

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 avril 2023

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Subilia, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 29 al. 2 Cst. ; 6 s. et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1 et 28 et 28a al. 3 LAI ; 27bis RAI

E n f a i t :

A. **a)** Ressortissante kosovare, L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mariée et mère de cinq enfants (nés en [...], [...], [...], [...] et [...]) dont seuls les deux derniers font encore ménage avec elle. Après avoir fui le Kosovo en raison de la guerre, elle est entrée en Suisse en 1999. Titulaire d'une autorisation de séjour en Suisse de type C, sans formation, elle était sans activité lucrative (femme au foyer avec quelques mandats lors de la récolte des vignes).

b) En incapacité de travail, elle a déposé une demande de prestations (mesures professionnelles / rente) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 5 avril 2019, en raison de « migraine, le dos, tension haute, les bras et pieds gonflés » existant depuis cinq ans.

 D'après le questionnaire 531bis du 6 mai 2019, si l'assurée avait été en bonne santé, elle a indiqué qu'elle travaillerait depuis 2010 comme aide de ménage et mère au foyer à 100 %. Dans le cas où en bonne santé elle ne travaillerait pas à temps plein, elle aurait comme activités le ménage, l'éducation et des loisirs pendant le pourcentage non-travaillé.

 Dans un rapport du 14 mai 2019 à l'OAI, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne, médecin traitant depuis 2014, a posé les diagnostics incapacitants de discopathie lombaire étagée (existant depuis 2015), de troubles dépressifs (existant depuis 2014), d'illettrisme et d'obésité (98 kilos pour 157 centimètres, existant depuis 2014). Ce médecin décrivait des lombalgies rebelles et une fatigue chronique dans un contexte social et familial perturbé. Il retenait comme limitations fonctionnelles les efforts physiques, le port de charges, la position statique et la gestion intellectuelle du stress. Il indiquait que la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était difficile à estimer sans évaluation dans le contexte d'un état de santé « chronifié » et sans espoir d'amélioration. Le médecin traitant a joint un rapport d'IRM lombaire du

31 janvier 2019 du Dr N._____, spécialiste en radiologie, qui a montré une discrète discopathie dégénérative étagée avec, en L4-L5, une petite protrusion discale médiane et paramédiane gauche sans conflit, un aspect globalement hétérogène de la structure osseuse du squelette axial avec la présence de quelques anomalies focales non caractérisables sur cet examen, probablement sclérotiques, notamment en L5. Ce radiologue s'interrogeait sur l'indication d'une scintigraphie osseuse et d'investigations à la recherche d'une éventuelle lésion primaire (mammaire, rénale, autre).

Le 3 juin 2019, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle n'avait pas de psychiatre traitant pour l'instant.

Après avoir soumis le rapport du 14 mai 2019 du Dr H._____, au Service médical régional de l'assurance-invalidité ([SMR] avis médical du 24 avril 2020 de la Dre X._____), l'OAI a réactualisé les données médicales en sa possession. Dans un rapport, reçu le 5 mai 2020, le médecin traitant a répondu aux questions complémentaires de l'OAI. Il a décrit une contraction lombaire et des plaintes inchangées, sans pouvoir se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée au vu des capacités d'apprentissage limitées (intellect et illettrisme) ; le travail physique était contre-indiqué, en plus de limitations intellectuelles. Le traitement alliait des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et un myorelaxant.

Dans un avis médical du 26 mai 2020, la Dre X._____, du SMR, a sollicité une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie).

L'OAI a, par le biais de la plateforme SuisseMED@P, confié une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie) au S._____, SA de [...]. Dans leur rapport du 15 décembre 2020, ces experts ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), une dysthymie (F34.1), une modification durable de la personnalité après une expérience catastrophe (F62.0), une douleur

lombaire modérée sans irradiation sur discopathie (M51.9), une obésité avec BMI [Body Mass Index] à 37,8 (E66.0), une hypertension artérielle essentielle (I10) depuis une vingtaine d'années, équilibrée, et un diabète de type 2 traité depuis deux mois (E11.9), équilibré. Sur la base de leurs propres constatations, les experts ont estimé que si une activité dans les vignes exercée seulement durant deux mois n'était plus exigible de la part de l'assurée au vu des limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique, elle disposait toutefois d'une capacité de travail de 60 %, dans toutes activités, avec un rendement plein, depuis au moins dix ans, voire depuis son arrivée en Suisse en 1999-2000, en raison des comorbidités psychiatriques et facteurs socio-professionnels importants.

Après avoir soumis l'expertise au SMR (avis médical du 4 janvier 2021 de la Dre X. _____), l'OAI a recueilli un complément d'expertise du 11 janvier 2021 auprès de l'experte psychiatre du S. _____.

Dans un rapport SMR du 19 janvier 2021, faisant siennes les constatations et conclusions des experts du S. _____, la Dre X. _____ a retenu comme atteinte principale à la santé un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4). Elle a posé comme pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité une dysthymie (F34.1), une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et une douleur lombaire sans irradiation sur discopathie dégénérative L4-L5 (M51.9). Les facteurs non du ressort de l'assurance-invalidité étaient une obésité, une hypertension artérielle et un diabète de type 2 équilibré. La médecin a retenu une capacité de travail limitée à 60 % sans baisse de rendement dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues qui étaient : « anxiété et comportements d'évitement, fatigue, ruminations anxieuses et douleurs envahissantes sans substrat organique, période de baisse de thymie avec diminution d'élan vital ; pas d'efforts de soulèvement à partir du sol de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste maintenu, port de charge proche du corps limité à 15 kg ».

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 18 août 2021 au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 20 août 2021, l'enquêteur a retenu un statut de 50 % active et 50 % ménagère. Il n'a pas constaté d'empêchement chez l'assurée dans l'accomplissement des travaux habituels.

Ce rapport se termine comme suit :

"10 - Observation/Conclusions

Prise de position concernant les remarques et les indications de l'assuré(e), observations personnelles et commentaires sur les avis divergents donnés par le/la patient(e), le médecin et des tiers. Commentaires éventuels par rapport à la dernière évaluation.

L'entretien a lieu au domicile de l'assurée, en sa présence et celle de son époux. L'intéressée ne parlant pas le français, le fils gère la traduction pendant l'ensemble de l'évaluation. L'intéressée ne participe que peu à l'entretien malgré la traduction. Le fils se charge d'apporter la plupart des informations.

Concernant le statut, au vu des arguments mis en avant par l'assurée, mais aussi ses dires lors de l'évaluation API [allocation pour impotent] de l'époux en 01.2019, ainsi que la date de la LM [longue maladie], le statut proposé est de 50 % active et 50 % ménagère.

