatations cliniques et radiologiques. Il n'y a aucun argument pour une exagération volontaire des symptômes chez une assurée qui paraît authentiquement souffrante et déprimée. »

La rhumatologue de la R.\_\_\_\_\_ a eu connaissance des conclusions du Dr D.\_\_\_\_\_. Elle a cependant constaté, au contraire du premier expert, un « certain hiatus entre la présentation de l'assurée et les plaintes émises » (cf. ch. 7, p. 5 de l'expertise rhumatologique). Préconisant une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur, la Dre S.\_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit (ibidem) :

« Malgré l'intensité des douleurs, l'assurée ne consomme aucun antalgique, uniquement du Lyrica et des anti-dépresseurs.

Avec le temps, elle développe une certaine kinésiophobie et s'estime incapable de mener à bien une quelconque activité même légère, demandant l'aide de ses enfants pour toutes les tâches ménagères. La présence de signes comportementaux fait penser qu'elle a endossé les habits d'une invalide.

L'assurée est cependant capable de conduire sa voiture de son domicile à la R.\_\_\_\_\_, de s'occuper de ses deux enfants, étant rentrée chaque jour de l'expertise, et de confectionner les repas ».

L'expert en neurologie de la R.\_\_\_\_\_ a également constaté des incohérences entre la douleur exprimée par l'expertisée et les éléments objectivables. Il a ainsi exposé ce qui suit (ch. 7, p. 4 de l'expertise neurologique) :

« Il existe donc, compte tenu de ces éléments, des incohérences. Signalons l'extension du syndrome douloureux qui dépasse très clairement ce que l'on peut attendre après une cure de hernie discale avec atteinte mono-radiculaire S1 gauche. Les douleurs étendues, mécaniques, correspondent mal à une douleur à caractère neuropathique. L'assurée ne semble guère souffrante, déambule de manière harmonieuse, et à l'heure actuelle ne prend aucune médication antalgique en dehors du Lyrica. Finalement, les éléments objectifs sont très pauvres. Il existe une aréflexie achilléenne gauche séquellaire d'un syndrome radiculaire S2 gauche mais c'est pratiquement tout. En effet, il n'y a pas de déficit moteur, de répercussion myographique. Les troubles sensitifs sont mal systématisés et sur le plan neuro-radiologique il n'y a pas de compression radiculaire résiduelle. »

Ces éléments expliquent de manière circonstanciée la différence d'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée des experts de la R.\_\_\_\_\_ par rapport aux conclusions du Dr D.\_\_\_\_\_. Dans ce contexte, le rapport médical du 7 octobre 2021 dont se prévaut la recourante ne remet pas sérieusement en cause les conclusions des experts de la R.\_\_\_\_\_ et ne peut donc être préféré à leur expertise.

Il en va de même du rapport d'IRM du 14 février 2022. Outre le fait que cet examen médical fait état de la situation existante à une date ultérieure à la décision litigieuse, il convient de relever que tous les experts ont eu connaissance de l'IRM postopératoire du 30 août 2019. Celle-ci montrait la persistance d'une hernie discale L5-S1 pouvant créer un conflit L5 gauche (cf. notamment p. 8 s. du rapport d'expertise du

Dr D.\_\_\_\_\_), de sorte que le diagnostic de hernie discale L5-S1 (M 54.5) avec syndrome radiculaire S1, déficitaire, a notamment été posé.

On relèvera pour finir que, contrairement à ce que la recourante semble penser, les experts de la R.\_\_\_\_\_) n'ont pas constaté une amélioration de l'état de santé de l'assurée au 1<sup>er</sup> mai 2020. Ils ont uniquement fixé au 1<sup>er</sup> janvier 2020 la date à laquelle l'état de santé pouvait être considéré comme stabilisé à la suite des deux interventions chirurgicales et permettait de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il s'agissait ainsi d'une amélioration de la capacité de gain, laquelle ne pouvait entraîner une modification du droit qu'à l'issue d'un délai de trois mois en vertu de l'art. 88a al. 1 RAI.

