

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juin 2025

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Di Ferro Demierre et M. Tinguely, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse,

et

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

Art. 6, 7, 8, 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1, 28a, 29 al. 1 LAI ; 27^{bis} RAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée, mère d'un enfant né en [...], titulaire d'un CFC de [...], a travaillé dès septembre 2013 pour l'entreprise D._____, au taux d'activité de 80 %.

En arrêt de travail complet dès le 28 août 2020, l'assurée a perçu des indemnités journalières délivrées par I._____ SA, assurance perte de gain de l'employeur. Elle a ensuite déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 14 janvier 2021, en indiquant souffrir d'un épuisement physique et mental.

L'OAI a versé au dossier un extrait du compte individuel AVS de l'assurée le 20 janvier 2021 et a obtenu une copie du dossier constitué par I._____ SA, lequel contenait en particulier les pièces suivantes :

- Les attestations d'arrêt de travail à 100 % délivrées dès le 29 août 2020 par le Dr C._____, médecin praticien.
- Un rapport de consultation établi le 23 décembre 2020 par la Dre N._____, Cheffe de clinique adjointe à l'Unité E._____, posant le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2).
- Un questionnaire médical complété le 20 janvier 2021 par le Dr C._____, exposant que l'incapacité de travail était initialement due à une lombosciatalgie hyperalgique (lumbago). Un syndrome anxio-dépressif était ensuite apparu, entraînant une incapacité de travail à 100 % de durée indéterminée. Un suivi psychiatrique avait été initié et un traitement médicamenteux était prescrit.

L'assurée a rempli le formulaire de détermination du statut le 15 février 2021. Elle a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 80 %

dans son domaine d'activité et qu'elle consacrerait le 20 % restant à la tenue de son ménage et à l'éducation de son enfant, lequel présentait des problèmes de comportement.

L'entreprise D._____ a rempli le questionnaire de l'employeur le 14 mars 2021. L'employeur a par ailleurs mis fin au contrat de travail avec effet au 30 avril 2021.

Répondant le 27 avril 2021 à deux questionnaires de l'OAI, le Dr C._____ a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis septembre 2020. Il a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique présent depuis septembre 2020 et attesté d'une incapacité de travail de 100 % dans toute activité depuis lors. Il a précisé qu'un probable syndrome dépressif sévère s'était manifesté dans les suites de lombosciatalgies hyperalgiques. La situation de sa patiente était complexe en raison de sa situation de maman célibataire d'un enfant en difficulté. Le Dr C._____ renvoyait pour le surplus vers la psychiatre consultée par sa patiente.

La Dre N._____ a répondu le 14 juillet 2021 aux questions de l'OAI. Précisant suivre l'assurée depuis le 15 décembre 2020 à raison d'une séance toutes les trois semaines, elle a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques présent depuis l'été 2020, lequel entraînait une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le début de l'évaluation à tout le moins. L'intéressée était limitée également dans l'accomplissement des tâches ménagères en raison de la fatigue, de l'aboulie, ainsi que de difficultés de concentration et de planification.

Sur demande de l'OAI, le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, la psychologue W._____ et le psychologue assistant Q._____, de l'Unité E._____, ont écrit le 13 décembre 2021 que l'évolution n'était pas favorable malgré un suivi thérapeutique bien investi et un traitement médicamenteux antidépresseur. La capacité de travail était nulle. La patiente traversait par

ailleurs une période difficile avec son enfant. Celui-ci présentait des troubles du comportement associés à des difficultés au niveau du développement nécessitant un suivi auprès de divers thérapeutes, ce qui inquiétait et mobilisait énormément l'assurée.

Dans une communication du 16 décembre 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'y avait pas lieu de mettre en place des mesures d'intervention précoce et que des mesures de réadaptation d'ordre professionnel n'étaient pas envisageables pour l'instant.

Réinterrogé tant par l'OAI que par I._____ SA, le Dr C._____ a indiqué le 18 février 2022 que l'assurée présentait toujours une capacité de travail nulle dans toute activité, car son état de santé ne s'était pas amélioré malgré un changement de thérapeute et de médication.