S'agissant des empêchements ménagers, il n'[a] pas été possible d'évaluer la situation avant son atteinte à la santé, étant donné que celle-ci date de 1999. En prenant en compte uniquement la situation actuelle, les empêchements finaux sont inexistantes. En effet, le fils décrit l'intéressée comme étant autonome pour la quasi-totalité des activités domestiques, en adaptant son rythme à ses limitations en séquençant les activités si nécessaires. Il faut prendre en compte l'aide exigible de la part des membres de la famille, dans son cas les enfants, car l'époux étant atteint dans sa santé, il ne participe plus à rien selon ses dires. Si l'on se réfère à l'expertise rhumatologique et de médecine interne, les dires de l'assurée vont dans le même sens, à savoir qu'elle reste autonome pour la plupart des tâches. Les dires dans l'expertise psychiatrique sont en contradiction avec ses dires lors de l'évaluation à domicile ou des deux autres expertises au dossier."

Le 1^{er} février 2022, une spécialiste en réinsertion professionnelle à l'OAI a procédé au « calcul du salaire exigible » ; le revenu hypothétique d'invalidé, basé sur les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2000, niveau de compétence 1, avec un horaire de travail de 60 % et un abattement de

10 % en raison des limitations fonctionnelles, était de 24'829 fr. 77. Comparé au revenu hypothétique sans atteinte à la santé de 45'981 fr. 06, il résultait un préjudice économique de 21'151 fr. 29 aboutissant à un degré d'invalidité de 46 %. Par ailleurs, une aide au placement était ouverte sur la demande de l'assurée.

Par projet du 8 mars 2022, puis par décision du 2 mai 2022, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que le degré d'invalidité (23 %), calculé d'après la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, était insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité. Dans le cadre de son instruction de la demande de prestations du 5 avril 2019, l'OAI a constaté que la capacité de travail et de gain de l'assurée était diminuée depuis 1999. Sur la base du questionnaire rempli et de l'évaluation ménagère, sans atteinte à la santé, l'intéressée aurait exercé une activité lucrative à 50% (part active), le 50% restant correspond à ses travaux habituels (part ménagère). Les empêchements rencontrés dans la tenue de son ménage étaient nuls. A la fin du délai d'attente, soit en 2000, elle présentait une capacité de travail de 60% sur un taux de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (anxiété et comportements d'évitement, fatigue, ruminations anxieuses et douleurs envahissantes sans substrat organique, période de baisse de thymie avec diminution de l'élan vital ; pas d'efforts de soulèvement à partir du sol de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste maintenu, port de charge proche du corps limité à 15 kg). Elle pouvait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement. En application de la nouvelle méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères depuis le 1^{er} janvier 2018, la comparaison entre un revenu sans (45'981 fr. 06) et avec invalidité (24'829 fr. 77) débouchait sur une perte de gain s'élevant à 21'151 fr. 29, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 46 %. De ce fait, le nouveau degré d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2018 dans ces deux domaines (actif et ménager) était calculé de la manière suivante :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	50%	46%	23%
Ménagère	50%	0%	0%
Taux d'invalidité (arrondi) :			23%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

B. Par acte du 2 juin 2022, L. _____, représentée par Me Olivier Subilia, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée dès le 4 avril 2019, subsidiairement à la mise en œuvre préalable d'une nouvelle expertise afin de déterminer sa capacité de travail et à l'octroi d'une rente entière dès le 4 avril 2019, plus subsidiairement, à la mise en œuvre préalable d'une nouvelle expertise afin de déterminer sa capacité de travail et à l'octroi d'une rente correspondant à son taux d'invalidité dès le 4 avril 2019. Elle invoque une violation de son droit d'être entendue en lien avec les déclarations retranscrites dans le rapport d'évaluation économique sur le ménage du 20 août 2021. Sur le fond et en substance, elle conteste la capacité de travail résiduelle retenue dans des activités adaptées, le statut d'active à 50 % et de ménagère à 50 %, l'absence d'empêchement dans l'accomplissement des travaux ménagers, et l'abattement de 10 %. Elle demande par ailleurs une aide au placement. Les arguments développés par la recourante à l'appui de son acte seront repris ci-après dans la mesure utile pour la discussion et la solution au présent litige.

Dans sa réponse du 15 août 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il renvoie au rapport d'expertise des 15 décembre 2020 et 11 janvier 2021, au rapport d'évaluation économique sur le ménage du 20 août 2021 et au calcul du salaire exigible du 1^{er} février 2022, estimant que les critiques de la recourante ne sont pas de nature à modifier sa position.

Aux termes de sa réplique du 8 septembre 2022, la recourante indique ne pas avoir d'explications complémentaires, ni d'autres pièces à produire. A titre de mesures d'instruction, elle requiert l'audition par le

tribunal de ses deux enfants (A.D._____ et B.D._____) qui font encore ménage commun avec leur mère. Pour le reste, elle insiste sur les mesures d’instruction déjà formulées dans son acte de recours du 2 juin 2022, à savoir la réalisation d’un nouvel IRM lombaire, d’une scintigraphie osseuse et d’investigations pour une éventuelle lésion primaire (mammaire, rénale, autres) ainsi que d’une expertise neurologique.

Une copie de cette écriture a été communiquée à l’OAI pour information le 13 septembre 2022.

C. Par décision du 30 juin 2022, L._____ a été mise au bénéfice de l’assistance judiciaire avec effet au 2 juin 2022. Elle était exonérée du paiement d’avances et des frais judiciaires ainsi que de toute franchise mensuelle. Un avocat d’office en la personne de Me Olivier Subilia lui a été désigné.

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) Dans un grief de nature formelle, qu’il convient d’examiner à titre liminaire, la recourante se plaint d’une violation de son droit d’être

entendue, en ce sens que l'OAI a retenu les déclarations de son fils qui s'est exprimé à sa place lors de l'enquête à domicile du 18 août 2021 contredisant à plusieurs reprises ses propres déclarations faites dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire.

b) aa) Garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu comprend notamment le droit pour l'intéressé de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, d'avoir accès au dossier, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1; 142 II 218 consid. 2.3). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, en ce qui concerne les rapports d'enquête rédigés sur place – tels les rapports économiques sur le ménage ou ceux concernant l'intensité et la durée des soins à domicile –, il suffit que le droit de l'assuré de consulter le dossier soit respecté et que lui soit donnée la possibilité de s'exprimer sur le résultat de l'enquête dans le cadre de la procédure relative à l'exercice de son droit d'être entendu (ATF 128 V 93 consid. 4 *in fine*; TF 9C_595/2013 et 9C_646/2013 du 30 novembre 2013 consid. 6.3; I 175/01 du 4 septembre 2001 consid. 3). Un rapport d'enquête (à domicile) n'a donc pas à être soumis séance tenante à l'assuré pour lecture et approbation et il suffit, comme en l'espèce que la personne ait été mise en situation, durant la procédure administrative, de prendre connaissance dudit rapport, de s'exprimer par écrit à son sujet et d'accéder à la totalité du dossier (TF 9C_119/2022 du 12 décembre 2022 consid. 4.2 et les références citées).

