

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 juin 2023

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Berthoud, assesseur
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Véronique Fontana,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 17 LPGA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, mère d'un enfant né en 1998, a déposé une première demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 17 mai 2012. Elle indiquait être femme au foyer depuis son arrivée en Suisse en 1995 et souffrir de « hernie discale C6 C7 gauche, avec conflit C7, fibromyalgie, insomnies, maux de tête chronique, état dépressif ».

Dans un rapport du 18 juin 2012 à l'OAI, la Dre M._____, médecin traitante de l'assurée, a posé les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail : cervico-brachialgie gauche sur hernie discale C6-C7 gauche depuis 2009, fibromyalgie depuis décembre 2011 et état dépressif réactionnel depuis 2011. Elle relevait que l'assurée, au bénéfice d'une formation d'économiste en [...], n'avait effectué aucune activité professionnelle depuis son arrivée en Suisse, que même les tâches ménagères étaient difficiles à effectuer et qu'elle devait prendre des pauses. Elle précisait également que la douleur se manifestait sur tout le corps dès qu'il y avait une charge de travail importante, ne serait-ce que si la recourante faisait le ménage et le repassage dans la même journée. Elle décrivait une patiente épuisée psychologiquement par des douleurs chroniques ainsi que physiquement.

Il ressort d'un rapport de consultation du 27 mars 2012 adressé au Dr R._____ et d'un rapport du 26 juin 2012 à l'OAI, que le Dr X._____, psychiatre traitant de l'assurée depuis avril 2012, a posé les diagnostics suivants avec effets sur la capacité de travail de l'assurée : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations (F 33.1), anxiété généralisée (F41.1) et syndrome douloureux fibromyalgique depuis 15 ans au moins. Il indiquait que l'assurée était fatiguée, qu'elle avait de la peine à se lever, présentait des troubles du sommeil de type endormissement et réveils fréquents, des ruminations, des idées négatives, une anxiété constante avec idées tournant autour des maladies, de la peine à tenir son ménage, des sentiments de culpabilité et

d'incapacité, des troubles somatiques anxieux avec palpitations, vertiges, un retrait social, ainsi que des douleurs de type fibromyalgie. Il relevait également une incapacité à porter des charges physiques et à supporter le stress, avec de la fatigue, des troubles de la concentration et un apragmatisme se manifestant par des difficultés à commencer une activité. L'assurée éprouvait également des difficultés à se déplacer en raison de vertiges et les insomnies rendaient plus compliqué le maintien d'un rythme diurne/nocturne. Au regard de ce qui précède, le Dr X. _____ a estimé la capacité de travail de l'assurée à poursuivre son activité habituelle à 20-30 %, à raison de quatre fois deux heures par jour dans la semaine. Il lui a proposé un antidépresseur et l'a invitée à participer au groupe de patients souffrant de douleurs chroniques à la clinique Z._____.

Le 14 mai 2013, une enquêtrice de l'OAI a établi un rapport d'enquête économique sur le ménage, en vue d'établir les empêchements de l'assurée à exercer ses activités non lucratives habituelles. S'agissant des travaux ménagers habituels, il ressort de l'enquête, pour la catégorie « 8.1 Conduite du ménage » qu'un empêchement de 80 % a été retenu correspondant à 24 % d'invalidité après pondération, avec les précisions qu'avant l'atteinte l'assurée gérait toute seule son logement en tant que femme au foyer et qu'elle a perdu toute sa capacité de gérer la conduite de son ménage, que toutes les tâches étaient décidées au fur et à mesure, car elle ne savait jamais si elle aurait la force ou la motivation d'exécuter ce qu'elle avait prévu. A la catégorie « 8.2 Alimentation », un empêchement de 50 % et une invalidité de 23,5 % ont été retenus. Il était indiqué que l'assurée ne cuisinait qu'occasionnellement un repas complet et qu'elle privilégiait les salades déjà prêtes. L'assurée a également indiqué qu'ils ne recevaient plus d'amis et que leur réseau s'était considérablement réduit. Pour la catégorie « 8.3 Entretien du logement », un empêchement de 60 % et une invalidité de 10,2 % ont été retenus. L'assurée a expliqué à l'enquêtrice qu'elle n'avait plus envie de faire le ménage, qu'en raison de ses douleurs elle ne pouvait notamment pas changer les draps de lit et fourre de duvets toute seule, qu'elle sollicitait l'aide de son fils et pour certaines tâches pas trop fatigantes l'aide de son