**d)** Dans un second temps, la recourante a produit un rapport établi le 12 mars 2022 par son psychiatre traitant, le Dr F.\_\_\_\_\_), lequel confirmait qu'une thérapie était en cours depuis le 28 novembre 2019 en raison d'un trouble dépressif et décrivait le traitement médicamenteux actuel. Aucune anamnèse ni status détaillé n'y est toutefois décrit. Il en ressort seulement que le traitement a été modifié au cours du suivi, sans préciser la date et les raisons de ces modifications. Le Dr F.\_\_\_\_\_) ne s'est par ailleurs pas prononcé sur la capacité de travail de la recourante en lien avec son état psychique. En conséquence, cette pièce médicale ne remet pas sérieusement en question les conclusions de l'experte psychiatre L.\_\_\_\_\_), lesquelles sont dûment étayées et reposent sur un examen détaillé ainsi qu'un dossier médical complet. Une éventuelle péjoration de l'état de santé postérieure à la décision litigieuse ne pourrait au demeurant pas être prise en compte dans le cadre du présent recours.

**e)** Il apparaît ainsi que la capacité de travail de la recourante a été correctement évaluée. Celle-ci n'a pour le surplus formulé aucun grief à l'encontre du calcul du degré d'invalidité dans la part active effectué par l'intimé. Vérifié d'office, ce calcul paraît conforme aux dispositions légales et jurisprudentielles applicables et peut donc être confirmé.

**7.** Enfin, la recourante conteste le taux d'empêchement de 17,12 % retenu par l'intimé pour la part ménagère. Celui-ci s'est basé sur le rapport d'évaluation économique sur le ménage du 1<sup>er</sup> mars 2021, dans lequel l'enquêteur a constaté que la recourante vivait avec ses deux enfants, âgés respectivement de 16 et 18 ans au moment de l'enquête. Il a divisé les tâches ménagères en cinq postes auxquels il a attribué un pourcentage, soit 37 % pour l'alimentation, 28 % pour l'entretien de l'appartement, 8 % pour les achats et courses diverses, 17 % pour la lessive et l'entretien des vêtements et 10 % pour les soins aux enfants et aux proches. Chaque poste a été divisé en sous-catégories, pour lesquelles l'enquêteur a attribué un pourcentage et déterminé le taux d'empêchement, puis a additionné les taux pondérés de chaque poste, le total constituant le taux d'empêchement dans la part ménagère.

**a)** On relèvera tout d'abord que le rapport d'enquête ménagère est fondé sur une visite au domicile de la recourante et qu'il reprend les déclarations faites à cette occasion par celle-ci pour chaque élément observé. Dans son rapport, l'enquêteur a, pour chaque poste, décrit la réalisation des tâches par la recourante avant et après l'atteinte à la santé, en indiquant précisément si celle-ci était à même de les effectuer seule ou si l'aide de ses fils ou de son ami était nécessaire et dans quelle mesure. La recourante ne prétend pas que l'enquêteur aurait mal retranscrit ses propos ou qu'il y aurait des omissions ou inexactitudes. Il n'y a ainsi pas lieu de revenir sur ces éléments.

**b)** La recourante fait valoir que le taux retenu est trop bas principalement parce qu'une aide disproportionnée de ses enfants aurait été prise en compte. Elle pointe également des contradictions entre les tâches qu'elle est réputée pouvoir accomplir et les limitations fonctionnelles déterminées par l'expertise pluridisciplinaire.

**aa)** Pour le poste alimentation, l'enquêteur a attribué 60 % aux tâches « préparer et cuire les aliments, faire des provisions », 10 % pour les tâches « mettre la table, servir le repas, débarrasser la table » et 30 % pour « nettoyer la cuisine au quotidien ». Pour la première catégorie,

il a noté que la recourante avait simplifié la composition des repas et impliqué ses enfants, tandis que ses invités venaient uniquement pour le café. En retenant un empêchement de 30 % sur 60 %, l'enquêteur a considéré que la simplification des repas fait partie de la réorganisation qui peut être exigée d'un assuré pour diminuer son dommage et que la participation des enfants à la préparation de tels repas est une aide exigible pour réduire le dommage. Ainsi, un empêchement de 30 % est admis pour le surplus, notamment le fait de ne plus pouvoir préparer des repas plus élaborés ou recevoir des invités pour les repas, étant relevé qu'il a été noté qu'avant les problèmes de santé, les invitations étaient rares et la recourante n'avait pas l'habitude de confectionner des pâtisseries.

Pour la catégorie relative au service des repas, l'aide exigible des enfants est retenue dans une large proportion, l'empêchement étant seulement évalué à 10 %. Il est également noté que la participation des enfants était déjà acquise avant l'atteinte à la santé.