bb) La recourante n'expose pas quelles seraient les déclarations qu'elle aurait faites aux experts qui seraient contredites par les réponses de son fils à l'enquêteur ménager de l'OAI le 18 août 2021. Lors de l'enquête, elle a préféré laisser son fils répondre en ne participant que peu à l'entrevue malgré la traduction de l'entretien assurée par celui-ci. Il n'y a en outre aucune raison de croire que les observations retranscrites dans le rapport d'enquête du 20 août 2021 ne correspondent

pas aux déclarations faites au cours de l'entretien, ce qu'elle ne prétend d'ailleurs pas. Si tel n'était pas le cas, la recourante a eu tout loisir, que ce soit tant en procédure administrative que dans le cadre de la procédure de recours, de faire part de ses remarques et objections. En outre, les déclarations de son fils sont similaires à celles que la recourante a faites aux experts de médecine interne et rhumatologues. Il n'y a ainsi pas lieu de considérer que le droit d'être entendue de la recourante a été violé.

3. a) Sur le fond, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

b) aa) Dans le cadre du développement continu de l'AI, la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20), le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) et la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (modification du 19 juin 2020 ; RO 2021 705 ; FF 2017 2535).

De façon générale, le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées).

S'agissant plus spécifiquement du nouveau système des rentes linéaire, entré en vigueur au 1^{er} janvier 2022, les dispositions transitoires de la modification du 19 juin 2020 (let. c) énoncent que pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, l'ancien droit reste applicable. Dans sa circulaire relative aux dispositions transitoires concernant le système de rentes linéaire (Cir. DT DC AI, chiffre 2002), les rentes d'invalidité des bénéficiaires appartenant au groupe « Droits acquis » (années de naissance de 1957 à 1966) restent dans l'ancien droit et

conservent l'échelonnement des fractions obtenues jusqu'à l'extinction de la rente d'invalidité ou jusqu'au moment où une rente de vieillesse lui succède.

bb) Dans le cas présent, la décision de refus de prestations a été rendue le 2 mai 2022. La capacité de travail et de gain de la recourante, née en 1965, est diminuée depuis 1999. Le début du droit éventuel aux prestations est fixé au 1^{er} octobre 2019 compte tenu de la demande tardive (au sens de l'art. 29 al. 1 LAI). Sont dès lors applicables les dispositions de la LAI et des ordonnances y relatives dans leur ancienne teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. a) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b) aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGa et 28a al. 1 LAI).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est

évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode «spécifique» d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité] ; RS 831.201 ; cf. MARGIT MOSER-SZELESS, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n. 52 *ad* art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de

déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c). Le point de savoir si la personne assurée exercerait une activité lucrative et, cas échéant, à quel taux dépend des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (TF 9C_151/2022 du 8 juillet 2022 consid. 2.3).

5. a) 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).

b) Selon la jurisprudence, les « facteurs extra-médicaux » (exagération des plaintes, réticence à accepter un traitement, faible motivation à reprendre une activité lucrative), à l'instar des facteurs psychosociaux et socioculturels, ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. Pour admettre une invalidité, il faut dans tous les cas un substrat médical constaté de manière concluante par un médecin (spécialisé) et dont il est prouvé qu'il entrave considérablement la capacité de travail et de gain. Plus les facteurs psychosociaux et socio-culturels sont importants dans le cas d'espèce et contribuent à déterminer le tableau clinique, plus les troubles psychiques constatés par le médecin spécialiste doivent être marqués et avoir valeur de maladie. Cela signifie que le tableau clinique ne doit pas se limiter à des atteintes dues à des facteurs socio-culturels, mais qu'il doit comprendre des éléments psychiatriques distincts, par exemple une dépression durable au sens de la médecine spécialisée, clairement différenciable des états dépressifs ou un état psychique comparable. Ainsi la présence de troubles psychiques autonome - en ce

sens qu'ils doivent être distingués de la situation de stress socio-culturel - et ayant des répercussions sur la capacité de travail et de gain est indispensable pour que l'on puisse parler d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_558/2020 du 7 septembre 2021 consid. 4.2 ; 9C_848/2017 du 29 mai 2018 consid. 4.2 ; 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4).

6. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) 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) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bienfondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

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). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à

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

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).

7. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

b) En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un 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 (règles 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).

8. La recourante conteste le statut mixte de 50 % active et 50 % ménagère retenu par l'OAI sur la base du rapport d'évaluation économique sur le ménage du 20 août 2021 et argue qu'il conviendrait de retenir un statut de 100 % active.

La position de l'assurée ne saurait toutefois être suivie. En effet, dans le formulaire servant à la détermination du statut (questionnaire 531bis du 6 mai 2019), elle a répondu qu'elle travaillerait à 100 % comme aide de ménage et mère au foyer depuis 2010 sans atteinte à la santé. En outre elle a précisé que si elle ne travaillait pas à temps plein, elle aurait comme activités le ménage, l'éducation et des loisirs. Il ressort de ses premières déclarations qu'elle n'aurait ainsi pas consacré la totalité de son temps à une activité professionnelle mais aurait conservé un taux réduit pour accomplir ses tâches de mère et femme au foyer. Elle n'établit pas sa soudaine volonté d'être active à 100 % par l'acte ; compte tenu de son incapacité de travail de 40 %, elle était en mesure de travailler à un taux partiel de 60 % depuis l'arrivée en Suisse en 1999 mais ne l'a pas fait ; elle a opté toutes ces années durant pour la vie de mère et femme au foyer (sous réserve de quelques récoltes des vignes). L'assurée ne peut aujourd'hui soutenir de manière crédible qu'un intérêt personnel ou qu'une situation financière familiale précaire auraient justifié la prise d'un emploi à plein temps si elle avait été en parfaite santé.

Au demeurant, il n'y a pas lieu de remettre en cause le raisonnement qui a conduit l'intimé à conclure, dans le cas particulier, à l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. En effet, dans le rapport de l'enquête économique sur le ménage effectuée le 18 août 2021, la motivation de l'évaluateur fait notamment référence aux déclarations de la recourante dans le cadre de la procédure de demande d'allocation pour impotent (ci-après : API) déposée pour son mari et dans laquelle elle déclare qu'elle « se doit d'être présente pour lui, que cela soit au niveau de l'aide pour la préparation des vêtements, les déplacements,

l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie ainsi que pour la surveillance personnelle permanente. La nécessité de devoir être présente pour son époux, selon ses dires dans l'évaluation API, l'empêcherait donc d'avoir une activité à 100%, même si elle était en bonne santé ». Cette évaluation tient compte de l'ensemble des circonstances, à savoir les déclarations de l'assurée durant l'entretien, de ses dires lors de l'évaluation API de l'époux en janvier 2019, de la situation financière difficile de la famille endettée, de l'âge des enfants de l'intéressée ainsi que de ses quelques activités professionnelles (rapport d'évaluation économique sur le ménage du 20 août 2021, p. 3). Elle est même plutôt généreuse en présence d'une assurée qui n'a pas exercé de réelle activité lucrative malgré une capacité de travail résiduelle de 60 % depuis de très nombreuses années.