Également recontactés par l'OAI, le Dr V._____, la psychologue W._____ et le psychologue assistant Q._____ ont écrit le 12 mai 2022 que l'état de santé psychique de l'assurée était stationnaire, avec une thymie en amélioration mais des symptômes cognitifs restés les mêmes. Ils ont posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans symptômes psychotiques (F 32.1), avec une capacité de travail qui restait nulle dans toute activité. La compliance médicamenteuse était bonne et le suivi se faisait à raison d'une séance toutes les deux semaines. La Dre N._____ reprendrait bientôt le suivi et procéderait alors à une réévaluation du traitement. Le pronostic était défavorable. La situation restait également difficile à la maison avec un enfant présentant d'importants troubles du comportement nécessitant une scolarisation en établissement spécialisé, ce qui fatiguait considérablement l'assurée et ne l'aidait pas à se rétablir.

Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a adressé des questions complémentaires à l'Unité E._____. La Dre N._____ a répondu les 17 janvier et 4 avril 2023. Retenant les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et

de trouble d'anxiété généralisée probablement antérieur au développement de l'épisode dépressif, elle a précisé que sa patiente bénéficiait d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré, avec des rendez-vous médicaux aux deux semaines et des entretiens infirmiers aux quatre à six semaines, ainsi qu'une médication dont une modification était à l'essai. Selon la Dre N._____, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais de 40 % avec un rendement diminué de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, décrites comme suit : « des activités physiques qui ne demandent pas de responsabilité, de planification, de concentration, de tolérance au stress, d'autonomie ou d'initiative », étant précisé que la fatigue, les douleurs physiques, la faible tolérance à la frustration et la déception de constater un rendement diminué rendaient l'exécution de telles tâches difficile et seraient une source de stress et de baisse de l'estime de soi. La durée de l'épisode dépressif était à mettre en relation notamment avec la comorbidité du trouble d'anxiété généralisée. L'épisode dépressif s'était déclenché dans le contexte d'un stress intense auquel la patiente avait été soumise pendant plusieurs années, avec un épuisement important, tandis que ses conditions de vie actuelles ne lui permettaient pas de récupérer.

Suivant la suggestion du SMR (cf. avis médical du 22 mai 2023), l'OAI a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire auprès du centre d'expertise Centre d'expertise F._____. Les Drs S._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont déposé un rapport consensuel le 4 octobre 2023. Sur le plan psychiatrique, ils ont posé le diagnostic, sans incidence sur la capacité de travail, de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Sur le plan somatique, ils ont signalé une lombalgie commune (M. 54.5), actuellement en rémission complète, et un risque de chute dans le contexte d'épisodes de tachycardie, jusqu'à quatre épisodes par mois, avec un projet de thermoablation dans quelques semaines. Cette dernière problématique entraînait les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'utilisation d'échelles, pas de travail en hauteur et pas de conduite de véhicule professionnel. L'activité habituelle ne respectait pas ces limitations fonctionnelles, de sorte que la capacité de travail était nulle

dans cette activité depuis le 26 août 2020. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail avait toujours été entière, sous réserve d'une période d'incapacité de travail totale de six semaines en raison de la lombalgie commune apparue en août 2020. Les experts ont encore précisé que les atteintes à la santé n'avaient aucune incidence sur les tâches ménagères, hormis le travail en hauteur ou nécessitant de monter sur une échelle. Ils ont joint leurs rapports spécialisés, ainsi que des pièces médicales obtenues dans le cadre de l'expertise, en particulier un rapport de consultation établi le 2 février 2023 par le Dr T._____, spécialiste en pneumologie, concluant à un syndrome d'apnées du sommeil sans ronchopathie.

Le SMR a établi un rapport le 12 octobre 2023, dans lequel il a constaté que l'expertise bi-disciplinaire réfutait, en l'argumentant, toute atteinte psychiatrique incapacitante mais révélait l'existence d'une arythmie cardiaque à l'origine de malaises sans perte de connaissance justifiant des limitations fonctionnelles incompatibles avec la dernière activité exercée. Cela étant, la capacité de travail était restée entière depuis toujours dans une activité adaptée, sous réserve d'une période d'incapacité de travail totale du 26 août au 7 octobre 2020.

Le 16 octobre 2023, l'OAI a établi un calcul du salaire exigible pour l'année 2021, comparant le revenu perçu dans le dernier emploi, indexé à 2021 et au taux d'activité de 100 % (71'051 fr. 25), avec le revenu qu'une femme pouvait obtenir selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2020, tous secteurs confondus, au niveau de compétence 1, après adaptation et indexation à 2021, sans abattement supplémentaire (53'385 fr 77). Il en résultait un préjudice économique de 24,86 %. Des exemples d'activités adaptées étaient décrits comme suit : un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement, aide-administrative (réception, scannage et autres) ou vente simple (shop et autre).

Un projet de décision prévoyant de rejeter la demande de prestation a été adressé le 19 octobre 2023 à l'assurée. Il était constaté qu'en bonne santé, l'assurée exercerait une activité lucrative à 80 %, les 20 % restants correspondant aux travaux habituels de la tenue du ménage. A l'issue du délai d'attente d'une année, il existait une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas d'utilisation d'échelle, de travail en hauteur ni de conduite de véhicule professionnel). Présentant son calcul du salaire exigible, l'OAI a exposé que le résultat de la comparaison des revenus (préjudice économique de 24,86 %), pondéré au taux d'occupation de 80 %, montrait un degré d'invalidité de 20 %. S'agissant de la part ménagère, il avait été renoncé à mettre en œuvre une enquête ménagère au motif que la prise en compte d'empêchements ménagers dans le calcul du degré d'invalidité n'influencerait pas le droit à la rente. Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, des mesures professionnelles n'avaient pas lieu d'être dès lors que l'exercice d'activités ne nécessitant pas de formation particulière était à la portée de l'assurée, sans qu'un préjudice économique important ne subsiste.

L'assurée a fait part de ses objections à ce projet par courriers des 7 novembre 2023 et 19 janvier 2024. Contestant principalement le volet psychiatrique de l'expertise en s'appuyant sur les rapports de ses psychothérapeutes, elle a soutenu que les experts avaient retenu à tort une capacité de travail totale au motif qu'elle était apte à gérer son quotidien. En effet, pour assurer le bien-être de son enfant, elle devait fournir des efforts trop importants pour pouvoir entreprendre d'autres tâches en raison de son état dépressif, lequel s'était peu modifié depuis plusieurs années.

Entretemps, le Dr C. _____ a également écrit à l'OAI le 11 décembre 2023, afin de soutenir sa patiente. Il relevait que les limitations fonctionnelles retenues, incompatibles avec son métier, ne tenaient pas compte des status psychique et cardiologique.

Par décision du 29 janvier 2024, reprenant la motivation de son projet, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Dans un courrier séparé du même jour, faisant partie intégrante de la décision, l'OAI a indiqué que l'assurée n'avait apporté aucun élément lui permettant de revoir sa position.

B. X._____ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 28 février 2024, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour compléter l'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise psychiatrique. Elle soutenait que l'expertise de Centre d'expertise F._____ ne pouvait être suivie, dès lors que son psychiatre avait conclu à une incapacité de travail et déterminé des limitations fonctionnelles d'ordre psychique. Elle a joint un rapport non daté établi par les Drs V._____ et G._____, médecin assistant à l'Unité E._____, exposant qu'il existait des arguments cliniques forts et constants pour un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Ils relevaient que le trouble dépressif récurrent et les troubles cognitifs observés chez la recourante constituaient des complications très fréquentes du TDAH. Ce trouble entraînait de nombreuses limitations fonctionnelles découlant de déficits des fonctions exécutives, en particulier des difficultés d'attention (distraction facile, oublis fréquents, difficultés à terminer les tâches), une hyperactivité et de l'impulsivité (agitation, prise de décisions hâtives, absence de filtre dans la communication), des difficultés de gestion et d'organisation (procrastination, désorganisation), des difficultés de régulation émotionnelle (réactions excessives, faible estime de soi menant à des épisodes dépressifs), des difficultés de performance professionnelle (respect des délais). Le TDAH expliquait par ailleurs les contradictions mises en avant dans l'expertise, notamment la durée de l'épisode dépressif. En outre, l'expert avait retenu à tort que la recourante pouvait s'occuper de son quotidien, dans la mesure où des prestations médico-sociales (CMS) avaient été mises en place, avec une aide au ménage d'une heure par semaine, un soutien infirmier de deux heures par mois et un suivi avec une assistante sociale. Ces différents éléments devaient être

pris en considération dans l'évaluation de l'atteinte à la santé de la recourante.

Déférant le 5 mars 2024 à la demande en ce sens incluse dans son recours, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 28 février 2024, incluant l'exonération d'avances, de frais judiciaires et de franchise mensuelle.