mari. A la catégorie « 8.4 Emplettes et courses diverses », l'enquêtrice a retenu 10 % d'empêchement et 0,7 % d'invalidité. Il ressortait notamment que la famille se rendait une fois par semaine faire des courses, le mari conduisant la voiture et le fils se chargeant de porter les courses à la voiture et à l'appartement au retour. S'agissant des paiements et services officiels, il était indiqué que le mari de l'assurée les gérait depuis toujours. Au point « 8.5 Lessive et entretien des vêtements », l'enquêtrice a retenu 40 % d'empêchement et 4,4 % d'invalidité. L'assurée indiquait que grâce à l'aide de son fils qui portait les corbeilles de linge, elle faisait des lessives toutes les deux semaines environ, mais qu'elle ne repassait presque plus rien. Elle a fait part à l'enquêtrice que cela était difficile pour elle de ne plus soigner comme avant le linge. Au point « 8.6 Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille », un empêchement de 60 % et une invalidité de 6 % ont été retenus. L'assurée indiquait que, selon elle, son fils n'allait pas bien. Elle faisait également part de son sentiment de ne pas remplir correctement son rôle de mère, mais que - même si elle s'en sentait coupable - elle n'avait pas l'énergie de faire plus, et qu'ils essayaient de le soutenir scolairement avec son époux. S'agissant de son mari, elle expliquait qu'elle s'était sentie débordée lorsque ce dernier avait eu un AVC (accident vasculaire cérébral). Quant à la dernière catégorie « 8.7 Divers », un empêchement de 20 % et une invalidité de 1 % ont été retenus. L'assurée expliquait qu'elle n'arrivait pas à sortir leur chien, car il tirait trop sur la laisse et que, depuis 15 ans, elle n'avait plus pratiqué ses anciens loisirs comme l'arrangement floral et la peinture. Au regard de ce qui précède, l'enquêtrice a proposé de retenir un empêchement de 48,2 % à exercer les travaux ménagers habituels, compte tenu de l'aide raisonnablement exigible de son fils ; elle précisait en outre qu'en raison de l'atteinte à la santé et des limitations fonctionnelles de son mari, ce dernier ne pouvait pas faire plus.

Dans un rapport du 4 avril 2014 à l'OAI, le Dr X. _____ a confirmé les diagnostics posés dans ses précédents rapports ainsi que la capacité de travail évaluée à 20-30 %.

Afin de clarifier le droit de l'assurée aux prestations, l'OAI a mandaté la Dre O._____, spécialiste en médecine interne, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et la Dre S._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie au G._____ pour réaliser une expertise médicale pluridisciplinaire. Le 7 janvier 2015, les experts ont envoyé à l'OAI leur rapport d'expertise faisant suite à l'examen de l'assurée du 19 septembre 2014. Ils ont retenu les diagnostics psychiatriques suivants : anxiété généralisée (F41.1), dysthymie (F341) et syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il paraissait raisonnable aux experts d'admettre que les manifestations anxieuses et dépressives chroniques diminuaient suffisamment l'énergie disponible pour justifier une baisse de la capacité de travail de l'ordre de 40 % au plus dans une activité professionnelle. Dans les activités ménagères, où l'exigence de rendement était moindre que dans une activité professionnelle, ils estimaient la baisse de capacité de travail à 30 %. Les experts notaient cependant que ces estimations étaient basées sur l'état clinique actuel. Or celui-ci ne bénéficiait pas d'un traitement optimal, puisque le taux plasmatique de duloxétine mesuré se situait nettement en-dessous des taux efficaces. Il convenait de réévaluer l'importance des limitations fonctionnelles une fois qu'il serait possible de juger du résultat d'un traitement réellement appliqué.

Dans un rapport du 22 janvier 2015, le Dr J._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a proposé de fixer la capacité de travail de l'assurée comme ménagère à 70 % depuis mars 2012.

Le 16 mars 2015, l'OAI a rendu un projet de décision reconnaissant à l'assurée le droit à un quart de rente dès le 1^{er} mars 2013 compte tenu d'un degré d'invalidité de 48,2 %. Ce projet constatait que l'assurée présentait une atteinte à la santé sans interruption notable depuis le mois de mars 2012, et que sans invalidité, elle aurait continué à s'occuper à 100 % de ses travaux habituels de ménagère, dans lesquelles elle subissait des limitations de 48,2 % selon l'enquête économique sur le ménage.

Par certificat médical du 15 avril 2015, le Dr X._____ a attesté que, pour des raisons psychiatriques, l'incapacité de travail de l'assurée avait fluctué entre 70 et 80 % depuis avril 2012 au moins et que dès lors la proposition de l'OAI de reconnaître 48,2 % d'incapacité était à son avis contestable.

Le 16 avril 2015, l'assurée a formé opposition au projet de décision du 16 mars 2015 en faisant notamment valoir que les travaux de ménage étaient difficiles au vu de son état de santé et qu'une réadaptation était impossible. Elle sollicitait que l'OAI revoie sa décision et rectifie le degré d'invalidité à 70 %.

L'OAI a demandé un nouvel avis au SMR au vu des éléments contenus dans l'opposition de l'assurée et du rapport du Dr X._____ du 15 avril 2015. Dans un rapport du 5 mai 2015, le Dr J._____ a estimé que le Dr X._____ n'annonçait aucun fait nouveau ni aucune aggravation. Il était ainsi d'avis que dans l'activité de ménagère, la capacité de travail exigible était de 70 % depuis 2012.

Après un réexamen du dossier, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision le 22 juillet 2015, annulant et remplaçant celui du 16 mars 2015. Il constatait qu'au regard de la jurisprudence, en présence de troubles psychiques et en cas de divergence entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations médicales, il y avait lieu de faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'assuré rencontrait dans ses activités habituelles. Selon l'expertise médicale réalisée le 19 septembre 2014, les empêchements de l'assurée étaient de 30 % et, en conséquence, l'OAI a retenu qu'avec un taux d'invalidité inférieur à 40 %, elle n'avait pas le droit à une rente d'invalidité.

Par décision du 24 septembre 2015, l'OAI a confirmé le projet de décision du 22 juillet 2015 et rejeté la demande de l'assurée.

Par arrêt du 29 novembre 2016 (cause AI 290/15 - 320/2016), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'intéressée. En premier lieu, elle a constaté que sans invalidité, l'assurée aurait continué à se consacrer à ses activités ménagères habituelles et à l'éducation de son fils, et a confirmé son statut de personne sans activité lucrative (consid. 6 let. a). Elle a par ailleurs relevé ce qui suit (consid. 6, let. b et c) :

« b) La recourante a cependant contesté, implicitement au moins, la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire effectuée par les médecins du G._____. Elle ne soulève toutefois aucun grief précis contre cette expertise et se contente de constater qu'elle est contredite par « les autres experts consultés en cours de procédure », en se référant, sur ce point, essentiellement à l'« expertise » établie par le Dr X._____.

En l'espèce, l'expertise établie par le G._____ remplit en tous points les critères posés par la jurisprudence en la matière (cf. consid. 4). Dans la mesure où la recourante n'expose pas en quoi la valeur probante de l'expertise serait insuffisante, il n'y a pas lieu d'y revenir plus en détail, sauf à préciser que les rapports du Dr X._____, qui ne sont pas des expertises, n'ont qu'une valeur probante insuffisante pour remettre en cause les constatations du G._____. D'une part, celles-ci reposent sur une évaluation pluridisciplinaire permettant de mieux prendre en considération l'ensemble des aspects somatiques et psychiques nécessaires à l'évolution de la capacité de travail exigible. D'autre part, elles sont notablement plus motivées que celles du Dr X._____, qui ne convainc pas lorsqu'il atteste une incapacité de travail de 70 à 80% sans véritablement discuter la gravité des atteintes contestées, la compliance au traitement ni une éventuelle exagération des plaintes par sa patiente. On précisera, dans ce contexte, que la jurisprudence a précisé, postérieurement à l'expertise du G._____, les critères permettant de déterminer la capacité de travail encore raisonnablement exigible d'un assuré atteint de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 141 V 281). Bien que l'expertise soit antérieure à cette nouvelle jurisprudence, les experts ont largement pris en considération les indicateurs auxquels se réfère désormais le Tribunal fédéral. Leurs contestations conservent donc une pleine valeur probante.

c) Au surplus, par la suite, le SMR a repris en détail l'enquête économique sur le ménage en prenant en considération les constatations des experts. Le SMR a, dans l'ensemble, suivi les constatations des experts du G._____. Ainsi, le Dr J._____ a retenu que, pour la conduite du ménage (8.1), les travaux liés à l'alimentation (8.2), l'entretien du logement (8.3) et de la lessive et des vêtements (8.5), en l'absence d'empêchements somatiques, les empêchements ne sauraient dépasser 30 %, car elle ne subissait aucune diminution de sa force et qu'elle avait la possibilité de répartir les tâches ménagères sur la semaine au gré de son humeur. Les experts du G._____ renaient également que dans les activités ménagères, la baisse de la capacité de travail était de

30 %. Cette estimation peut être suivie au vu des conclusions de l'expertise du G. _____ selon lesquelles, sur le plan somatique, les examens cliniques démontraient que la recourante avait un bon état général, qu'elle ne présentait pas de limitation d'amplitude articulaire ni de déficit de l'appareil locomoteur au sens « mécanique ». Les experts relevaient en effet que la recourante subissait une baisse d'énergie due aux manifestations anxieuses et dépressives chroniques renforcées par la présence d'une dysthymie. S'agissant des travaux liés aux soins aux enfants ou aux autres membres de la famille, le Dr J. _____ s'est rallié à l'estimation des experts du G. _____ en retenant un empêchement de 30 %. Il estimait que les empêchements ne sauraient être rattachés à l'anxiété généralisée et la dysthymie. L'enquête ménagère retenait pour sa part un empêchement de 60 % en raison du contexte familial et particulièrement des problèmes de santé du fils. Sur ce point, il y a lieu de suivre l'estimation du SMR et du G. _____. En effet, au moment de la décision litigieuse, le fils de la recourante - âgé de 17 ans (14 ans au moment de l'enquête ménagère) - aidait déjà de manière notable sa mère dans ses tâches ménagères (il cuisine, aide pour le ménage, la lessive, les courses, etc.). De plus, les experts du G. _____ ont constaté que l'époux de la recourante avait récupéré à la suite de son AVC. Dès lors, on ne saurait admettre un empêchement de 60 % en raison du contexte familial et il convient de suivre l'estimation d'un empêchement de 30 % telle que constatée par le SMR et le G. _____. De plus, ce taux correspond à celui retenu dans l'exercice des autres activités ménagères.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'autorité intimée s'est fondée sur les résultats de l'expertise du G. _____, laquelle concorde avec l'avis du Dr J. _____, retenant que les empêchements de la recourante dans ses activités habituelles étaient de 30 % et qu'en conséquence elle n'avait pas droit à une rente d'invalidité. »