Eu égard à ce qui précède, le grief soulevé par la recourante doit être rejeté. Il convient de confirmer le statut mixte de 50 % active et 50 % ménagère tel qu'arrêté par l'intimé.

9. a) En ce qui concerne la part que la recourante consacre à l'exercice d'une activité lucrative, l'autorité intimée a retenu qu'à la fin du délai d'attente, soit en 2000, la recourante présentait une capacité de travail de 60 % sur un taux de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (*anxiété et comportements d'évitement, fatigue, ruminations anxieuses et douloureuses envahissantes sans substrat organique, période de baisse de thymie avec diminution d'élan vital ; pas d'efforts de soulèvement à partir du sol de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste maintenu, port de charge proche du corps limité à 15 kg*). L'OAI se base sur les constatations et les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire S. _____ des 15 décembre 2020 et 11 janvier 2021 (cf. rapport SMR du 19 janvier 2021).

De son côté, la recourante argue que son taux d'incapacité de travail est supérieur à 40 %, étant d'avis que le taux exact ne peut toutefois être arrêté sans que des expertises complémentaires soient réalisées. Ce faisant, elle conteste l'évaluation de la répercussion des

atteintes à la santé sur la capacité de travail et l'expertise précitée, sur les volets de médecine interne et rhumatologie en particulier, en se fondant sur l'opinion du Dr H._____ ; le trouble somatoforme douloureux persistant diagnostiqué par l'experte psychiatre atteste de douleurs intenses qui entravent l'assurée au quotidien ainsi que cette experte l'a constaté durant l'entretien (elle a besoin de l'aide constante de tiers, est incapable de rester assise plus d'une heure ni de se tenir debout plus de trente minutes). Malgré la manifestation d'importantes douleurs, les experts en médecine interne et en rhumatologie concluent à l'inexistence de problèmes somatiques. La recourante déplore des examens extrêmement sommaires sur ces deux plans qui, à ses yeux, sont insuffisants pour permettre d'affirmer avec certitude qu'elle ne souffre d'aucune douleur somatique. En l'absence d'expertises complémentaires, elle soutient qu'une pleine capacité de travail ne saurait être retenue.

Il convient de déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a retenu une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée.

b) Dans l'expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie et rhumatologie), confiée au S._____ par l'OAI courant 2020, les experts (à savoir les Drs G._____, médecin praticien, F._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et W._____, spécialiste en rhumatologie) ont unanimement évalué que si l'activité exercée seulement durant deux mois dans les vignes n'était plus exigible de la part de l'assurée au vu des limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique, la capacité de travail était de 60 %, sur un 100 %, en raison d'anxiété et comportements d'évitement, de fatigue, de ruminations anxieuses et la prédominance des douleurs envahissantes sans substrat organique et par périodes, lors de baisse de thymie, la présence d'une diminution de l'élan vital.

Dans leur évaluation consensuelle du cas, les experts du S._____ retiennent les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant, (F45.4), de dysthymie, (F34.1), de modification durable de la personnalité après une expérience catastrophe, (F62.0), de douleur

lombaire modérée sans irradiation sur discopathie, (M51.9), d'obésité avec BMI [Body Mass Index] à 37,8, (E66.00), d'hypertension artérielle essentielle, (I10), depuis une vingtaine d'années, équilibrée et de diabète de type 2 traité depuis 2 mois, (E11.9), équilibré. Ils ont estimé que si une activité dans les vignes exercée seulement durant deux mois n'était plus exigible de la part de l'assurée au vu des limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique (« pas d'efforts de soulèvement à partir du sol de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste maintenu, port de charge proche du corps limité à 15 kg »), elle disposait d'une capacité de travail de 60 %, depuis au moins dix ans, voire depuis son arrivée en Suisse en 1999-2000. Les limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique étaient une anxiété et des comportements d'évitement, une fatigue, des ruminations anxieuses et la prédominance des douleurs envahissantes sans substrat organique. Par périodes, lors de baisse de thymie, une diminution de l'élan vital était présente.

Les experts du S. _____ ont dûment motivé leurs conclusions et, s'en tenant à leur rôle, ont distingué les éléments subjectifs et leurs propres constatations médicales pour évaluer la répercussion des atteintes à la santé sur la capacité de travail. A cet égard, les experts ont pris connaissance de la totalité du dossier médical, se sont entretenus individuellement avec l'assurée dont ils ont recueilli les plaintes spontanées. Sur la base de leurs examens respectifs, ils ont analysé de manière circonstanciée le cas de la recourante. En l'absence de défauts manifestes, il y a lieu de valider les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire qui est probant (cf. consid. 6b-c supra). Ce rapport contient des anamnèses, fait état des plaintes exprimées par la recourante et décrit le contexte déterminant. Il est le résultat d'un examen pluridisciplinaire *lege artis*, repose sur des éléments dûment documentés et des considérations complètes motivées. Les conclusions de ce rapport sont le résultat d'un consilium qui prend en compte l'appréciation globale du cas.

c) Chaque expertise et son complément repose sur des constatations et conclusions qui sont complètes et cohérentes,

conformément aux réquisits en la matière, tant pour ce qui concerne les diagnostics que l'évaluation de la répercussion des atteintes sur la capacité de travail.

aa) Sur le plan psychiatrique (rapport d'expertise, volet psychiatrique, pp. 16 - 21), l'experte F. _____ conclut à un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), à une dysthymie (F34.1) et à une modification durable de la personnalité après une expérience catastrophe (F62.0).

aaa) Tout d'abord l'experte psychiatre a mis en évidence les éléments cliniques propres à chaque diagnostic retenu et elle a posé les diagnostics en référence à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes sa santé connexes (CIM-10).

L'experte a examiné les symptômes (de la cognition, de l'humeur, des troubles anxieux, de la pensée, de la perception, des conduites alimentaires, d'état de stress post-traumatique et de conduites addictives). Elle a ensuite procédé à des constatations sur le comportement et l'apparence extérieure, la compréhension linguistique, l'orientation et les facultés cognitives, l'humeur, l'anxiété ainsi que les troubles de la pensée et de la perception. L'experte psychiatre retient le diagnostic de dysthymie face à une période d'au moins deux années de dépression constante ou constamment récurrente, l'absence d'épisode isolé de dépression de sévérité suffisante répondant aux critères d'un trouble léger récurrent, et la présence d'une irritabilité, de troubles du sommeil, de fatigue, d'une diminution de l'élan vital, d'une perte d'intérêt et de plaisir, d'un retrait social, d'un pessimisme de l'avenir. Elle retient aussi le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience catastrophe ; elle constate en effet que l'assurée présente des séquelles de stress post-traumatique, avec des reviviscences, des difficultés à prendre des décisions, une anxiété anticipatoire, des besoins de réassurance de l'entourage, avec des mécanismes de défense. Son fonctionnement général a été affecté depuis 2000. L'experte psychiatre retient aussi le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant,

face à l'apparition de douleurs diffuses et d'une fatigue intense, sans substrat anatomique ; elle constate en effet que depuis son arrivée en Suisse en 1999, l'assurée se plaint de douleurs diffuses.

bbb) Selon la jurisprudence, il convient d'évaluer les capacités fonctionnelles de la personne assurée à la lumière des indicateurs pertinents, dans une analyse axée sur les ressources et les déficits fonctionnels découlant d'une ou plusieurs atteintes à la santé. Dans le cadre de cette analyse, les indicateurs relatifs au degré de gravité fonctionnel permettent de faire certaines constatations qui doivent être confrontées aux indicateurs relatifs à la cohérence.

Concernant le degré de gravité fonctionnel des troubles, l'experte psychiatre n'a, dans un premier temps, pas décrit de limitations fonctionnelles découlant strictement des atteintes psychiatriques. Les restrictions sont influencées de manière importante par le contexte social et professionnel. Elle retient en effet que les comorbidités psychiatriques ne justifient pas une incapacité de travail en raison de la durée, de l'absence de suivi psychiatrique ou de la nécessité de prescription de médication psychotrope ; cependant au vu de facteurs contextuels (manque d'intégration, d'éducation et inactivité professionnelle) une diminution de la capacité de travail est reconnue. Sur la base des diagnostics posés, la capacité de travail résiduelle de l'assurée est évaluée à 60 % sans diminution de rendement.

Dans le complément du 11 janvier 2021, l'experte psychiatre confirme qu'une erreur s'est glissée au chiffre 4.8 du rapport consensuel de la mi-décembre 2020 en ce sens que les facteurs contextuels n'ont pas d'influence sur l'incapacité de travail de 40 % retenue. Elle a ajouté que les limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique étaient une anxiété et des comportements d'évitement, une fatigue, des ruminations anxieuses et la prédominance des douleurs envahissantes sans substrat organique. Par périodes, lors de baisse de thymie, une diminution de l'élan vital était présente. Ces limitations fonctionnelles étaient valables depuis au moins dix ans, voire 1999-2000 date de son arrivée en Suisse. On

comprend ainsi que, sans tenir compte des facteurs contextuels, les atteintes à la santé psychique justifient la prise en compte d'une incapacité de travail de l'assurée de 40 %.

S'agissant du traitement ou de la résistance au traitement, l'examen de ce critère ne s'avère guère significatif puisqu'en l'absence de suivi psychiatrique le traitement ne peut pas être une source de succès éventuel en termes de ressources.

Pour l'examen des ressources personnelles, l'experte constate des ressources limitées ; la recourante a peu de ressources mobilisables (« elle n'a pas d'autres ressources que plonger dans un état régressé, avec somatisation, et sollicitation accrue de l'entourage au détriment de l'autonomisation de sa fille jeune adulte qui semble prendre en charge ses parents et a dû être parentifiée dès sa jeune adolescence »), ne parle pas le français, est illettrée, et ne se déplace pas en transports publics. Même si elle a déclaré s'assumer en partie elle-même, l'experte psychiatre constate pourtant une dépendance vis-à-vis de l'entourage pour la tenue du ménage, l'approvisionnement, la cuisine et la nourriture ; le comportement des proches est susceptible de renforcer le sentiment de dépendance.

S'agissant du contexte social, la recourante est mère de cinq enfants dont les deux plus jeunes vivent encore au domicile parental. Elle a un mari qui est bénéficiaire des prestations de l'assurance-invalidité. Elle n'a pas de formation professionnelle, est illettrée, et s'est consacrée à l'éducation des enfants ainsi qu'à la tenue du ménage. Les facteurs contextuels, le manque d'éducation, l'isolement social, la non-intégration, ainsi que l'absence d'activité professionnelle, rendent un processus de réadaptation et chances de début d'activité difficile.

Au niveau de la cohérence, l'experte décrit une assurée dont le récit anamnétique et la détresse psychique ressentie sont congruents à l'examen clinique.

L'experte ajoute que l'introduction d'un antidépresseur de type duel pourrait améliorer partiellement la gestion de la douleur et de l'état anxiodépressif, avec une amélioration de son état dans les trois mois et possibilité de capacité de travail de 80 % sans diminution de rendement. Sur la base de l'analyse de ces critères, la capacité de travail résiduelle de la recourante a été évaluée par l'experte psychiatre à 60 % dans une activité adaptée aux restrictions fonctionnelles retenues (*« anxiété et comportements d'évitement. Fatigue, ruminations anxieuses et la prédominance des douleurs envahissantes sans substrat organique. Par périodes, lors de baisse de thymie, une diminution de l'élan vital est présente »*).

bb) Sur le plan de la médecine interne (rapport d'expertise, volet de médecine interne, pp. 9 - 12), l'expert G. _____ n'a mis en évidence aucun diagnostic. Il a d'abord écarté la suspicion d'un syndrome des apnées du sommeil ; la recourante se plaignait d'une fatigue importante quasiment permanente accompagnée de céphalées peu spécifiques et variables dans la journée mais plus importante la nuit ; elle se serait vu dire qu'elle ne ronflait pas pendant son sommeil, a admis ne présenter aucun endormissement diurne spontané et que la fatigue peut être attribuée aux insomnies systématiques entraînant un sommeil maximum durant une heure par nuit. En présence d'une assurée atteinte d'obésité (BMI [Body Mass Index] à 37,8), l'expert a constaté une hypertension artérielle depuis vingt ans traitée par Sevkar® et Meto Zerok® 50 mg qui est bien équilibrée. Il a noté la découverte récente d'un diabète de type 2 traité par Metformin® 500 mg matin et soir lors de son examen avec des contrôles prévus de l'équilibre du diabète ; une hémoglobine glycosylée limite confirme un équilibre de ce diabète au jour de l'expertise.