Quant au nettoyage quotidien de la cuisine, l'empêchement est évalué à 20 % avec mention que la recourante a pu acquérir un lave-vaisselle et que les enfants peuvent participer de manière plus active au rangement et au nettoyage du plan de travail en tant qu'aide exigible. L'acquisition d'un lave-vaisselle fait partie des mesures exigibles pour diminuer le dommage.

Il est ainsi attendu des enfants qu'ils participent à la préparation de repas simples, qu'ils servent leurs propres repas et ceux de leur mère et qu'ils aident à débarrasser ainsi qu'au rangement et au nettoyage après les repas. Ils participaient déjà à certaines de ces tâches avant l'atteinte à la santé, de sorte que l'aide qui est attendue d'eux s'avère raisonnable pour des enfants adultes ou quasi-adultes. Les taux d'empêchement retenus peuvent donc être validés.

**bb)** Pour l'entretien de l'appartement, l'enquêteur a attribué 90 % aux travaux de nettoyage courants, 0 % pour les nettoyages en

profondeur et 10 % pour les tâches d'entretien des plantes, du jardin de l'extérieur de la maison et de l'élimination des déchets. La recourante a déclaré que ses enfants l'aidaient avant l'atteinte à la santé, pour le ménage et le débarrassage des ordures, qu'elle n'avait ni plante, ni animaux et que les nettoyages courants permettaient de se passer des nettoyages en profondeur. L'enquêteur a retenu un empêchement de 20 % pour les nettoyages courants, en notant que l'assurée avait dû revoir ses exigences à la baisse, qu'elle fractionnait les divers travaux, que les enfants participaient plus et qu'elle changeait les draps moins souvent. L'empêchement était de 0 % pour l'élimination des déchets, dorénavant exclusivement prise en charge par les enfants.

L'exécution des tâches de manière fractionnée par la recourante fait partie de son obligation de diminuer le dommage. Une restriction est ainsi prise en compte pour les travaux courants auxquels la recourante a renoncé, tandis qu'une aide exigible des enfants est retenue pour une participation plus active à des tâches qu'ils exécutaient déjà en partie avant les problèmes de santé de leur mère. Compte tenu de leur âge, la participation des enfants ne paraît pas excessive. Il y a par conséquent lieu de se rallier aux taux d'empêchement retenus.

**cc)** S'agissant des achats et courses diverses, aucun empêchement n'est retenu, en notant que la recourante pouvait faire appel à l'aide exigible de ses enfants et de son ami, qu'elle passait commande par internet pour les articles lourds, qu'elle pouvait se charger elle-même des petites courses et qu'elle gérait de manière autonome son administratif. Il n'est ainsi pas contesté que les limitations fonctionnelles retenues par les experts de la R. \_\_\_\_\_ ne permettent plus à la recourante de porter les « grandes courses » comme elle le faisait avant, mais qu'elle dispose de ressources externes pour continuer à les faire, en l'occurrence non seulement l'aide de son ami et de ses enfants mais également les commandes par internet. L'aide requise des enfants ne paraît pas excessive dans un tel contexte.

**dd)** Le poste lessive et entretien des vêtements est réparti par 50 % à la lessive, 40 % aux tâches de repassage, pliage et rangement du linge ainsi que 10 % pour le raccommodage et l'entretien des chaussures.

Pour la lessive, l'enquêteur a noté que la recourante était restée autonome pour laver et étendre le linge sur de petits étendages dans son appartement, n'ayant que parfois besoin d'aide pour vider la machine. Il a ainsi retenu un empêchement de 10 % et l'aide exigible de ses enfants pour le surplus. Ce taux est cohérent avec les explications données par la recourante. S'agissant du repassage, pliage et rangement du linge, l'enquêteur a noté que l'assurée avait renoncé au repassage et a retenu un empêchement de 30 % en indiquant que l'aide des enfants était exigible même si elle n'était pas effective, tout comme le tri des habits et le fractionnement des travaux. L'aide des enfants retenue ne concerne ainsi pas l'entier de ces tâches et le taux de 30 % tient compte du fait que la recourante peut toujours ranger plier et ranger le linge, cas échéant avec une aide minime de ses enfants ou en fractionnant la tâche. Le taux retenu est donc justifié. Quant au raccommodage et entretien des chaussures, l'enquêteur n'a retenu aucun empêchement à juste titre, ces tâches ne nécessitant pas d'effort physique incompatible avec les limitations fonctionnelles de la recourante.