Cet arrêt n'a pas fait l'objet d'un recours.

B. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité le 25 juillet 2018.

Invitée à rendre plausible une modification de son état de santé, elle a produit, le 13 novembre 2018, les documents suivants :

- Un rapport du 7 septembre 2018 du Dr H. _____, spécialiste en ophtalmologie, faisant état d'une myopie anisométrique secondaire et d'une capacité visuelle corrigée en monoculaire de 80 % des deux côtés ;
- un rapport du 21 septembre 2018 du Dr C. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, mentionnant que la

recourante avait présenté en février 2018 des vertiges rotatoires positionnels en relation avec une cupulolithiase du canal postérieur droit qui avait bien évolué après une manœuvre d'Epley, mais que des vertiges quotidiens, chroniques, qui invalidaient la patiente à type de tangages d'origine mixte (fonctionnel et cervical) s'étaient installés par la suite et pour lesquels un traitement médicamenteux et des exercices de physiothérapie vestibulaire n'avaient pour l'instant pas permis un soulagement complet des symptômes ;

- un rapport du 15 octobre 2018 du Dr V._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation à la Consultation de médecine physique et réhabilitation du T._____, faisant état d'un syndrome de fibromyalgie, et observant que l'examen était marqué par des autolimitations et un comportement démonstratif qui limitaient les conclusions que l'on pouvait tirer de l'examen, l'assurée décrivant des sensations vertigineuses à presque chaque manœuvre de l'examen clinique ;
- un rapport du 25 octobre 2018 du Dr X._____, mentionnant qu'un trouble de la personnalité anxieuse s'était ajouté au tableau clinique présenté par l'assurée en 2012, que l'état anxio-dépressif s'était aggravé avec repli, troubles du sommeil, développement de vertiges et multiplication des consultations médicales et qu'il estimait la capacité de travail à 20-30 % ;
- un rapport du 31 octobre 2018 de la Dre M._____, posant les diagnostics suivants : état anxio-dépressif fluctuant, modéré à sévère avec somatisations, trouble de la personnalité anxieuse avec des accès d'anxiété généralisée, syndrome douloureux chronique polyarticulaire de type fibromyalgie, syndrome du tunnel carpien, status post fracture distale de l'auriculaire droit, et coxarthrose droite débutante ;
- un certificat du 31 octobre 2018 du Dr N._____, spécialiste en médecine du sommeil, confirmant que l'assurée présentait des troubles du sommeil à type de dyssomnie sévère qui avaient un retentissement sur le niveau de fonctionnement général, sur l'humeur et l'anxiété de l'assurée.

Dans un avis du 4 mars 2019, le Dr D._____, médecin au SMR, a estimé qu'une entrée en matière sur la nouvelle demande se justifiait, les vertiges, les troubles du sommeil et les troubles ophtalmiques de l'assurée n'ayant pas été considérés lors de la première demande de prestations.

Le 29 mars 2019, l'assurée a complété un formulaire de détermination du statut, en mentionnant que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % dans une activité administrative depuis 2013 par « nécessité financière (mari âgé) ».

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2020, le Dr X._____ a signalé que les symptômes anxieux s'étaient considérablement aggravés depuis l'arrivée de la pandémie de Covid. Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné une fatigue intense, un pragmatisme, des troubles sévères du sommeil, une angoisse continue avec crises d'angoisse par intermittence, des troubles importants de la concentration, une hypochondrie et des idées de désespoir.

L'OAI a confié un mandat d'expertise au centre F._____. Dans ce cadre, l'assurée a été vue les 15, 16 et 23 octobre 2020 respectivement par les Drs L._____, spécialiste en médecine interne générale, P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W._____, spécialiste en rhumatologie.

Dans l'évaluation consensuelle du rapport d'expertise du 24 décembre 2020, les experts ont retenu les diagnostics suivants :

la « 4.2 Diagnostics pertinents ayant ou non une incidence sur la capacité de travail »

Anxiété généralisée (F41.1)
Phobies spécifiques (F40.1)
Trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4)
Dysthymie (F34.1)

Arthrose digitale des IPP/IPD (interphalangienne proximale/interphalangienne distale) bilatérale, modérée, non handicapante
Coxarthrose droite débutante
Syndrome du canal carpien discret droit
Lombalgies communes
Status onze ans après hernie discale C6-C7 gauche

1989

- Surcharge pondérale
- Status après curetage pour ménométrorragie sur polype en 2008
- Myopie anisométrique après kératotomie radiaire pour myopie en

Allergie à la Pénicilline
Dyslipidémie non traitée
Céphalées de tension chronique
Syndrome douloureux diffus et fatigue chronique d'origine indéterminée »

Sur le plan physique, les experts ont conclu que l'assurée ne présentait pas de limitations fonctionnelles ni de trouble à la santé impactant durablement sa capacité de travail. En revanche, ils ont retenu des limitations fonctionnelles psychiques induites par les troubles anxieux, et ont conclu à une capacité de travail de 50 % depuis début 2018 dans une activité simple et répétitive.

Dans un avis du 21 février 2021, le Dr Y. _____ du SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise et a retenu une aggravation en janvier 2018 avec une capacité de travail de 50 % depuis cette date.

L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée, qui s'est déroulée le 28 septembre 2021. Dans son rapport du 1^{er} octobre 2021, l'évaluatrice a proposé de retenir un statut de ménagère à 100 % et a fixé le taux d'empêchement de la part ménagère à 32 % depuis la péjoration de l'état de santé de l'assurée en janvier 2018.

Dans un projet de décision du 4 octobre 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations estimant que son degré d'empêchements ménagers, qui correspondait à son degré d'invalidité puisqu'elle était considérée comme 100 % ménagère, était de 32 %, ce qui n'ouvrirait pas le droit à une rente.

Le 5 octobre 2021, l'OAI a réceptionné divers rapports de la clinique A. _____, dont un rapport de radiographie du poignet gauche réalisée le 26 août 2021 par la Dre K. _____, spécialiste en radiologie, et un rapport du 14 juin 2021 du Dr E. _____, spécialiste en chirurgie

orthopédique et traumatologie, en lien avec une fracture de l'extrémité distale du radius subie par l'assurée quelques mois plus tôt.

Par courriel du 4 novembre 2021, l'assurée s'est opposée au projet de décision du 4 octobre 2021, en faisant valoir que l'OAI n'avait pas tenu compte du rapport médical de la clinique A._____.

Se déterminant le 15 novembre 2021 sur les rapports de la clinique A._____, le Dr Y._____ du SMR a estimé qu'ils n'apportaient pas d'éléments permettant de retenir une modification significative durable des limitations fonctionnelles de l'assurée. Il a notamment relevé que l'évolution de la fracture de l'extrémité distale du radius gauche était tout à fait favorable au vu de la radiologie effectuée en août 2021.

Le 19 janvier 2022, l'assurée, désormais représentée par Me Véronique Fontana, a transmis à l'OAI un rapport du 17 janvier 2022 du Dr U._____, son nouveau psychiatre traitant depuis janvier 2021, posant les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1), de phobies spécifiques (F40.1), de trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de dysthymie (F34.1) avec diagnostic différentiel de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0). Il était d'avis que l'assurée était incapable de travailler, précisant qu'elle était tenaillée par l'angoisse et ne s'adaptait que peu à son environnement.

Par décision du 21 février 2022, l'OAI a confirmé le refus d'allouer une rente d'invalidité à l'assurée.

C. Par acte de son conseil du 28 mars 2022, B._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle reproche en substance à l'intimé de ne pas avoir pris en compte certaines limitations fonctionnelles et psychiques. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire aux fins d'établir son

incapacité de travail et son taux d'invalidité. Elle a sollicité d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Dans sa réponse du 12 mai 2022, l'OAI a proposé le rejet du recours.

Le 16 novembre 2022, cet Office a transmis à la Cour de céans un courrier du 4 novembre 2022 de la recourante signalant qu'un cancer du sein lui avait été diagnostiqué, ainsi que les pièces médicales produites par celle-ci, notamment un rapport du 8 septembre 2022 des Drs NE._____ et CJ._____, respectivement médecin chef et chef de clinique au département de gynécologie obstétrique de TR._____, mentionnant une mammographie réalisée le 25 juillet 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 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 a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

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^{er} 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^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

En l'occurrence, la recourante a déposé sa nouvelle demande le 25 juillet 2018, si bien que le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité pourrait prendre naissance au plus tôt le 1^{er} janvier 2019. L'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, s'applique dès lors au cas d'espèce.

