

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 septembre 2024

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Dormond Béguelin et Glas, assesseures
Greffier : M. Varidel

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7, 8, 61 let. c LPGA ; 4, 28 al. 1 et 28a LAI.

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], ressortissante [...], mère de six enfants nés en [...], [...], [...], [...], [...] et [...], séparée, sans formation, a déposé le 8 juillet 2022 une demande de prestations d'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, en indiquant présenter une incapacité de travail totale depuis le 18 février 2022. Elle a précisé quant au genre de l'atteinte « faiblesse musculaire partout depuis prise de cortisone ».

Dans un rapport du 15 avril 2022, le Dr I._____, spécialiste en endocrinologie-diabétologie, a indiqué qu'il suivait l'assurée pour une insuffisance corticosurrénalienne partielle substituée. L'intéressée se plaignait d'une hypoesthésie des deux pieds le matin au lever ainsi que d'une mycose, supposément en rapport avec la prise d'hydrocortisone. Le spécialiste a précisé à cet égard que le dosage largement infraphysiologique de ce traitement de corticothérapie substitutive ne pouvait pas être à l'origine d'une mycose, ni par ailleurs d'autres symptômes florides.

Par rapport du 24 août 2022 à l'OAI, la Dre Z._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, médecin traitante, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de myopathie à la suite d'hydrocortisone, d'insuffisance corticosurrénalienne, d'antérolisthésis L4/L5 sur type isthmique et de vertiges fonctionnels. Elle a indiqué que la patiente consultait pour des cervicalgies, dorsalgies et lombofessalgies depuis novembre 2021 à la suite de douleurs à répétition. Une prise de sang avait mis en évidence un manque de cortisone. Au mois de juin, l'assurée s'était plainte de faiblesses musculaires et de brûlures dans les pieds. L'assurée rapportait également une fatigue importante, liée selon ses dires au traitement d'hydrocortisone, qui l'empêchait de faire son ménage. La spécialiste a en outre fait état des limitations fonctionnelles suivantes : pas de flexion du tronc, pas de position à genoux, ni accroupi, pas d'échelles ni d'escaliers, pas de mouvement au-dessus des épaules et pas de marche longue.

Concernant la capacité de travail, la Dre Z._____ a précisé que l'assurée était mère au foyer, sans activité lucrative, qu'elle s'occupait de son fils handicapé, et estimé que sa capacité de travail dans une activité adaptée était nulle depuis janvier 2022.

Dans un rapport du 26 août 2022, le Dr I._____ a indiqué qu'il avait suivi l'assurée depuis le 16 décembre 2021 pour une insuffisance cortico-surrénalienne partielle. Elle souffrait actuellement d'une asthénie et prenait un traitement d'hydrocortisone 20 mg. Le spécialiste ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée.

Le 13 décembre 2022, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'elle ne bénéficiait d'aucun suivi de psychiatrie.

Dans un avis médical du 10 janvier 2023 du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), le Dr J._____, médecin praticien, a constaté que selon la Dre Z._____, l'assurée présentait une myopathie sur hydrocortisone. Il a toutefois noté que le spécialiste en endocrinologie, le Dr I._____, avait quant à lui précisé que le traitement d'hydrocortisone ne pouvait pas être responsable de la symptomatologie floride de l'assurée. Le Dr J._____ a par ailleurs noté que l'intéressée n'avait pas fait l'objet d'un examen neurologique. S'agissant de la capacité de travail nulle attestée par la médecin traitante au motif que l'intéressée s'occupait de son fils handicapé, il a estimé que cette appréciation reposait sur des facteurs psychosociaux et n'était pas justifiée par une atteinte à la santé durable.