**dd)** Aucun empêchement n'est retenu pour le poste soins aux enfants. Ceux-ci sont en effet âgés de plus de 15 ans et en bonne santé habituelle, de sorte que la recourante n'a pas de soins particuliers à leur fournir au quotidien.

**ee)** Il apparaît ainsi que les conclusions de l'enquête ménagère sont convaincantes et qu'il n'y a aucune raison de les remettre en cause. Contrairement à ce que semble alléguer la recourante, le fait qu'un empêchement de 25 % est retenu pour le poste alimentation, par exemple, ne signifie pas que l'aide des enfants est exigée pour 75 % des tâches considérées, mais tient compte également des capacités résiduelles de la recourante et de la réorganisation ou du fractionnement des tâches qui peuvent être attendus d'elle.

**c)** La recourante a critiqué la prise en compte d'un pourcentage de 10 % pour les soins aux enfants et aux proches. D'après elle, ce champ d'activité ne serait pas applicable lorsque les enfants sont indépendants comme en l'espèce et reviendrait donc à pénaliser les parents de tels enfants puisque leur taux d'incapacité se monterait au maximum à 90 %. Ce raisonnement ne peut être suivi. En effet, à la date du début du droit à la rente, en janvier 2020, les deux enfants de la recourante étaient encore mineurs. Le cadet était toujours mineur à la date de l'enquête puis à celle de la décision litigieuse. La recourante devait donc bien assumer des tâches éducatives à ces différentes époques. Par ailleurs, l'intéressée a exposé que ses fils étaient encore aux études, de sorte qu'elle reste un soutien dans ce contexte tant et aussi longtemps qu'ils n'auront pas acquis une formation professionnelle initiale.

Le poste relatif aux soins des enfants et le taux de 10 % qui lui est attribué doit par conséquent être maintenu. Au surplus, il apparaît que la suppression de ce poste avec report sur les autres postes, respectivement le calcul du taux d'empêchement global sur un total de 90 % plutôt que 100 %, n'augmenterait pas suffisamment le taux d'empêchement dans la part ménagère pour ouvrir le droit à une rente. En effet, dans la première hypothèse, le taux d'empêchement serait de  $[(40 \% \times 25 \%) + (30 \% \times 18 \%) + (10 \% \times 0 \%) + (20 \% \times 17 \%) =]$  18,8 %, soit un degré d'invalidité de  $(18,8 \% \times 30 \% =)$  5,64 % pour la part ménagère. Dans la seconde hypothèse, ce degré serait de  $(17,2 / 90 \times 100 =)$  19,1 %, soit un degré d'invalidité pour la part ménagère de 5,73 %.

**d)** Pour finir, la recourante a fait valoir que le taux retenu pour la part ménagère était incohérent, eu égard au taux d'invalidité dans la part active. Cette argumentation tombe à faux, dès lors que les bases de calculs sont diamétralement différentes.

**e)** Il faut ainsi constater que le degré d'invalidité pour la part ménagère retenu par l'intimé peut être confirmé, de même que le degré

d'invalidité pour la part active. En conséquence, le degré d'invalidité global est inférieur à 40 %, ce qui ne permet plus l'octroi d'une rente trois mois après la récupération d'une capacité de travail dans une activité adaptée.

**8. a)** En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**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. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**c)** La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Yvan Henzer peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office.

Me Henzer a produit une liste des opérations le 26 octobre 2023, faisant état de 14 heures 45 consacrées à la présente procédure par lui-même et ses avocats-stagiaires successifs. Après examen de cette liste, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité de Me Henzer à 865 fr. 10 pour 4 heures 15 d'activité et celle de ses deux avocats-stagiaires à 1'306 fr. 15 pour 10 heures 30 d'activité, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3<sup>bis</sup> RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit un total versé à Me Henzer de 2'171 fr. 25.

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat 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).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 8 décembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité de Me Yvan Henzer, conseil d'office de G.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 2'171 fr. 25 (deux mille cent septante et un francs et vingt-cinq centimes), débours et TVA compris.
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Yvan Henzer (pour G. \_\_\_\_\_),
- 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 :