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) 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.

c) 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^e 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).

d) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent

procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 545 consid. 6.1). En revanche, une appréciation différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 141 V 9 consid. 2.3).

e) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

aa) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

bb) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et

dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

cc) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021] en corrélation avec l'art. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

f) Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI]) dépendra 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. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité

à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

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) 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).

c) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

d) Conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un

investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

5. a) Il y a lieu tout d'abord de constater que le cancer du sein dont souffre la recourante ne peut pas être pris en considération dans le cadre de la présente procédure. Il ressort en effet des pièces produites au stade du recours que ce trouble n'avait pas encore été diagnostiqué à la date de la décision attaquée du 21 février 2022, puisque la mammographie ayant révélé cette atteinte a été réalisée le 25 juillet 2022. Or le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1). Le cancer du sein devra dès lors faire l'objet d'une instruction par l'intimé dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations.

b) Relevons par ailleurs qu'il n'est pas contesté que la recourante est ménagère à 100 %. Ce constat avait déjà été posé lors de la première demande de prestations, et n'a pas été remis en cause dans la cadre de la deuxième demande.

c) En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur l'enquête ménagère réalisée le 28 septembre 2021 au domicile de la recourante pour lui nier le droit à des prestations, compte tenu d'empêchements ménagers arrêtés à 32 %.

La recourante fait pour l'essentiel valoir qu'en ne prenant pas en compte « certaines limitations fonctionnelles physiques et psychiques », l'intimé a violé la loi, estimant que les limitations en question ont une incidence sur sa capacité d'exécuter les tâches ménagères. La recourante n'indique toutefois pas les limitations dont il s'agit. Elle liste dans son résumé des faits plusieurs rapports, dont celui du 25 octobre 2018 de son psychiatre traitant, le Dr X._____, celui du 31 octobre 2018 de la Dre M._____, et se réfère également à l'expertise

pluridisciplinaire du 24 décembre 2020 mise en œuvre auprès du F._____.

Or l'enquêtrice a effectué son évaluation ménagère postérieurement à l'expertise du F._____ et en a tenu compte. Elle a en particulier pris en considération les limitations fonctionnelles retenues par les experts, qu'elle a retranscrites et qui sont les suivantes : « difficultés relationnelles (l'expertisée évite toute rencontre avec son entourage amical en raison de sa phobie de la contamination), bizarrerie du comportement (l'expertisée prend des précautions contre le Covid qui paraissent caricaturales, port de lunettes de protection, port de deux masques l'un sur l'autre), difficulté dans la gestion des émotions avec crises d'angoisse dès que l'expertisée doit s'exposer à des situations qui sortent de sa zone de confort, difficulté à maintenir un rythme diurne/nocturne, avec une heure de coucher très tardive entre 2h00 et 4h00 du matin et une heure de lever en fin de matinée, hypersensibilité au stress, nette diminution de la capacité d'adaptation au changement ». L'enquêtrice a également mentionné tous les diagnostics retenus par les experts du F._____ et confirmés par le SMR, y compris les diagnostics non incapacitants de surcharge pondérale, de statut post curetage utérin, de myopie, de dyslipidémie, de céphalées de tension chronique, de status post cure hernie discale C6-C7 gauche, de syndrome douloureux poly-articulaire, d'arthrose digitale bilatérale, de coxarthrose droite, de syndrome du canal carpien droit et de lombalgies communes. L'enquêtrice a donc eu connaissance, lors de la rédaction de son rapport, de tous ces éléments. Relevons au demeurant que les experts de F._____ ont eu connaissance des rapports d'octobre 2018 du psychiatre traitant et de la médecin généraliste traitante dont se prévaut la recourante, lesquels ne font pas état de diagnostics qui auraient été ignorés par les experts. Précisons à ce sujet que le trouble de la personnalité mentionné par ces médecins traitants a été exclu par l'expert psychiatre de F._____, qui a expliqué de manière étayée et convaincante les raisons le conduisant à écarter un tel diagnostic (volet psychiatrique du rapport d'expertise, p. 28 et 29), lequel n'est par ailleurs pas retenu par le nouveau psychiatre traitant (cf. rapport du 17 janvier 2022 du Dr U._____). Pour le surplus,

l'évaluatrice a bien noté dans son rapport que la date de l'atteinte à la santé était mars 2012, avec une péjoration en janvier 2018 comme l'ont retenu les experts. De même, elle a mentionné les incapacités de travail figurant dans le rapport d'expertise du F._____. Ces derniers éléments ne sont cependant pas déterminants, puisque la recourante est ménagère à 100 %, statut qu'elle ne conteste pas.

Le statut de ménagère de 100 % a au demeurant été dûment motivé par l'enquêtrice de l'OAI, qui a expliqué les raisons l'ayant conduit à s'écarter des indications fournies par la recourante dans le formulaire du 29 mars 2019 selon lequel elle exercerait une activité lucrative à 100 % depuis mai 2013 par nécessité financière. A ce propos, le rapport d'enquête économique mentionne que le pourcentage de 100 % indiqué par la recourante ne correspondait pas à sa situation professionnelle avant l'atteinte à la santé, puisqu'elle n'avait jamais travaillé depuis son arrivée en Suisse en 1995, la recourante étant femme au foyer depuis cette date, par choix personnel, et n'ayant pas repris une activité professionnelle lorsque son mari a été mis au bénéfice d'une rente-pont AVS en décembre 2011. L'enquêtrice a par ailleurs noté que lors de l'entretien, la recourante avait déclaré qu'elle ne pensait pas qu'en bonne santé elle travaillerait, et qu'elle ne s'imaginait pas entreprendre une activité à 54 ans, alors qu'elle n'avait jamais travaillé.

Cela étant, les experts du F._____ n'ont pas examiné, ou compris, la question du statut. Ainsi l'expert de médecine interne a estimé que la recourante avait un statut d'active à plein temps (cf. expertise volet de médecine interne, p. 6). Quant à l'expert psychiatre, il a relevé qu'il n'y avait à son avis pas d'activité professionnelle habituelle chez l'assurée, qui n'avait jamais travaillé en Suisse et se déclarait femme au foyer à 100 % (volet psychiatrique de l'expertise, p. 32). Dans la mesure cependant où il était indiqué que le statut de la personne assurée était une activité lucrative à plein temps dans le profil d'exigences pour l'activité actuelle fourni par l'OAI, il a expliqué que la capacité de travail était de 50 % dans les activités comme aide-comptable ou vendeuse de billets de bus dans un kiosque, activités exercées par la recourante avant son arrivée en Suisse.

Or, ainsi qu'on l'a vu, nous sommes en présence d'une assurée qui a été et demeure 100 % ménagère. Les experts du F. _____ n'ont ainsi pas examiné la capacité de la recourante à accomplir ses travaux habituels de ménagère. C'est dans cette configuration qu'une évaluation ménagère a été mise en œuvre.

A cet égard, et dans la mesure où l'enquêtrice a tenu compte des atteintes somatiques et psychiques retenues par les médecins du F. _____, et que ceux-ci ne se sont pas prononcés sur le préjudice ménager, l'OAI était fondé à se baser sur le rapport de l'enquête ménagère, lequel remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

En effet, outre l'ensemble des diagnostics et des limitations induites par les atteintes à la santé de la recourante qui ont été pris en compte par l'enquêtrice, le rapport d'enquête, qui est dûment motivé, retranscrit également les déclarations de la recourante, y compris sur la nouvelle atteinte au poignet dont celle-ci lui avait fait part. Le rapport mentionne à ce propos une fracture du poignet gauche en avril 2021, chez une assurée droitrière, consécutive à une chute en arrière en promenant son chien (p. 2 du rapport d'évaluation économique sur le ménage). De même, l'enquêtrice a pris note du fait que la recourante avait insisté sur le fait que son atteinte ophtalmologique serait en péjoration selon elle, avec une baisse de son acuité visuelle (p. 2 haut du rapport d'enquête). Enfin, l'évaluatrice a exposé de manière étayée les empêchements ménagers de la recourante.

Pour le surplus, les pièces produites à l'appui du recours ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'enquête. En particulier, le rapport du 17 janvier 2022 du Dr U. _____ n'entre pas en contradiction avec les constats des experts ; il fait au contraire plutôt état d'une amélioration, avec une thymie améliorée. Quant à l'atteinte au poignet gauche, les rapports de la A. _____ produits par la recourante, qui figuraient déjà au dossier, font état d'une évolution satisfaisante et n'apportent pas d'éléments permettant de retenir une modification

significative durable des limitations fonctionnelles de la recourante, comme l'a relevé le SMR.

d) La recourante reproche par ailleurs à l'enquête économique sur le ménage une pondération insuffisante de certains postes. Concernant le poste « Alimentation », elle semble soutenir que la pondération de 60 % pour les activités « préparer et cuire les aliments, faire des provisions » apparaît insuffisante tout comme le taux d'empêchement de 35 % retenu pour ces actes. Pour le poste « Alimentation », l'enquêtrice a fait la pondération suivante : 60 % pour les activités précitées, 10 % pour « mettre la table, servir le repas, débarrasser la table » et 30 % pour « nettoyer la cuisine au quotidien (ranger la cuisine, laver la vaisselle, remplir et vider le lave-vaisselle, nettoyer le bloc de cuisine) ». Cette répartition semble tout à fait adéquate et la recourante n'explique pas en quoi cette pondération serait critiquable. On ne saurait non plus retenir que le taux d'empêchement de 35 % fixé par l'évaluatrice pour la préparation et la cuisson des repas, ainsi que pour faire les provisions serait sous-évalué. A ce propos, l'enquêtrice a relevé ce qui suit : « C'est le mari qui prépare les repas (exigible), avec l'aide de l'assurée. Elle achète dorénavant des plats déjà prêts, ou fait des repas plus simples et rapides, mentionnant également que cela est dû à leur restriction budgétaire. Elle explique arriver un peu à éplucher et couper les légumes et ne pas arriver à porter du lourd (comme une assiette bien remplie), en raison de son arthrose aux doigts (non incapacitants selon le SMR). C'est le mari qui porte les casseroles et enfourne les plats (exigible). Elle peut utiliser le petit cuiseur (type micro-onde), en tirant le couvercle contre elle ». Au vu des limitations fonctionnelles retenues par les experts de F._____, on ne peut pas retenir un taux d'empêchement plus important pour ces actes de la vie ordinaire, étant rappelé qu'aucune limitation fonctionnelle physique n'a été retenue par les experts. Concernant le poste « travaux de nettoyage courants » qui est également contesté par la recourante, le rapport d'évaluation économique sur le ménage retient un taux d'empêchement de 40 % et mentionne ce qui suit : « L'assurée range ses habits uniquement, précisant qu'ils sont mal rangés, Elle range « un peu »

l'appartement. Elle époussette selon son état, selon les jours. Elle ne pense pas vraiment à planifier les tâches, mais les répartit automatiquement en fonction de son état de santé. Elle explique qu'elle n'a plus le moral pour faire le ménage, et met également en avant ses vertiges et les douleurs aux articulations (à noter qu'il y a les atteintes somatiques non incapacitantes selon le SMR). C'est plutôt le fils ou le mari qui passe l'aspirateur et la serpillère (exigible). Elle nettoie beaucoup moins la salle de bain qu'avant, en sprayant le produit et en passant un coup de chiffon, en surface. Le couple ne lave plus la baignoire mais passe un coup de jet d'eau. Les draps de lit sont changés à deux, avec l'aide du mari (exigible). C'est le mari qui change la housse du matelas (exigible). La fréquence du changement des draps a diminué à 3 semaines. L'assurée participe moins depuis 01.2018 ». Rien ne permet de s'écarter de l'appréciation de l'enquêtrice qui est motivée et en adéquation avec les limitations fonctionnelles de la recourante. La recourante se limite à alléguer que l'empêchement pour ce poste peut être fixé à 60 % au lieu des 40 % retenus par l'enquêtrice, sans fournir la moindre explication. Enfin, contrairement à ce qu'elle soutient, le rapport du 17 janvier 2022 du Dr U. _____ ne mentionne pas qu'elle présenterait une incapacité totale dans l'exécution des tâches ménagères. Par ailleurs, ce document du psychiatre traitant ne mentionne pas des limitations fonctionnelles pouvant impacter la capacité de la recourante à tenir son ménage, le Dr U. _____ évoquant, concernant le status psychique, des difficultés liées à l'anxiété de la recourante en lien avec la pandémie.

En définitive, aucun élément ne permet de douter des conclusions contenues dans le rapport d'enquête ménagère. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a retenu que la recourante présentait des empêchements dans l'accomplissement de ses travaux habituels de 32 % et a fixé le degré d'invalidité à ce taux, lequel est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

6. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits

présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid. 4.1).

b) En l'espèce, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête de la recourante en ce sens doit ainsi être rejetée.

7. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision entreprise 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. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. Dans la mesure où elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat.

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

d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par

renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'un avocat en la personne de Me Véronique Fontana, qui peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. La liste des opérations produites fait état d'un total de 19h00 de travail fourni. Après examen des opérations effectuées, il apparaît que le temps affecté à certains postes est excessif. Me Fontana indique avoir consacré 6h30 à la rédaction et au « lissage du recours ». Si le recours fait 7 pages, il comporte essentiellement un résumé des faits et des considérations générales en droit. Les arguments spécifiques à la présente procédure reposent sur une seule page de l'acte de recours. Me Fontana mentionne en outre avoir consacré 3h00 supplémentaires à l'étude du dossier de l'OAI et 10 minutes à un rapport du Dr U._____ le 29 mars 2022. Or ces activités ont été accomplies le lendemain du dépôt du recours, et aucune réplique n'a été déposée. Enfin, l'assistance judiciaire ayant été accordée avec effet au 28 mars 2022, les activités antérieures ne sauraient être prises en compte, d'autant moins qu'elles ont trait à la demande d'assistance juridique gratuite déposée auprès de l'OAI. En définitive, il se justifie de tenir compte d'un total de 8h30 dans le cadre de l'assistance judiciaire, à un tarif horaire de 180 fr., soit 1'530 fr., montant auquel il convient d'ajouter des débours forfaitaires à concurrence de 5 % des honoraires admis (art. 3bis al. 1 RA) [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), par 76 fr. 50, et la TVA au taux de 7,7 %, par 123 fr. 70, soit à 1'730 fr. 20 au total.

e) La 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, 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 21 février 2022 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 d'office de Me Véronique Fontana, conseil d'office de la recourante, est arrêtée à 1'730 fr. 20 (mille sept cent trente francs et vingt 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 et de l'indemnité du conseil d'office 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 :

- Me Véronique Fontana (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 :