En réponse aux questions du SMR, la Dre Z._____ a, par rapport du 15 novembre 2020 (recte : 16 février 2023), fait état notamment de ce qui suit :

« Cher Monsieur J._____,

Voici les réponses à vos questions

1. Merci de détailler l'évolution de l'état de santé de votre patiente depuis votre dernier rapport.

Depuis le dernier rapport du 24.08.2022, il n'y a pas de changement pour les cervicalgies, dorsalgies et lombosciatalgies. Elle se plaint toujours d'une fatigue, asthénie et faiblesse musculaires. Elle souffre de nouveau des brûlures de l'estomac et du reflux depuis le 14.10.2022.

Elle a été vu par un neurologue, la Dre B._____, qui confirme une polyneuropathie. La patiente refuse un ENMG.

Le laboratoire ne montre rien de spéciale. Dre B._____ commence Pregabalin 2x75mg le 21.11.2022.

[...]

6. Quelles sont les répercussions de l'atteinte à la santé invoquée dans les domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales)

Selon elle, n'arrive plus à cuisiner ni faire le ménage.

Depuis janvier 2022 elle n'arrive plus à faire le ménage comme avant, elle est lente. N'arrive plus à marcher. Elle peut faire tous les ménages, mais en allant à son rythme et lentement. Elle a dû prendre plus de Hydrocortisone pour se donner de la force.

Elle n'a pas des activités sociales, elle n'arrive pas et n'a pas le temps pour des loisirs, elle se sent très fatiguée.

7. Quelles sont les limitations fonctionnelles, objectives, d'ordre strictement médical, sans tenir compte du contexte psychosocial, de l'âge, ni de la formation ?

Anamnesticque, depuis elle prend le Hydrocortisone, elle est tellement fatiguée, qu'elle n'arrive plus à cuisiner ni à faire le ménage. C'est effectivement une nouvelle plainte. Elle dit qu'elle n'arrive presque plus se lever du lit, elle n'arrive plus à aller au toilette le soir (20.06.2022). Ses jambes sont très lourdes et les enfants l'aident des fois à sortir du lit.

Ne peut pas fléchir le tronc, ne peut pas se mettre sur les genoux ni accroupir, ne peut pas monter sur les échelles ni escalier, pas de mouvement au-dessus des épaules, pas de longues marches.

[...]

10. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?

AT 100% depuis le 3 janvier 2022 : Je n'ai pas fait des AT, car elle n'a pas de travail.

[...] »

La Dre Z._____ a joint diverses pièces à son envoi, dont en particulier :

- un rapport du 21 novembre 2022 de la Dre B._____, spécialiste en neurologie, dans lequel elle avait posé le diagnostic de probable polyneuropathie sensitive longueur-dépendante. Selon cette spécialiste, il n'y avait pas de signes évocateurs d'une forme de neuropathie rapidement évolutive, étant toutefois précisé que la patiente avait refusé l'examen

ENMG (électroneuromyogramme). La Dre B._____ avait préconisé un traitement de prégabaline (Lyrica), en relevant qu'en cas d'inefficacité de ce traitement, l'origine des symptômes de l'assurée seraient à rechercher ailleurs ;

- un rapport du 4 décembre 2022 du Dr I._____ à son attention, dans lequel il avait expliqué ne pas avoir de diagnostic solide à offrir quant à l'insuffisance corticosurrénalienne constatée, et qu'il reverrait la patiente dans six mois.

A la demande de l'OAI, la Dre B._____ a indiqué le 12 avril 2023 n'avoir vu l'assurée qu'une seule fois, le 21 novembre 2022 ; elle a réitéré le diagnostic de probable polyneuropathie sensitive longueur-dépendante et évalué la capacité de travail de l'assurée à 90 %.

Dans un avis du SMR du 22 mai 2023, le Dr J._____ a estimé qu'il était essentiel d'avoir une évaluation objective de la situation de l'assurée, avec une analyse des ressources mobilisables en fonction des indicateurs standards, en excluant les facteurs extra-médicaux n'étant pas du ressort de l'assurance-invalidité et en tenant compte de l'ensemble des éléments médicaux à disposition. A cet effet, il a demandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire avec volets de rhumatologie, neurologie, psychiatrie et médecine interne.

L'assurée a été convoquée les 19 juillet et 4 août 2023 aux examens d'expertise médicale pluridisciplinaire, auprès de R._____, à [...]. Dans leur rapport d'évaluation consensuelle du 29 septembre 2023, les Drs W._____, spécialiste en médecine interne générale, K._____, spécialiste en neurologie, E._____, spécialiste en psychiatrie, et F._____, spécialiste en rhumatologie, ont posé les diagnostics de lombalgies sans irradiation dans les membres inférieurs sur discopathie et spondylolisthésis L5 sur S1 de grade I (M43.1 et M.54.5) et retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg, éviter les porte-à-faux du buste maintenus, port de charge proche du corps limité à 10 kg. Ils ont estimé que la capacité de

travail était entière, depuis toujours, avec les limitations fonctionnelles précitées.

Dans un avis du SMR du 4 octobre 2023, le Dr J._____ a estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise, celle-ci ayant pris en compte les plaintes de l'assurée, les éléments médicaux à disposition et fait l'analyse des ressources mobilisables par l'intéressée.

Par projet de décision du 4 octobre 2023, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait lui nier le droit à une rente d'invalidité, au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte incapacitante ayant une influence sur sa capacité de travail, qui était dès lors entière. Le droit à une rente était dès lors exclu.

Dans ses observations du 23 octobre 2023, l'assurée a déclaré se sentir trop fatiguée pour travailler en raison des médicaments qu'elle prenait chaque jour. Elle a également fait valoir qu'elle s'occupait de son fils gravement handicapé et que cela lui prenait toutes ses forces.

Dans le délai prolongé à cet effet, l'assurée a encore produit un rapport du 16 juillet 2023 de la Dre L._____, médecin assistante auprès des [...], à [...], selon lequel elle avait été prise en charge pour des dorsalgies, qui a posé le diagnostic de dorsalgies aiguës de D4-L5, un protocole opératoire du 26 juillet 2023 selon lequel elle avait subi une hystéroscopie diagnostique et un curetage, ainsi qu'un rapport du 26 août 2023 du Dr I._____ selon lequel l'assurée se plaignait toujours de fatigue, mais dont les mesures de poids et de tension artérielle allaient contre une fatigue d'origine corticosurrénalienne.

Par décision du 15 décembre 2023, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, en retenant que sa capacité de travail était entière et que le droit à la rente n'était pas ouvert. Dans sa prise de position du même jour, l'OAI a précisé qu'aucun élément en sa possession ne le lui permettait de revoir sa position.

En réponse aux questions du SMR, le Dr I. _____ a, par rapport du 12 décembre 2023, fait état notamment de ce qui suit :

« 1. Merci de détailler l'évolution de l'état de santé de votre patiente depuis votre dernier rapport.

Cette patiente a une insuffisance corticoïdes surrénalienne substituée.

[...]

4. Pouvez-vous nous confirmer que l'insuffisance corticosurrénalienne partielle substituée n'entraîne pas de limitation fonctionnelle durable ayant un impact sur la capacité de travail ?

Cette femme n'a jamais travaillé, elle se plaint de douleurs musculaires handicapantes.

5. Si vous avez répondu par la négative à la question précédente, merci de définir les limitations fonctionnelles, objectives, d'ordre strictement médical, sans tenir compte du contexte psychosocial, de l'âge, ni de la formation ?

Je ne suis pas en mesure de faire cette estimation ergométrique.

6. Merci de définir la capacité de travail d'un point de vue médicothéorique, en faisant exclusion du contexte psychosocial. (*Sur un taux de 100 %*)

30 % ??

[...] »

La Dre Z. _____ a elle aussi communiqué, le 8 janvier 2024, un rapport à l'OAI selon lequel sa patiente avait trop de douleurs et ne pouvait pas travailler. Elle a indiqué que l'assurée se plaignait de maux de tête importants depuis quatre jours, qui ne s'amélioraient guère par la prise de paracétamol. La médecin traitante a en outre demandé à l'OAI de revoir le dossier et accorder une rente à l'assurée.

Le 8 janvier 2024, l'OAI a fait savoir à l'assurée que la Z. _____ n'était pas fondée à faire recours contre sa décision, en l'invitant le cas échéant à s'adresser dans les plus brefs délais à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

B. Par acte du 15 janvier 2024, S. _____ a recouru contre la décision du 15 décembre 2023 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal, en concluant implicitement à l'octroi de prestations de l'AI. Elle a fait valoir qu'avec ses douleurs et les médicaments qu'elle devait prendre, il lui était très difficile de travailler, raison pour laquelle elle avait déposé une demande AI. Elle n'avait pas de force, et les soins que nécessitait son fils handicapé représentaient déjà un travail pour elle, afin qu'il ne soit pas à la charge de l'Etat. Elle s'est référée au rapport du Dr I._____ selon lequel sa capacité de travail n'était que de 30 %, déjà reçu par l'OAI, qu'elle a produit avec son écriture.

La recourante a encore produit le 4 mars 2024 un lot de pièces, figurant pour l'essentiel déjà au dossier, sous réserve des pièces suivantes :

- un rapport du 6 février 2019 du Dr V._____, spécialiste en dermatologie et vénérologie, selon lequel elle présentait une alopecie androgénétique de type masculin (Norwood stade 2) accentuée par une carence latente en fer ;
- un rapport de radiographies de la colonne lombaire face, profil et sacro-iliaques de face du 12 juin 2019, établi par le Dr N._____, spécialiste en radiologie, selon lequel l'assurée souffrait de lombalgies depuis six semaines et présentait un antélisthésis de grade presque 2 de L4/L5 sur lyse isthmique bilatérale ;
- un rapport du 28 décembre 2023 du Dr I._____ à la Dre Z._____, selon lequel il trouvait l'assurée « plutôt bien », celle-ci suivant le traitement d'hydrocortisone correctement. Le Dr I._____ relevait en outre que la patiente était surtout préoccupée par sa situation vis-à-vis de l'assurance-invalidité, et qu'à cela s'ajoutait une incertitude quant au renouvellement de son permis de séjour, l'assurée étant à l'aide sociale. Il ne savait pas quoi faire d'autre pour infléchir la décision de l'AI en faveur de l'intéressée et demandait tout avis utile auprès de sa consœur ;
- un rapport du 12 avril 2022 selon lequel elle avait consulté les urgences en raison de dysphagie, la Dre Q._____, médecin assistante auprès des [...], ayant alors évoqué une probable

candidose œsophagienne dont un clair facteur favorisant était la corticothérapie suivie depuis deux mois ;

Par réponse du 7 mars 2024, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il a rappelé que l'assurée était considérée comme une personne active à 100 %. Il a ajouté que même si le statut de l'assurée, et donc la méthode d'évaluation, devaient être rectifiés, la décision litigieuse devrait être confirmée dans son résultat, dans la mesure où la recourante assumait la totalité des tâches ménagères même si elle les effectuait plus lentement et avec plus de difficultés en raison de ses douleurs dans les jambes.

L'intimé s'est encore déterminé le 27 mars 2024 après avoir pris connaissance des pièces produites par la recourante le 4 mars 2024, en proposant derechef le rejet du recours. L'OAI s'est référé à un avis du 19 mars 2024 du SMR, établi par le Dr J._____, selon lequel les nouvelles pièces ne permettaient pas de modifier les conclusions médicales.

Par courrier du 1^{er} mai 2024, l'OAI a transmis au tribunal un rapport du 19 avril 2024 de la Dre Z._____ selon lequel la recourante souffrait d'une incontinence urinaire. L'OAI a encore transmis le 3 juin 2024 un rapport du 6 mai 2024 des Drs H._____ et P._____, spécialistes en gynécologie et obstétrique, posant le diagnostic d'incontinence urinaire d'origine probablement neurologique. Avec cet envoi, l'OAI a relevé que ce dernier rapport faisait état d'un élément postérieur à la décision du 15 décembre 2023, qui ne concernait dès lors pas le présent contentieux.

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 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 postérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation est régie par les nouvelles dispositions légales et réglementaires en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

b) En l'occurrence, la demande de prestations a été déposée le 8 juillet 2022. C'est donc le nouveau droit qui est applicable au cas d'espèce.

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité.

4. 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).

c) Conformément à l'art. 28a al. 1, 1^{ère} phrase, LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. La quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (art. 28b al. 1 LAI).

5. a) Pour pouvoir 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 (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 qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. Le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé. L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100 % ou plus. Il est réputé ne pas exercer d'activité lucrative au sens de l'art. 28a al. 2 LAI dès lors qu'en bonne santé, il n'exercerait pas d'activité lucrative. Il est enfin réputé exercer une activité lucrative à temps partiel au sens de l'art. 28a al. 3 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de moins de 100 % (cf. art. 24septies RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

aa) L'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. A cette fin, le revenu que

l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (méthode ordinaire de comparaison des revenus ; art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

bb) Le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 28a al. 2 LAI et art. 8 al. 3 LPGA). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative et du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). Pour ce faire, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est ensuite déterminé selon l'art. 16 LPGA, en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 %, en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100 % et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante, puis en pondérant la perte

de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Quant au taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, il est calculé en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité, puis en pondérant le pourcentage ainsi déterminé en fonction de la différence entre le taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 28a al. 3 LAI et 27bis RAI).

7. En l'espèce, l'intimé a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au centre d'expertise R._____, avec volets de rhumatologie, neurologie, psychiatrie et médecine interne.

Le rapport d'expertise y relatif du 29 septembre 2023 est pleinement probant, ce qui n'est au demeurant pas remis en cause par la recourante. Il se fonde en effet sur l'ensemble du dossier médical de l'assurée ainsi qu'une anamnèse complète et des examens cliniques détaillés. Il prend par ailleurs en compte les plaintes formulées et fait l'analyse des ressources mobilisables par l'intéressée. Les experts ont en outre tenu compte des rapports des Drs I._____ et Z._____ dans le cadre de leur appréciation claire, fouillée et pleinement convaincante de la situation de la recourante. On ne discerne aucun élément permettant de s'en écarter.

Les experts retiennent en particulier que l'assurée a rapporté depuis 2021 des douleurs dans les membres inférieurs et une fatigue ne l'empêchant pas de poursuivre ses activités habituelles mais entraînant des difficultés pour porter des objets lourds ou franchir les escaliers. Les investigations réalisées ont conduit au diagnostic d'insuffisance corticosurrénalienne dont la cause n'est pas déterminée et qui est traitée efficacement par une substitution d'hydrocortisone. Un examen neurologique ultérieur pour suspicion de polyneuropathie a conclu à une éventuelle polyneuropathie sensitive longueur dépendant, qui n'a cependant pas pu être confirmée car l'assurée a refusé de procéder à un électromyogramme. Lors des examens cliniques d'expertise, l'assurée

s'est plainte d'une asthénie ainsi que d'une lombalgie et de douleurs dans les deux membres inférieurs. Selon les experts en médecine interne, en rhumatologie et en neurologie, l'examen clinique est normal, sous réserve d'un comportement défensif de l'assurée lors de l'examen de rhumatologie. La radiographie de la colonne lombaire demandée dans le cadre de l'expertise conclut à un antélisthesis L5 sur S1. L'anamnèse et l'examen clinique par le Dr E._____, expert en psychiatrie, ne mettent en évidence aucune atteinte à la santé. Le Dr F._____, expert en rhumatologie, retient le diagnostic de lombalgies sans irradiation dans les membres inférieurs sur discopathie et spondylolisthesis L5 sur S1 de grade I (M43.1 et M54.5), pour lequel il définit les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'effort de soulèvement à partir du sol au-delà de 5 kg, éviter les porte-à-faux de buste maintenus, port de charge proche du corps limité à 10 kg. La Dre W._____, experte en médecine interne, décrit quant à elle que la limitation des activités n'est pas uniforme dans tous les domaines de la vie, qu'il n'y a pas de d'argument évocateur d'une mauvaise adhésion thérapeutique et qu'il est peu plausible que l'expertisée souffre d'empêchements considérables tout en menant bien la tenue d'un ménage de sept personnes. Le seul diagnostic avec influence sur la capacité de travail est celui de lombalgies ne revêtant pas de caractère de gravité particulière. Du point de vue consensuel des experts, la capacité de travail est donc de 100 % depuis toujours, moyennant le respect des limitations fonctionnelles mentionnées.

Comme exposé ci-avant, les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire sont pleinement convaincantes et il n'y a pas lieu de s'en écarter.

Au demeurant, le Dr I._____ lui-même est d'avis que sa patiente va « plutôt bien » et que son principal problème est qu'elle est surtout préoccupée par sa situation vis-à-vis de l'assurance-invalidité ainsi que par une incertitude quant au renouvellement de son permis de séjour (cf. rapport du 28 décembre 2023). En outre, la capacité de travail de 30 % qu'il avance dans son rapport du 12 décembre 2023 n'est pas du tout motivée.

Quant à la Dre Z._____, elle ne fait état d'aucun élément qui aurait été ignoré par les experts, respectivement par l'OAI.

En conclusion, il faut dès lors constater que, considérée comme pleinement active, la capacité de travail de la recourante est entière.

8. Se pose toutefois la question du statut de la recourante.

Mère de six enfants nés en en [...], [...], [...], [...], [...] et [...], en Suisse depuis 2004, elle n'a jamais travaillé en dehors du domicile familial, n'exerçant ainsi aucune activité lucrative. Ses enfants font tous ménage commun avec elle et hormis le dernier né, tous sont majeurs. La recourante s'occupe de son fils aîné qui est handicapé, sous réserve des périodes durant lesquels il bénéficie d'une prise en charge (cf. expertise, volet neurologie, p. 18). Il apparaît dès lors que la recourante aurait pu être considérée comme ménagère, et la méthode spécifique appliquée à l'évaluation de son cas.

Certes, une enquête ménagère n'a pas été mise en œuvre à son domicile.

Il n'en demeure pas moins que les éléments ressortant de l'expertise pluridisciplinaire réalisée auprès de R._____ sont suffisants pour constater que la recourante n'est pas lourdement impactée par ses atteintes à la santé sur le plan ménager.

L'assurée assume en effet la totalité des tâches ménagères pour les sept personnes qui composent son foyer. Elle les fait certes avec plus de difficultés et plus lentement, mais il peut être tenu compte de l'aide raisonnablement exigible de ses enfants, désormais tous majeurs à une exception, en particulier pour descendre le sac de linge sale à la buanderie (aide qu'apportent au demeurant ses enfants, cf. ch. 7.2 expertise, volet neurologie, p. 20). La recourante arrive à faire de petites

courses pendant la semaine, elle conduit sa voiture et elle dispose de l'aide de ses enfants pour les grandes courses. Elle gère elle-même ses affaires administratives. La recourante est du reste même en mesure de s'occuper largement de son fils aîné de 27 ans, qui est handicapé : habillage, brossage des dents, aide pour monter et descendre les escaliers, seule la toilette étant prise en charge par une infirmière à domicile (expertise, volet neurologie, p. 17). Selon le descriptif de l'une de ses journées-type, « elle se lève à 5h30 pour préparer le petit déjeuner. Elle réveille ses enfants à 7h00 et tous mangent ensemble. Elle amène sa plus jeune fille de 10 ans à l'école. Quelqu'un vient à la maison pour faire la toilette à son enfant handicapé. A 9h00, celui-ci va travailler dans un atelier protégé, jusqu'à 16h00. Durant la journée, elle fait le ménage, prépare à manger. A midi, 4 enfants viennent manger. A 13h00, elle va à nouveau accompagner sa plus jeune fille à l'école. L'après-midi elle fait à nouveau un peu de ménage et se repose. A 15h00, les premiers enfants arrivent à la maison, un étudiant vient à la maison pour les aider à faire leurs devoirs. A 16h00, son fils handicapé rentre à son tour et elle doit le changer et elle lui met de la musique. Pour le souper, ils sont 7 à table, ils mangent vers 18h30. Après avoir rangé la vaisselle, elle fait sa prière, elle ne regarde pas la télévision. Elle se couche vers 21h30-22h00. Elle se réveille parfois la nuit ».

Le Dr E. _____ a lui aussi listé les activités quotidiennes de la recourante, de la manière suivante (cf. expertise, volet psychiatrie, p. 25) : « L'expertisée dit se lever à 5h30, elle prépare alors le déjeuner pour ses enfants, c'est elle qui les réveille le matin. La plupart de ses enfants quittent le domicile à 7h30, elle s'occupe alors essentiellement de son fils handicapé pour la toilette jusqu'à ce qu'il parte à son établissement médico-social vers 9 heures du matin. Elle dit alors passer son temps à faire le nettoyage du domicile et surtout la chambre de son fils. Pour le ménage elle dit qu'elle est encore capable de faire le linge, le lavage des sols, la préparation des repas, les courses alimentaires. Cependant elle dit devoir les fractionner à cause de sa fatigue dans les jambes. Elle prépare également le repas du midi pour ses enfants. Elle dit ensuite faire le ménage jusqu'à ce que son fils aîné revienne à 16 heures. Elle s'occupe de

lui jusqu'à devoir préparer le souper, parfois aidée par sa fille. Elle dit enfin se coucher vers 22 heures. Elle dit qu'elle regarde la télé avec ses enfants, elle passe peu de temps sur son natel. Elle est croyante et pratiquante, musulmane, elle prie 5x par jour, elle lit le Coran régulièrement. Elle ne va jamais au coiffeur pour raisons financières. Elle dit faire de la marche, elle va souvent passer l'après-midi au lac avec sa famille. Elle dit également avoir un entourage social présent, essentiellement des amis de la communauté africaine mais également une Suisseuse qui l'aide également pour les tâches administratives. Ses dernières vacances remontent à avant le Covid, il y a trois ans. »

Dans le volet neurologie, le Dr K. _____ a en particulier relevé que « [c]ette expertisée n'a jamais travaillé à l'extérieur. Elle ne s'est occupée que de sa famille et de son ménage. Elle peut toujours assumer toutes les tâches ménagères mais il existe une baisse de rendement en raison des douleurs des membres inférieurs. L'estimation est de 80 %, avec une baisse de rendement de 20 %, soit 64 % de capacité réelle de travail dans le ménage, baisse progressive depuis 2020, susceptible de péjoration. Toutefois, conformément à la jurisprudence, pour chiffrer les empêchements ménagers une enquête économique sur le ménage est nécessaire » (cf. expertise, volet neurologie, ch. 8, p. 20).

Bien que cette baisse de rendement ne soit évoquée que par le Dr K. _____ et ne ressorte pas de l'évaluation consensuelle à laquelle se sont livrés les experts, il y a lieu de constater que même avec une telle baisse de rendement, le taux d'invalidité de 40 % ouvrant le droit à une rente de l'AI ne serait pas atteint.

Finalement, que la recourante soit considérée comme totalement active ou totalement ménagère, cette dernière éventualité étant la plus vraisemblable au regard de l'ensemble de sa situation, le droit à la rente n'est pas ouvert et l'intimé était donc fondé à rejeter la demande de prestations.

9. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de recourante, vu l'issue du litige. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 8 février 2024 octroyant à la recourante l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice (art. 118 al. 1 let. b et 122 al. 1 let. b CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

d) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais 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
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 15 décembre 2023 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. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- S. _____,
- 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).

Le greffier :