L'intimé a déposé une réponse le 11 avril 2024, proposant le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il s'est référé à l'appréciation du SMR sur le nouveau rapport médical produit par la recourante. Dans son avis du 8 avril 2024, joint à la réponse, le SMR a conclu comme suit :

« Conclusion :

Le nouveau diagnostic de TDAH n'a effectivement pas été retenu par l'expertise, il s'agit d'une atteinte neurodéveloppementale, présente depuis toujours ; ce trouble n'a pas empêché la réussite de sa scolarité obligatoire, l'obtention d'un CFC de [...], et son activité professionnelle de nombreuses années sans changement régulier d'employeur ; il n'a donc pas de caractère incapacitant. L'expert a pris en compte les divers éléments anamnestiques et clinique rapportés, en partie explicables par le TDAH, et argumenté l'absence de caractère incapacitant.

Il n'y a pas de nouvelles atteintes à la santé ou d'aggravation des atteintes existantes depuis notre rapport d'examen SMR du 12.10.2023 dont les conclusions restent valables. »

Sous la plume de Procap Suisse, la recourante a répliqué le 4 juin 2024. Elle a fait valoir que le rapport médical produit avec son recours démontrait que l'expertise présentait d'importantes lacunes, à savoir une compréhension lapidaire de son quotidien et l'absence du diagnostic relatif au TDAH, tandis que le SMR ne réfutait pas ce diagnostic. L'expertise psychiatrique devait par conséquent être écartée.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

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

Tel est le cas en l'espèce. La demande ayant été déposée en janvier 2021 en lien avec une incapacité de travail débutée en août 2020, le droit à la rente pouvait prendre naissance au plus tôt le 1^{er} août 2021.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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) 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).

aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et

28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

4. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier

la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

c) Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références

citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré 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 bien-fondé 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 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). 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 et les références citées).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

5. a) En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante ne disposait plus d'aucune capacité de travail depuis août 2020 dans son activité habituelle, mais qu'elle avait recouvré une capacité de travail complète dès le 8 octobre 2020 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas d'utilisation d'échelles, de travail en hauteur ni de conduite de véhicule professionnel. Il s'est fondé en particulier sur l'avis du SMR du 12 octobre 2023, lequel proposait une synthèse du rapport d'expertise bi-disciplinaire du 4 octobre 2023, auquel il se ralliait.

Pour poser leurs conclusions, les experts de Centre d'expertise F. _____ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause, résumées aux pp. 7 ss du rapport d'expertise, parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins et spécialistes qui ont examiné la recourante depuis août 2020. Les deux experts ont chacun examiné l'intéressée et établi une expertise portant sur leur spécialité respective (pp. 22 ss du rapport pour la psychiatrie, pp. 38 ss du rapport pour la médecine physique et réadaptation). Ces deux expertises spécialisées comprennent, d'une part, le compte-rendu de l'entretien de l'expert avec la recourante, incluant ses déclarations spontanées, des anamnèses familiale, sociale, scolaire et professionnelle, les antécédents médicaux ainsi qu'une description de sa journée-type (ch. 3 des expertises spécialisées) et, d'autre part, les observations et constatations de l'expert (ch. 4 des expertises spécialisées), l'évaluation médicale et les diagnostics retenus (ch. 6 des expertises spécialisées), une évaluation médico-assurantielle (ch. 7 des expertises spécialisées) et les réponses motivées de l'expert aux questions soumises par l'intimé (ch. 8 des expertises spécialisées). L'évaluation consensuelle propose une synthèse étayée de la situation médicale de la recourante, établie après une discussion consensuelle entre les deux experts et divers échanges ultérieurs (cf. ch. 5 de l'évaluation consensuelle). En conséquence, cette expertise remplit l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence en la matière pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

b) Sur le plan somatique, la Dre S. _____ a mentionné trois problématiques, à savoir des lombalgies chroniques, des malaises liés à des crises de tachycardies ainsi qu'un syndrome d'apnée du sommeil léger, et a reconnu que les malaises entraînaient des limitations fonctionnelles incompatibles avec l'activité habituelle de la recourante, à savoir l'utilisation d'échelles, le travail en hauteur et la conduite de véhicule professionnel. L'état de santé somatique n'entraînait cependant pas d'incapacité de travail dans toute activité respectant ces limitations, sous réserve d'une période de six semaines d'incapacité de travail totale en raison de la lombalgie commune hyperalgique survenue en août 2020. A cet égard, l'experte a constaté que la recourante avait rapporté une

amélioration progressive des douleurs dorsales qui avaient motivé son arrêt de travail en août 2020, que ses plaintes principales concernaient des sensations de malaise lors de crises de tachycardie et qu'elle avait rapporté des difficultés de concentration et une somnolence diurne. A ce propos, la Dre S._____ a relevé qu'une intervention susceptible de permettre une résolution des tachycardies était planifiée (thermoablation) et que l'expertisée avait obtenu un appareillage pour les apnées du sommeil dont elle ne se servait pas, en précisant que le score d'Epworth était mesuré actuellement à 12/24.

La recourante n'a émis aucun grief à l'encontre des constatations et conclusions de la Dre S._____, confirmant au demeurant que l'intervention de thermoablation avait eu lieu le 25 octobre 2023. Par ailleurs, si le Dr C._____ a déploré, notamment, l'absence de prise en compte du status cardiologique dans sa lettre de soutien du 11 décembre 2023, il n'a cependant fourni aucun élément d'ordre médical à l'appui de cette critique. Dans ses précédents rapports, établis entre janvier 2021 et 2022, le Dr C._____ mettait l'incapacité de travail de sa patiente uniquement en relation avec sa situation psychiatrique. Par conséquent, il convient de confirmer la valeur probante du rapport de l'experte en médecine physique et réhabilitation.

c) Du point de vue psychiatrique, le Dr U._____ a retenu le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) et a conclu qu'il n'avait jamais eu d'incidence sur la capacité de travail. L'expert a motivé son diagnostic en s'appuyant sur des éléments anamnestiques, en relevant notamment ce qui suit :

« Au total, elle rapporte des symptômes anxieux et dépressifs mineurs qu'elle gère par traitement qui n'impacte ni sa vie quotidienne, ni ses activités ménagères, ni ses facultés à se déplacer ou à s'occuper de son fils, ni à travailler dans le jardin, ni à faire les travaux de rénovation de sa maison et n'impacte pas également sur sa capacité à entretenir des relations de qualité avec son voisinage, sa famille, son fils et sa meilleure amie. Ses troubles sont sans impact sur les activités de la vie quotidienne ni sur la capacité de travail, correspondent au diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, qui est une association de trouble anxieux et dépressif mineur largement répandue dans la population

générale et n'entraînant le plus souvent, ni suivi ni traitement psychiatrique. »

aa) Dans un premier temps, s'appuyant sur les rapports de ses psychothérapeutes, la recourante a contesté cette appréciation en relevant que l'expert avait admis une capacité de travail sur le seul constat qu'elle était capable de gérer son quotidien. Elle a fait valoir que son état psychique entraînait d'importantes limitations fonctionnelles (difficultés d'attention, de concentration, de planification et de mémorisation) qui l'obligeaient à fournir des efforts considérables pour gérer son quotidien, efforts consentis pour assurer le bien-être de son fils mais qui ne lui permettaient pas d'entreprendre une activité professionnelle au surplus.

Le Dr U._____ s'est positionné sur les rapports des psychothérapeutes traitants (cf. p. 31 du rapport d'expertise). Il a relevé que ceux-ci avaient retenu de manière invariable dès décembre 2020, y compris deux années après la prescription d'un antidépresseur, que leur patiente présentait un épisode dépressif sévère, alors que les critères de définition de ce diagnostic n'étaient manifestement pas présents. Au contraire, l'intéressée décrivait des activités pourvoyeuses de plaisir et une capacité à s'émouvoir devant la beauté d'un paysage, ne présentait pas de diminution de la concentration ou de l'attention à l'examen clinique, ne se plaignait pas de troubles pour effectuer les tâches intellectuelles d'organisation ménagère ou pour la rénovation de sa maison. Elle a exposé qu'après le départ de son fils pour l'école, elle s'occupait de ses animaux (plusieurs chats, un oiseau et des canards), sortait faire des courses, allait voir des voisins ou sa famille, se promenait dans son jardin afin d'admirer la vue, s'occupait elle-même de la rénovation de sa maison, entretenait un jardin potager et préparait les repas. Au retour de son fils, elle pouvait l'aider à faire ses devoirs, jouer et se promener avec lui.

Pour sa part, la Dre N._____ a décrit la journée type de sa patiente dans ses rapports des 12 mai 2022 et 17 janvier 2023. Si elle indiquait d'emblée que celle-ci était « vite submergée par tout qu'il y a à

faire dans sa maison » ou qu'elle devait « réfléchir à la manière dont elle doit s'organiser pour effectuer ses tâches mais n'y parv[enait] pas en raison de ses difficultés de concentration », il n'en demeure pas moins que la psychiatre traitante a également noté que la recourante s'occupait quotidiennement de plusieurs chats et d'un poulailler, procédait elle-même à la rénovation de sa maison, entretenait son jardin, effectuait régulièrement des menus travaux de bricolage dans sa maison ou chez des amis, faisait régulièrement des promenades, entretenait des relations avec sa famille, son voisinage et une amie, aidait son fils pour les devoirs et jouait avec lui. Il est ainsi constant que la recourante multiplie les activités récréatives, qui vont bien au-delà d'une gestion minimale de son ménage pour assurer le bien-être de son fils. Certes, il apparaît que la recourante doit également faire face à des difficultés liées à sa situation de mère célibataire d'un enfant souffrant de troubles du comportement. Cependant, il ne paraît pas surprenant dans un tel contexte que des tâches éducatives complexes et des loisirs comprenant des contraintes (soins aux animaux, rénovation de l'habitation) puissent interférer entre eux ou avec les tâches ménagères usuelles, créer de la fatigue, un sentiment de désorganisation ou des difficultés de concentration, en dehors de toute pathologie d'ordre psychiatrique. Contrairement aux thérapeutes, dont les conclusions ont pu être influencées par la relation nouée avec la patiente (cf. consid. 4d ci-dessus), l'expert psychiatre s'est efforcé de poser le diagnostic et d'évaluer la capacité de travail de la recourante en mettant en relation ses plaintes avec ses ressources et ses difficultés. Il convient ici de rappeler que, dans la mesure où il a pour objet la question de l'invalidité, le droit des assurances sociales s'en tient à une conception bio-médicale de la maladie, dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C_44/2018 du 3 avril 2018 consid. 4.2 ; TF 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). Le contexte social est uniquement analysé en tant qu'indicateur dans l'examen de la capacité de travail résultant des atteintes psychiques diagnostiquées, la jurisprudence ayant précisé à cet égard, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté et, d'autre part, que des ressources mobilisables par la

personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, tel le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). En l'occurrence, il faut constater que l'expert psychiatre de Centre d'expertise F._____ a fait abstraction des éléments étrangers à l'invalidité et a dûment motivé les raisons pour lesquelles il s'écartait des conclusions des psychothérapeutes de la recourante.

bb) Au stade du recours, la recourante a produit un nouveau rapport médical de ses psychothérapeutes, non daté, posant le diagnostic nouveau de trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Conformément à la jurisprudence, le juge doit prendre en compte les faits survenus postérieurement à la décision administrative litigieuse dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation de la situation au moment où ladite décision a été prise (ATF 118 V 200 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_13/2022 du 29 septembre 2022 consid. 3.1.3 ; 9C_47/2022 consid. 5.1.2). En conséquence, ce rapport peut être pris en compte en tant qu'il se rapporte à l'évolution de l'état de santé de la recourante jusqu'à la notification de la décision litigieuse.

L'intimé a soumis cette nouvelle pièce médicale au SMR, qui s'est prononcé le 8 avril 2024. S'il n'a pas contesté le diagnostic posé bien qu'il n'ait pas été retenu par l'expert, le SMR a rappelé qu'il s'agissait d'une atteinte neurodéveloppementale présente depuis toujours, ce qui n'avait pas empêché la recourante de réussir sa scolarité obligatoire, d'obtenir un CFC de [...] et d'exercer son activité professionnelle durant de nombreuses années sans changement régulier d'employeur. Il en a déduit que ce diagnostic n'avait pas de caractère incapacitant, tandis que l'expert avait d'ores et déjà pris en compte les divers éléments anamnestiques et cliniques mentionnés par les psychiatres de l'Unité E._____ pour poser le diagnostic de TDAH. Cet avis est convaincant. En effet, selon jurisprudence constante du Tribunal fédéral, ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les

répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 136 V 279 consid. 3.2.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). Or, le nouveau rapport n'a pas fait état d'éléments anamnestiques qui n'auraient pas été pris en compte par l'expert psychiatre ou d'une modification de l'état de santé postérieurement à l'expertise, mais d'une nouvelle appréciation de la situation déjà connue sous un angle différent. Les tests DIVA 2.0 et ASRS cités par les Drs V._____ et G._____ sont, pour le premier, un questionnaire ciblé pour l'entretien diagnostique (désormais remplacé par le DIVA 5, cf. www.divacenter.eu) et, pour le second, un questionnaire d'auto-évaluation (cf. https://en.wikipedia.org/wiki/Adult_ADHD_Self-Report_Scale). Il s'agit donc d'outils destinés à cibler les questions à poser au patient en vue d'orienter un processus diagnostique ou la prise en charge thérapeutique, mais qui ne permettent pas à eux seuls de poser le diagnostic de TDAH. Leur caractère subjectif exclut par ailleurs de s'y référer pour évaluer la capacité de travail dans un contexte asséculoologique. Cela étant, les limitations fonctionnelles mentionnées par les Drs V._____ et G._____ en lien avec le diagnostic de TDAH figuraient déjà dans les précédents rapports du Dr V._____ ou dans ceux de la Dre N._____. Quant au suivi mis en place par le CMS évoqué, consistant en une aide au ménage d'une heure par semaine, un soutien infirmier de deux heures par mois et d'un suivi par une assistante sociale, il n'est pas d'une ampleur telle qu'il permette de porter le doute sur les conclusions de l'expert relatives aux ressources de la recourante, à sa capacité à gérer son quotidien et à se mobiliser, ainsi qu'à sa capacité de travail. Ainsi, quand bien même une nouvelle hypothèse diagnostique est posée, ce rapport ne remet pas en cause la valeur probante de l'expertise.

d) Partant, l'intimé pouvait légitimement se fonder sur le rapport d'expertise de Centre d'expertise F._____, tel que synthétisé par le SMR, pour rendre la décision litigieuse.

6. La recourante n'a pas contesté le recours à la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ni la répartition retenue de 80 % pour l'activité professionnelle et 20 % pour les travaux habituels. Cette répartition

correspond aux indications données par l'intéressée dans le formulaire de détermination du statut rempli le 15 février 2021, étant en outre relevé qu'elle travaillait depuis 2013 au taux de 80 % pour la même entreprise jusqu'à la survenance de son arrêt de travail en août 2020.

Le calcul du degré d'invalidité dans la part consacrée à l'activité professionnelle n'est pas non plus critiqué par la recourante. Ce calcul est conforme aux dispositions légales et jurisprudentielles applicables et peut donc être confirmé. La comparaison des revenus fondée calculée sur une activité habituelle exercée à 100 % a abouti à un degré d'empêchement de 25 % (chiffre arrondi, cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2). Rapporté au taux de la part active, il en découle un degré d'invalidité dans la part active de $(25 \% \times 80 \% =) 20 \%$.

Compte tenu de ce résultat, l'intimé a renoncé à mettre en œuvre une enquête à domicile pour déterminer l'éventuel taux d'empêchement dans la part consacrée aux travaux habituels. Ce raisonnement peut être validé. En effet, mathématiquement, il faudrait que le taux d'empêchement dans la part active atteigne 100 % pour ouvrir un droit à la rente, ce qui est manifestement exclu au vu du caractère peu étendu des limitations fonctionnelles retenues par les experts de Centre d'expertise F._____. Au demeurant, une incapacité totale d'accomplir les tâches habituelles ne pourrait pas être admise au regard des nombreuses activités annoncées par la recourante.

Enfin, la recourante n'a émis aucun grief s'agissant du refus de l'intimé de lui octroyer des mesures professionnelles. Quand bien même le taux d'invalidité atteint le seuil de 20 % qui ouvre le droit à un reclassement professionnel (art. 17 al. 1 LAI ; ATF 139 V 399 consid. 5.3), il faut admettre avec l'intimé que les limitations fonctionnelles de la recourante lui permettent d'exercer de nombreuses activités ne nécessitant pas de formation particulière, de sorte que les conditions permettant l'octroi de mesure professionnelles ne paraissent pas remplies.

7. a) En définitive, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des 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 partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat. La partie recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle devra en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision rendue le 29 janvier 2024 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. 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.

- V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :