

VD_FINDINFO AI 113/18 - 235/2020 vom 14. Juli 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-07-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_113_18_-_235_2020

FR: VD_FINDINFO AI 113/18 - 235/2020 du 14 juillet 2020

IT: VD_FINDINFO AI 113/18 - 235/2020 del 14 luglio 2020

Regeste

CONDITION DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, TENUE DU MÉNAGE, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION, AFFECTION PSYCHIQUE | 28 LAI, 28a al. 2 LAI, 28a al. 3 LAI, 4 LAI, 7 LAI, 27 RAI, 27bis RAI

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; BLV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cours des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Soulignons d'emblée que le statut de l'assurée, contesté par cette dernière, est, selon l'enquête économique sur le ménage, celui d'une personne qui, en bonne santé, consacrerait 30% de son temps à l'exercice d'une activité lucrative et le reste de son temps (70%) aux travaux habituels et que, pour ce qui est de la part active, la recourante présente une incapacité totale de travail de 100%, point qui n'est pas contesté. Est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison de son atteinte à la santé, un degré

d'invalidité susceptible de lui ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Il convient plus précisément d'examiner les critiques portant sur la façon dont le statut de la recourante a été fixé, que cette dernière qualifie d'arbitraire, puis celles relatives aux conclusions du rapport d'enquête économique sur le ménage. La recourante soutient d'une part que les répercussions de son atteinte à la santé n'ont pas été suffisamment prises en compte par l'enquêtrice dans la fixation de ses empêchements à accomplir les tâches usuelles, d'autre part que l'aide exigée par les membres de sa famille dans l'accomplissement desdites tâches est disproportionnée.

E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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 se définit 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 (art. 6 LPGA). 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). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à un tiers de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. c) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations (ATF 137 V 334 consid. 3.1 ; TF 9C_827/2016 du 31 juillet 2017 consid. 5.1) : la méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), la méthode spécifique pour qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et la méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou travaillant sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint (art. 28a al. 3 LAI ; ATF 130 V 393).

E. 3.3

et 125 V 146). d) Afin de satisfaire aux exigences de la Cour européenne des droits de l'homme (CourEDH) concernant une conception non discriminatoire de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, telles que formulées dans l'arrêt Di Trizio contre Suisse du 2 février 2016 (n° 7186/09), le Conseil fédéral a procédé à une modification des dispositions réglementaires topiques (art. 27 RAI, art. 27 bis al. 2 à 4 RAI et les dispositions transitoires de la modification du RAI du 1^{er} décembre 2017, RO 2017 7581). Cette modification est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018. Attendu que la demande de prestations de l'assurance-invalidité et que la décision querellée – dont les dates déterminent

les dispositions applicables d'un point de vue temporel au présent litige – ont été déposées, respectivement rendues les 17 juillet 2016 et 5 mars 2018, la modification réglementaire précitée est applicable in casu (cf. la lettre circulaire AI n° 372 de l'Office fédéral des assurances sociales du 9 janvier 2018). Ainsi, selon l'art. 27 bis RAI (règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201), entré en vigueur le 1^{er} janvier 2018, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative ; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (art. 27bis al. 2 RAI). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPGA, étant entendu que : a. le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps ; b. la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (art. 27bis al. 3 RAI). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 3, let. b et une activité lucrative exercée à plein temps (art. 27bis al. 4 RAI). e) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 133 V 504 consid. 3.3, 131 V 51 consid. 5.1.2, 125 V 146 consid. 5c/bb, 117 V 194 consid. 3b). En droit des assurances sociales, la notion d'activité lucrative, que l'on retrouve notamment à la base de l'art. 4 al. 1 LAVS (mais également aux art. 3 LAI et 27 LAPG renvoyant à la LAVS), signifie l'exercice d'une activité (personnelle) déterminée visant à l'obtention d'un revenu et destinée à accroître le rendement économique. Peu importe à cet égard que la personne concernée ait subjectivement l'intention de gagner de l'argent pour elle-même. Il s'agit au contraire d'établir l'existence de cette intention sur la base des faits économiques concrets. L'élément caractéristique essentiel d'une activité lucrative réside dans la concrétisation planifiée d'une volonté correspondante sous la forme d'une prestation de travail, ce dernier élément devant également être établi à satisfaction de droit (ATF 128 V 20 consid. 3b p. 25 ss et les références; voir aussi les ch. 2004 ss des Directives de l'OFAS sur les cotisations des travailleurs indépendants et des personnes sans activité lucrative dans l'AVS, l'AI et l'APG [DIN]). f) En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels en raison d'une atteinte à la santé, l'enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assuré constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine. Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique

sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (TF 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 ; TF I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3 in VSI 2004 p. 139 s.) Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (TF 9C_108/2009 du 29 octobre 2009 consid. 4.1). Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3) et du rapport d'enquête économique sur le ménage puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (TF I 733/2003 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3). Particulièrement, 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. La personne chargée de l'enquête examinera notamment si l'assuré doit éventuellement consacrer plus de temps que d'ordinaire à l'accomplissement de ces travaux (on tiendra compte du facteur temps dans la mesure où celui-ci n'a pas déjà été pris en considération dans le cadre de la suppression d'un domaine d'activité) (ATF 130 V 37). 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 130 V 61 consid. 6.1 p. 61 s., 128 V 93 ; TF I 90/02 du 30 décembre 2002, consid. 2.3.2 [non publié au Recueil officiel] in VSI 2003 p. 221). Soulignons enfin, s'agissant du rapport médical, que l'élément déterminant pour lui consacrer valeur probante n'est ni son origine ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c).

E. 4

a) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1). C'est la méthode générale de

comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI cum art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29). b) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels (ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). C'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI cum art. 8 al. 3 LPGA). Par travaux habituels, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels. c) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question (ATF 137 V 334 consid. 3.1.3). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI cum art. 27bis RAI ; ATF 131 V 51 consid. 5.1.2). L'invalidité totale de la personne assurée résulte de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid.

E. 5

Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2). Ainsi, pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Particulièrement, la tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travail. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore, raisonnablement, être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1). Conformément au principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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. Parmi tous les éléments de fait

allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références citées). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 6

La recourante critique la façon dont l'enquêtrice a déterminé les parts active et ménagère, qu'elle qualifie d'arbitraire ; elle conteste le taux de 30 % retenu pour la part active. Elle estime qu'il n'est pas correct de prendre en compte le salaire perçu dans son dernier emploi, dès lors que celui-ci ne correspond manifestement pas à celui qu'elle serait en mesure de réaliser si elle était valide. Elle soutient qu'elle a toujours eu la volonté de travailler davantage et que la part active doit se déterminer en prenant en compte le taux qu'elle aurait vraisemblablement atteint dans sa profession sans invalidité compte tenu de sa volonté de travailler, de son âge, du marché de l'emploi et de l'activité exercée avant la naissance de sa fille cadette et la survenance de ses troubles de santé. Selon elle, il convient de retenir l'activité exercée avant la naissance de sa fille, à savoir 22,5 heures par semaine qui, rapportée aux chiffres retenus par l'OAI s'agissant de l'usage local dans la profession de la recourante, soit notamment une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, conduit à une part active de 56,25 %. L'intimé se réfère aux conclusions de l'enquête économique sur le ménage du 19 janvier 2018, qu'il estime probante, en relevant qu'ont été pris en compte les besoins financiers de la famille, tels qu'exprimés lors de la rencontre à domicile ainsi que les éléments concrets ressortant de la situation antérieure, comme les activités effectivement exercées et les recherches d'emploi à un taux plus élevé avant la survenance de l'invalidité.

a) En l'espèce, sur le questionnaire destiné à déterminer son statut, l'assurée a indiqué le 29 août 2016 que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait immédiatement à un taux de 100 % en qualité de femme de ménage ou d'aide-concierge par intérêt personnel et pour avoir des contacts sociaux. Dans la mesure où la recourante n'a jamais travaillé à un tel taux d'activité, on ne saurait se fonder sur ses seules déclarations d'intention pour admettre un statut d'active à 100 %. On ne peut pas non plus considérer comme établi qu'entre 2002 et 2004 elle a, comme elle le prétend, travaillé à raison de 22 heures 30 par semaine, ce qui, rapporté à un horaire hebdomadaire de 40 heures par semaine tel que retenu par l'OAI, conduirait à admettre une part active de 56,25 %. Non seulement, on ne dispose pas de pièces au dossier établissant un tel taux d'activité mais celui-ci est contredit par d'autres éléments. Cela étant, il convient de déterminer si le calcul opéré par l'enquêtrice est probant. Pour déterminer la part active, l'enquêtrice s'est fondée sur le salaire horaire minimal brut de 20 fr. 75 (sans les suppléments pour vacances et jours fériés payés) afférent à un employé non qualifié avec au moins quatre ans d'expérience professionnelle dans l'économie domestique, tel que fixé à l'art. 5 al. 1 du CCT économie domestique (ordonnance sur le contrat-type de travail pour les travailleurs de l'économie domestique du 20 octobre 2010 ; RS 221.215.329.4). Se référant aux déclarations de l'époux de l'assurée selon lesquelles les besoins financiers mensuels de la famille seraient de l'ordre de 500 à 1'000 fr., elle a conclu, en tenant compte d'un horaire hebdomadaire de 40 heures, que la part active était de 30 %. La recourante soutient qu'il faut se fonder sur l'emploi qu'elle exerçait avant la naissance de sa seconde fille pour déterminer la part de son activité lucrative. Elle invoque en effet que la dégradation de son état de santé serait intervenue à cette époque. Or, le Dr G._____, psychiatre traitant, selon lequel un syndrome dépressif sévère existe depuis 12 ans, ce en 2016, n'a été consulté qu'en 2015. Il ne figure aucun élément au dossier

permettant d'admettre une incapacité de travail antérieure. En particulier, il n'est fait état d'aucune consultation spécialisée. D'ailleurs, dans son rapport du 11 août 2017, le Dr G._____ atteste d'une incapacité de travail depuis en tout cas 2015. Le fait est que si la recourante a recherché du travail dès 2008, selon les déclarations faites à l'enquêtrice, et qu'elle a abandonné ses recherches, ce n'est pas pour des raisons de santé mais pour des motifs qui ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité comme la méconnaissance de la langue française et la difficulté à se déplacer. Il n'y a donc aucune raison de remettre en cause les constatations de l'enquêtrice. b) La recourante fait également grief à l'intimé d'avoir considéré, toujours en se basant sur le rapport d'enquête économique sur le ménage, que le taux d'empêchement dans les travaux habituels est de 0 %. Elle relève qu'il ressort de l'enquête ménagère qu'elle ne s'occupe plus de la tenue de son ménage comme auparavant, néglige des nettoyages et que les membres de sa famille doivent lui rappeler les tâches à faire ainsi que veiller à sa propre hygiène. Elle rappelle aussi que lorsqu'elle est en phase de décompensation, elle ne fait plus rien. Elle estime que si une aide des membres de sa famille peut raisonnablement être exigée, dès lors que son époux part le matin à 6 heures et ne revient à la maison qu'à 18 heures 30 et que ses filles sont à l'école, on ne saurait attendre d'eux qu'ils la suppléent totalement dans les tâches ménagères dont elle avait seule la charge lorsqu'elle était en bonne santé. Elle soutient qu'en raison de son atteinte à la santé, le taux d'empêchement dans les travaux habituels doit être évalué à au moins 30 %. L'enquêtrice s'est fondée sur les dires du couple en particulier sur ceux du mari pour aboutir à la conclusion que la recourante ne présente aucune incapacité dans la conduite du ménage. Il n'y a aucune raison de remettre en doute ses constatations. La recourante peut, en effet, accomplir toutes les tâches ménagères avec certes des restrictions. Elle peut faire le ménage mais sa famille doit parfois le lui demander, ce qui est tout à fait exigible. Il en va de même s'agissant des détails dans le ménage ou du rappel pour changer les draps de lit. La recourante gère la lessive. En procédure d'audition, l'enquêtrice a indiqué dans sa note du 2 mars 2018 que les arguments du psychiatre traitant de la recourante, à savoir les fréquentes rechutes, la consommation d'alcool, les hospitalisations et le caractère possiblement évolutif de la maladie (dégradation progressive des fonctions cognitives) avaient été pris en compte dans le calcul global des empêchements ménagers et que l'aide de la famille demeurerait exigible. En ce qui concerne la lessive et le repassage, l'assurée dit ne pas avoir de retard mais mélanger les habits et avoir des soucis de tailles ou de couleurs. L'aide de la famille est aussi exigible à cet égard. C'est l'époux qui gère, comme il l'a toujours fait, l'aspect administratif et financier, qui s'occupe des emplettes et de la déchetterie, la recourante l'aidant à élaborer la liste des courses (mais l'accompagnant rarement pour les faire) et entreposant sur le balcon les déchets, sans toutefois les trier. L'aide de la famille est aussi exigible à cet égard. Force est donc de constater que l'enquête ménagère est convaincante et qu'il n'y a aucune raison de la remettre en cause.

E. 7

a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont imputés à la recourante qui succombe. Ils sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat, vu la décision du 24 avril 2018 lui octroyant l'assistance judiciaire (art. 118 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) N'obtenant pas gain de

cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA). d) La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Ana Rita Perez, à compter du 23 avril 2018 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1, let. c, CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Me Perez a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de sa mandante le

E. 10

décembre 2018. Elle a fait état de 14 heures et 30 minutes consacrées à la présente procédure depuis le 18 avril 2018. Vérifiée d'office, la liste des opérations peut être approuvée. En définitive, il convient d'octroyer à Me Perez un montant total de 2'015 fr. 10 (débours forfaitaires à 5 % et TVA de 7,7 % compris) pour l'ensemble de ses activités. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser les frais judiciaires et l'indemnité du conseil d'office, dès qu'elle sera en mesure de le faire en vertu de l'art. 123 al. 1 CPC. Le Service juridique et législatif est chargé de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.