Au jour de son examen, l'expert n'a mis en évidence aucune anomalie pouvant expliquer les céphalées, ni même les sensations de vertiges ou d'instabilité. Par ailleurs, une franche autolimitation est notée, avec aussi une expression exagérée des difficultés d'ordre physique ; lorsque la recourante ne se sent plus examinée, en fin d'entretien, elle

parvient à pencher entièrement le tronc sur les membres inférieurs pour mettre ses chaussettes et chaussures. Enfin, lors de l'interrogatoire concernant les actes ménagers, l'assurée commence par expliquer qu'elle ne peut absolument rien faire, mais explique, sur stimulation et en insistant, que finalement elle est la seule à effectuer ces travaux ménagers, même si cela est fait de manière fractionnée ou avec l'aide de sa fille et de son mari éventuellement. L'expert est d'avis qu'il existe une probable exagération des signes fonctionnels de la part de la recourante.

En l'absence d'une atteinte incapacitante et de limitation fonctionnelle sur le plan de la médecine interne, aucune incapacité de travail ne peut être retenue.

cc) A l'issue de l'examen rhumatologique (expertise, volet rhumatologique, pp. 25 - 27), l'expert W._____ a posé le diagnostic, avec impact sur la capacité de travail, de douleur lombaire modérée sans irradiation sur discopathie (M51.9). Sans impact sur la capacité de travail, il a diagnostiqué une obésité. La recourante présente des douleurs extrêmement diffuses depuis des années, sans systématisation. L'expert rhumatologue dispose d'une IRM lombaire effectuée en janvier 2019 montrant une discrète discopathie dégénérative étagée avec, en L4-L5, une petite protrusion discale médiane et paramédiane gauche sans conflit. Il a noté que le médecin traitant décrit pour sa part des status cliniques inchangés depuis des années.

Au jour de l'expertise, le diagnostic de fibromyalgie n'est pas retenu ; la recourante présente une douleur lombaire avec une mobilité bien conservée sans aucune irradiation neurologique dans les membres inférieurs, ce qui est assez concordant avec les constatations sur l'IRM ne montrant pas de signe compressif ; il en va de même pour le rachis cervical. L'expert retient en définitive que les signes cliniques présentés n'ont pas d'explication objective et que seules des incohérences peuvent être signalées. Un état de fatigue n'est pas mis en avant chez l'assurée qui se plaint de ne pas pouvoir dormir la nuit mais qui ne fait pas de sieste en journée, ni ne décrit de somnolence. Devant les incohérences entre les

nombreuses plaintes extrêmement riches et l'absence de signes cliniques objectifs, radiologiques et biologiques, l'expert retient que les douleurs actuelles semblent sous-tendues par le passé de la recourante qui se caractérise par un état de stress et de panique chronique. Le niveau de la douleur coté à 1,5 sur 10 est cohérent avec les constatations cliniques, radiologiques et les activités quotidiennes, alors que les douleurs à 9 sur 10 ne trouvent pas d'explication rationnelle. Si durant l'examen l'assurée n'oppose pas de résistance particulière, elle émet par contre des plaintes permanentes et se montre très démonstrative. Elle effectue toutefois la totalité des gestes de la vie quotidienne à l'exception des courses dont son mari se charge.

Chez cette assurée qui n'a quasiment pas travaillé en Suisse, si le travail dans les vignes n'est plus indiqué au vu de ses limitations fonctionnelles rhumatologiques (« *pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 10 kg, pas de porte-à-faux du buste maintenu, port de charge proche du corps limité à 15 kg* »), un travail sédentaire ou avec des efforts modérés (travail de ménage par exemple) est néanmoins exigible à 100 % sans baisse de rendement depuis toujours.

d) Sur le vu de ce qui précède, l'évaluation de la capacité de travail de la recourante est adéquate, en particulier sur le plan physique. En effet, la discrète discopathie lombaire basse n'a que peu d'incidence et l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues est pleinement exigible de la part de l'intéressée depuis toujours. Les experts en médecine interne et en rhumatologie retiennent que les activités ménagères de la recourante respectent les limitations fonctionnelles retenues, ce qui semble exact au vu du caractère modéré des restrictions.

e) La recourante tente de remettre en cause le caractère probant des volets de médecine interne et rhumatologie de l'expertise pluridisciplinaire S._____. Ce faisant, elle leur oppose l'avis de son médecin traitant.

Dans son rapport du 14 mai 2019, le Dr H._____ retenait en tant que limitations fonctionnelles des efforts physiques, le port de charges, la position statique et la gestion intellectuelle du stress et n'était pas en mesure d'estimer la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée.

Dans ses réponses du 5 mai 2020, le médecin traitant rapportait une contraction lombaire et des plaintes inchangées, sans pouvoir se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée au vu des capacités d'apprentissage limitées (intellect et illettrisme) ; le travail physique était contre-indiqué, en plus de limitations intellectuelles.

On constate que les limitations fonctionnelles retenues par les experts sont comparables mais plus précises que celles évoquées par le Dr H._____. Aucun rapport médical au dossier ne permet de remettre en doute l'évaluation effectuée par les experts du S._____ de la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée à son état de santé défailant.

En outre, dans les expertises de médecine interne et rhumatologie, la recourante est présentée comme étant très démonstrative, répétant sans cesse qu'elle est malade et qu'elle ne peut pas travailler. Il existe une franche autolimitation décrite par l'expert interne (expertise, volet de médecine interne, p. 11). De son côté, l'expert rhumatologue relève également que l'assurée se déplace à petit pas mais normalement, sans boiter vers la salle d'examen, et qu'elle déambule en boitant lorsqu'elle y entre en se tenant le dos (expertise, volet rhumatologique, p. 25). Le caractère démonstratif et théâtral de la recourante lors de ces deux expertises et les nombreuses incohérences retrouvées sont des circonstances qui n'ont pas été prises en considération par le médecin traitant lors de son évaluation de la capacité de travail, dont les rapports contiennent peu de constatations objectives, et qui n'est au demeurant pas motivée. En d'autres termes, les constatations du Dr H._____ se basent principalement sur les déclarations de la recourante. Le médecin traitant relevait d'emblée en

mai 2019 le contexte social et familial de la recourante en indiquant l'existence de lombalgies rebelles et une fatigue chronique dans un contexte social et familial perturbé. Il confirme ainsi l'influence de facteurs psychosociaux ne relevant pas de l'assurance-invalidité. C'est également le lieu de rappeler qu'il est admis de jurisprudence constante que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 135 V 465 consid. 4.5). Il reste qu'au vu de son caractère très laconique le point de vue du médecin traitant, qui procède tout au plus d'une appréciation divergente d'un état de fait clairement posé sur le plan médical, ne peut pas être préféré à ceux de ses confrères les Drs G._____, médecin praticien, et W._____, spécialiste en rhumatologie. Les certificats médicaux du Dr H._____, auxquels se réfère la recourante ne changent rien à ce qui précède.

f) Pour le reste, on relève une divergence entre les constatations objectives des experts en médecine physique et de l'experte psychiatre. C'est le cas par exemple sur l'attitude démonstrative, inexistante selon la psychiatre et pourtant très présente selon les deux autres experts, sur le recueil des actes ménagers réalisés par la recourante qui sont accomplis pour l'essentiel par la fille de l'assurée selon la psychiatre et réalisés par l'intéressée elle-même selon les deux autres experts, et sur les facteurs contextuels, à savoir le manque d'éducation, l'isolement social, la non-intégration ainsi que l'absence d'activité professionnelle qui rendent un processus de réadaptation et chances de début d'activité difficile selon la psychiatre. Dans la mesure où les constatations des deux experts somaticiens sont à cet égard semblables, il semble que l'experte psychiatre s'est fondée sur les déclarations et plaintes subjectives peu fiables de la recourante, ce qui laisse à supposer que son estimation de la capacité de travail est plutôt favorable à cette dernière.

Au demeurant, l'experte psychiatre a estimé que la capacité de travail pourrait être augmentée à 80 % en cas de traitement, de sorte

que la prise en compte d'une capacité de travail de 60 % par l'OAI paraît favorable.

Cela étant, en l'absence d'un suivi psychiatrique de la recourante, il n'y a aucun rapport médical au dossier pour contredire le volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire, qui a en outre été validé par le SMR.

Ainsi, même si le volet psychiatrique de l'expertise semble plutôt favorable à la recourante, on peut toutefois se rallier à ses conclusions même si elles s'inscrivent non sans difficulté dans l'évaluation consensuelle.

g) Sur le vu de ce qui précède, il convient de retenir une capacité de travail de la recourante à 60 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles sur la base de l'expertise qui bénéficie d'une valeur probante suffisante.

10. a) Pour la part que la recourante consacre à l'accomplissement de ses travaux habituels, l'absence d'empêchement retenu par l'intimé est critiqué.

La recourante argue, comme elle l'a évoqué dans le cadre du volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire S._____, qu'elle est limitée dans ses déplacements ainsi que dans tous les aspects de sa vie, qu'elle ne parvient plus en raison des douleurs à réaliser aucune tâche du ménage sans l'aide de sa fille et qu'elle est incapable d'effectuer des travaux administratifs.

b) Or la recourante a varié dans ses déclarations aux experts médicaux au sujet de l'aide de sa fille pour exécuter les tâches ménagères.

Ce n'est que devant l'experte psychiatre que la recourante a déclaré ne pouvoir s'occuper des tâches ménagères. Ainsi, sa fille prépare la cuisine, fait les commissions, nettoie la cuisine au quotidien, parfois

avec l'aide du mari (l'assurée ne peut pas faire ces tâches en raison de douleurs aux talons et aux mains et l'aboulie). Sa fille s'occupe de la majorité des tâches ménagères, parfois une des belles-filles vient à domicile depuis Lausanne pour donner un coup de main. Les achats et les courses au quotidien sont faits par sa fille, les affaires administratives par la fille et le mari. La fille s'occupe également des lessives et de l'entretien des vêtements (expertise, volet de psychiatrie, p. 20). En outre sa description de la journée-type à l'experte psychiatre ne contient aucune tâche ménagère (expertise, volet de psychiatrie, p. 16).

Il résulte cependant de l'expertise en médecine interne que l'intéressée peut préparer et cuire les aliments mais ne peut pas les servir. Elle peut nettoyer la cuisine au quotidien de manière superficielle, mais c'est son mari qui fait les provisions. Elle peut ranger, épousseter, même passer l'aspirateur mais de manière fractionnée à son rythme, elle peut même entretenir les sols, nettoyer les installations sanitaires, changer les draps de lit, nettoyer à fond mais avec l'aide de sa fille et de son mari. Ce dernier se charge d'effectuer les achats et les courses diverses ; les tâches administratives sont effectuées par son mari et ses enfants. Elle peut mettre les vêtements dans la machine à laver, les plier mais ne peut pas étendre le linge, ni le repasser. Elle peut raccommoder un vêtement et nettoyer des chaussures si nécessaire. Elle arrive à préparer les repas pour toute sa famille (expertise, volet de médecine interne, p. 12). En outre sa description de la journée-type à l'expert en médecine interne comprend des actes ménagers précis, comme le ramassage et le pliage des vêtements de ses enfants, le rangement, le ménage, la préparation des repas (expertise, volet de médecine interne, p. 8).

L'expertise rhumatologique indique pour sa part que la recourante fait la cuisine, possède un lave-vaisselle qu'elle peut remplir et vider, qu'elle fait le ménage (ni son mari opéré d'une hernie discale, ni ses enfants ne peuvent l'aider) et que c'est le plus souvent son mari qui effectue les courses, en voiture, elle-même ne l'accompagne que très rarement et ne fait qu'occasionnellement des petites courses à proximité de chez elle, et ne conduit pas. Elle assure aussi les lessives dans la

buanderie accessible par l'ascenseur mais en revanche ne repasse pas (expertise, volet de rhumatologie, pp. 27 - 28). La journée-type décrite à l'expert rhumatologue en termes d'activités ménagères correspond à celle délivrée à l'expert en médecine interne (expertise, volet de rhumatologie, p. 24).

Selon l'enquête ménagère du 18 août 2021, la recourante est notamment capable de réaliser tous les repas quotidiens pour l'ensemble de la famille, gère de manière autonome la mise en place de la table et la débarrasse (selon son état de fatigue, notamment le soir, les enfants peuvent aider y compris pour servir le repas si la casserole est trop lourde [aide exigible]), reste capable de gérer les nettoyages quotidiens de la cuisine (selon son état de fatigue du soir, la fille participe à l'activité [aide exigible]), continue de gérer l'ensemble des travaux de nettoyage quotidien de manière autonome en répartissant les tâches sur la semaine et en adaptant son rythme (les enfants apportent une aide selon l'état du moment de l'intéressée et les besoins [aide exigible]). Les nettoyages en profondeur sont réalisés en duo avec sa fille, l'assurée y participe de manière active notamment pour le nettoyage des vitres. Les enfants s'occupent de se rendre à la déchetterie et sortir les poubelles ménagères (aide exigible). Elle effectue les grands achats une fois par semaine avec sa fille (elle est capable d'évaluer les besoins de la famille, prendre les produits en rayon, les mettre en sacs ou encore ranger les denrées alimentaires au domicile) ; au vu de ses limitations fonctionnelles, le port des sacs est géré par la fille (aide exigible) ; comme elle sort peu, elle demande à ses enfants de prendre les denrées alimentaires manquantes lors de leurs trajets retour vers le domicile (aide exigible). Analphabète, elle n'a jamais participé aux démarches envers la Poste, la banque ou officielles. Elle reste capable de trier le linge et mettre les habits dans les corbeilles et peut enclencher les machines à laver, les vider et si besoin, faire étendre le linge par sa fille sur un étendoir en hauteur ; le transport des corbeilles jusqu'à la cave est géré par les enfants et en cas de besoin, la fille se charge d'étendre le linge en hauteur (aide exigible) ; sur un étendoir à hauteur, elle peut étendre son linge. Son fils explique que la

recourante n'a jamais eu l'habitude de repasser, que si besoin sa fille s'en occupe. Enfin pour le reste elle peut plier et ranger le linge sans limitation.

Il existe donc un nombre de similitudes entre les deux expertises physiques et l'enquête d'évaluation économique sur le ménage réalisée l'année suivante. On peut par ailleurs constater qu'aux mêmes questions devant l'experte psychiatre, les réponses de la recourante diffèrent totalement.

On constate encore une fois que seules les déclarations faites par la recourante devant l'experte psychiatre l'exemptent de tâches ménagères, en opposition avec toutes ses autres déclarations concordantes, y compris devant l'évaluateur qui l'a entendue elle et son fils plusieurs mois après l'expertise pluridisciplinaire S._____. Certes le rapport d'enquête indique que l'intéressée a peu participé à l'entretien malgré la traduction et que c'est le fils qui s'est chargé d'apporter la plupart des informations. Elle avait toutefois la possibilité de s'exprimer mais a choisi de s'en remettre à son fils, dont les déclarations corroborent celles qu'elle a faites devant les experts en médecine interne et rhumatologues et sont donc fiables.

Il n'y a pas lieu en l'occurrence de s'écarter de la jurisprudence dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques (cf. consid. 7b supra). On retiendra donc que les premières déclarations de la recourante ont été de reconnaître une capacité à faire la plupart des actes ménagers à son propre rythme. Cette version initiale est en outre en adéquation avec les limitations fonctionnelles de la recourante. En page 27, l'expert rhumatologue conclut en effet qu'un « travail de ménage » est possible compte tenu des limitations.

Le fait de ne retenir aucun empêchement ménager est non seulement en adéquation avec les premières déclarations répétées par la

recourante devant plusieurs interlocuteurs mais aussi conforme avec son état de santé déficient. Contrairement à ce qu'affirme la recourante, on ne peut que souscrire à l'absence d'empêchement retenu par l'évaluateur dans les différentes activités ménagères. L'intimé n'a donc pas fait preuve d'arbitraire en confirmant l'absence d'entrave dans la part de 50 % ménagère de la recourante.

11. a) Le taux d'invalidité global a été fixé à 23 % ($[50\% \times 46\%] + [50\% \times 0\%]$).

La recourante considère qu'un abattement de 25 % devrait être retenu au lieu des 10 % prenant uniquement en considération les limitations fonctionnelles. Elle argue qu'elle est âgée de 57 ans, qu'elle n'a jamais travaillé, qu'elle souffre de douleurs quasi constantes, qu'elle est analphabète, ne parle pas le français et qu'elle ne prend pas les transports en commun. Elle relève qu'elle présente également des capacités intellectuelles restreintes.

b) aa) S'agissant du revenu avec invalidité, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible - comme en l'espèce, le revenu d'invalidité peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

bb) Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire

statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_652/2014 du 20 janvier 2015 consid. 3.1). Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalidé, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25 %, serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; TF 8C_234/2022 du 27 janvier 2023 consid. 7.3).

c) On ne voit pas en quoi - et la requérante ne l'expose d'ailleurs pas - le fait qu'elle ne parle pas le français serait concrètement susceptible d'avoir une influence sur ses perspectives salariales dans l'exercice d'une nouvelle activité adaptée à son état de santé étant rappelé que le salaire statistique de l'ESS recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées parfaitement accessibles au vu de ses limitations fonctionnelles légères (cf. TF 9C_497/2012 du 7 novembre 2012 ; TF I 383/2006 du 5 avril 2007, consid. 4.4). En outre l'illettrisme et les connaissances linguistiques limitées, ne sont pas reconnus par la jurisprudence comme pouvant constituer des facteurs d'abattement supplémentaires (TF 8C_280/2022 du 1^{er} mars 2023 consid. 7.2.4). Il en va à l'identique des facultés intellectuelles restreintes qui ne sont pas dues à ses atteintes, tout comme le fait qu'elle n'a jamais travaillé en Suisse qui résulte d'un choix personnel et qui n'a que peu d'influence dans la

catégorie d'emplois retenue. En outre, la recourante ne relève aucune circonstance ressortant clairement du dossier qui l'empêcherait - en raison de son âge qui n'est pas proche de l'âge de la retraite au sens de la jurisprudence - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues.

En conséquence de ce qui précède, en prenant en considération les limitations fonctionnelles de la recourante le taux d'abattement de 10 % n'est pas critiquable, l'intimé n'ayant pas fait usage d'un critère inapproprié ni excédé son pouvoir d'appréciation.

Le taux d'invalidité global de 23 % est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (cf. consid. 4a supra).

12. La recourante réclame une mesure d'aide au placement.

La reprise de l'activité habituelle n'étant pas exigible selon les experts, la question d'une aide au placement a été laissée ouverte et peut être requise auprès de l'OAI directement qui lui sera accordée (document intitulé « REA - Rapport final » du 1^{er} février 2022 [pièce 42]).

13. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et les requêtes formulées en ce sens par la recourante dans ses écritures - à savoir, l'audition de ses deux enfants (A.D._____ et B.D._____) qui font encore ménage commun avec elle en tant que témoins, des examens complémentaires sous la forme de la réalisation d'un nouvel IRM lombaire, d'une scintigraphie osseuse et d'investigations pour une éventuelle lésion primaire (mammaire, rénale, autres) ainsi qu'une expertise neurologique - doivent dès lors être rejetées. On s'étonne du fait que la recourante requière l'audition de son fils dont elle conteste les propos dans le cadre du recours. Les auditions de ses proches ne seront pas de nature à apporter un nouvel éclairage, la situation étant claire tant du point de vue médical que du point de vue ménager. Quant aux investigations complémentaires à *discuter* suggérées par le Dr N._____,

neuroradiologue, en cas de contexte néoplasique connu, il ne s'agit pas d'une suggestion ferme et aucun médecin qui suit la recourante n'a estimé utile de procéder à ces examens supplémentaires, en particulier le Dr H. _____ à qui cet examen était destiné. Les experts ont au demeurant procédé à des examens complémentaires qu'ils ont estimé suffisants et rien n'indique qu'ils ne le soient pas. Il convient de rappeler que si l'assureur 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 de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; TF 8C_731/2018 du 15 mars 2019 consid. 6.2).

14. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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^{bis} 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.

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) La 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 Olivier Subilia peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 1^{er} mars 2023, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 1'777 fr. 70 (soit 1'572 fr. pour les honoraires, 78 fr. 60 pour les débours, et 127 fr. 10 pour

la TVA ; art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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 [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 2 mai 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 Olivier Subilia, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'777 fr. 70 (mille sept cent septante-sept francs et septante 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 mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Olivier Subilia (pour L. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :