

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 13 vom 12. Mai 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-05-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2016\\_\\_13](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__13)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 13 du 12 mai 2016

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 13 del 12 maggio 2016

### Regeste

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, FEMME AU FOYER, COMPARAISON DES REVENUS, REVENU D'INVALIDE, REVENU SANS INVALIDITÉ, NAISSANCE, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, DEMI-RENTE | 28 LAI, 29 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 12.05.2016 Arrêt / 2016 / 13

ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, FEMME AU FOYER, COMPARAISON DES REVENUS, REVENU D'INVALIDE, REVENU SANS INVALIDITÉ, NAISSANCE, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, DEMI-RENTE | 28 LAI, 29 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 142/13 - 125/2016 ZD13.021909 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 12 mai 2016 \_\_\_\_\_ Composition : M. Neu , président Mmes Thalmann et Brélaz Braillard, juges Greffier : M. Addor \*\*\*\*\* Cause pendante entre : C. \_\_\_\_\_ , à Q. \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI E n f a i t : A. a) C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1972, nurse de formation, a travaillé depuis janvier 2002 en qualité d'éducatrice de la petite enfance aux hospices cantonaux vaudois. Le 28 avril 2005, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), se prévalant d'une hernie discale, de protrusions et d'arthrose. Procédant à l'instruction du dossier, l'office AI a soumis l'assurée, en date du 11 août 2006, à un examen rhumatologique effectué par le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans son rapport du 25 octobre 2006, ce médecin a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques, non déficitaires, dans un contexte de protrusion discale L4-L5 et discarthrose L5-S1, et de status post-traitement chirurgical d'une hernie discale L5-S1. Il a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée depuis mai 2003. Dans son appréciation du cas, il a exposé ce qui suit : « A l'examen clinique l'assurée a un comportement algique déjà lors de l'entretien. Elle doit fréquemment se stabiliser avec ses membres supérieurs en position assise et se

lève une fois pendant les 50 minutes de l'entretien. L'assurée dit avoir pesé 100 kg, elle pèse actuellement 60 kg, avec un BMI normal, mais sans amélioration des lombalgies. La mobilité du tronc est modérément limitée autant en flexion qu'en extension, il n'est pas possible d'obtenir les amplitudes maximums, l'assurée a une appréhension importante, elle a l'impression qu'elle va se bloquer le dos. La palpation est électivement douloureuse sur les deux derniers segments lombaires. Il n'y a pas de contracture paravertébrale. Il n'y a pas d'amyotrophie de la sangle abdomino-dorsale, ceci malgré une trophicité musculaire globalement faible. Il n'y a pas de signe de sciatique, ni de cruralgie irritative, ni de déficit radiculaire aux membres inférieurs. Il existe une hypoesthésie non systématisable du membre inférieur droit. Le score de Waddell est positif (4 points sur 5) pour des signes de non-organicité. La mobilité des hanches est conservée, elle déclenche des douleurs lombaires. Une coxarthrose débutante radiologique avait été relevée par la Dresse L.\_\_\_\_\_. La lecture du dossier radiologique montre sur l'IRM post-opératoire de novembre 2003 une impression de matériel discal médian en L5-S1, décrit par le radiologue comme une hémorragie dans les tissus mous. Cette image disparaît par la suite et en particulier au niveau de l'IRM de décembre 2005, il n'y a pas d'évidence de récurrence de hernie ou de compression des racines. Il existe en L4-L5 une protrusion médiane, ainsi qu'une hypertrophie des ligaments jaunes. Le disque L3-L4 présente un trouble dégénératif débutant. Il n'y a pas de trouble dégénératif postérieur. En conclusion, si l'assurée a indéniablement un comportement algique avec des difficultés à stabiliser son tronc en station debout, une intolérance à la station assise prolongée, il est difficile au vu des éléments à disposition d'en préciser la cause. Il n'y a pas de complication post opératoire, la protrusion discale L4-L5 est banale et elle n'explique pas l'importance de la symptomatologie. Il n'y a pas non plus de troubles dégénératifs postérieurs, ni de signe d'instabilité lombaire, ceci malgré l'hyperlordose. L'appréhension importante de la patiente ne permet pas d'obtenir les amplitudes maximums et de ce fait, on ne peut pas retenir un syndrome rachidien (absence de contracture paravertébrale lombaire). Les signes de non organicité parlent pour une amplification des symptômes. Les limitations fonctionnelles : Rachis : port de charges au-delà de 9 kg, mouvements répétés de flexion-extension du tronc, position statique assise 60 minutes, debout 30 minutes. [...] Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance du rachis lombaire aux contraintes mécaniques. Dans un poste adapté, respectant les limitations fonctionnelles, une capacité de 100% persiste avec une diminution de rendement de 20% ; la symptomatologie douloureuse à elle seule ne suffit [pas] pour justifier une incapacité de travail ; les éléments objectivables avec absence de syndrome rachidien, de signes de compression ou d'irritation persistante des racines, d'absence de complication post-opératoire, ne justifient pas une incapacité importante dans une activité légère. Nous ne pouvons retenir un handicap fonctionnel important, comme le suggère la Dresse L.\_\_\_\_\_ dans son rapport de janvier 2006 ; l'assurée est capable de faire en grande partie le ménage, elle est capable de s'occuper d'elle-même et d'autrui (elle rend fréquemment visite à une personne âgée et l'aide à mettre ses gouttes ophtalmiques), elle est capable également d'avoir une activité physique légère ; le week-end, elle se balade ou elle va faire du vélo avec son ami pendant 30 à 45 minutes. L'appréhension que présente l'assurée ne justifie pas une incapacité de travail, cette appréhension n'est pas justifiée par une atteinte somatique objectivable. En vue d'éventuelles mesures d'ordre professionnel, un entretien avec l'assurée s'impose, celle-ci ne comptant sur une amélioration que d'ici 1 à 2 ans ; elle ne se voit actuellement pas travailler, même dans une activité physiquement légère. » Par décision du 30 avril 2008,

l'office AI a refusé le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Il a retenu que l'intéressée présentait dans une activité adaptée à son état de santé une capacité de travail entière depuis mai 2004 avec un rendement de 80%. Avec un revenu sans invalidité de 59'046 fr. dans l'activité d'éducatrice de la petite enfance et un revenu d'invalidité de 55'311 fr. – correspondant à un salaire d'employée de commerce, en tenant compte d'un rendement de 80% – l'office AI a mis en évidence un degré d'invalidité de 6,3%. b) Par acte du 4 juin 2008 de son mandataire, l'assurée a recouru contre cette décision devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud (désormais : Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal) et conclu à l'octroi de prestations d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction et nouvelle décision. La cause a été enregistrée sous la référence AI 300/08. Le 4 août 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, sollicitant l'octroi d'une rente. Elle se prévalait d'une aggravation de son état de santé. L'office AI l'a informée que sa demande serait traitée en application des dispositions relatives à la révision au sens des art. 17 LPGA ainsi que 87 ss RAI. Le 11 mars 2010, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant derechef à l'octroi d'une rente. Dans le cadre de la procédure judiciaire, elle a produit un lot de pièces, dont un certificat médical du 28 janvier 2010 de l'Hôpital psychiatrique D.\_\_\_\_\_, attestant une hospitalisation depuis le 21 janvier 2010 en raison d'un état dépressif sévère avec risque suicidaire. Le magistrat instructeur a ordonné une expertise judiciaire psychiatrique qu'il a confiée au Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 5 avril 2011, ce médecin a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère, sans caractéristiques psychotiques, et de trouble mixte de la personnalité. Il a retenu une incapacité de travail de 60% depuis le 21 janvier 2010, exposant en particulier ce qui suit dans son appréciation du cas : « Appréciation diagnostique · Trouble dépressif [...] Dans le cas présent, on doit retenir la tristesse et la fatigue anormales. On doit aussi retenir la perte d'intérêt et du plaisir. Ces symptômes semblent bel et bien être présents la plupart du temps tous les jours et maintenant depuis plusieurs mois. Par ailleurs le soussigné admet la baisse de l'estime de soi, des idées suicidaires, les difficultés à penser et à se concentrer ainsi que les troubles du sommeil. Ce tableau symptomatologique n'est pas en discordance avec ce qui est observé. L'assurée a l'air dépressive. Elle est ralentie. Au vu de ce qui précède, le soussigné retient l'épisode dépressif. Il le qualifie actuellement de sévère, conformément aux réquisits de la CIM-10 sur ce point. Ce degré de sévérité est d'ailleurs corroboré par le résultat de l'échelle d'évaluation de la dépression du 21 mars 2011. Même si le tableau dépressif de Mme C.\_\_\_\_\_ comporte une forte composante réactionnelle, on est au-delà de ce que désigne un trouble de l'adaptation, au vu de la durée, du nombre et de la sévérité des signes et symptômes présentés. Le diagnostic de trouble de l'adaptation doit dès lors être écarté, tout en sachant qu'il était certainement justifié de le retenir à des moments [...] de la présentation clinique passée de Mme C.\_\_\_\_\_. D'après les informations à disposition, rien n'indique que l'assurée ait présenté une symptomatologie aussi typique et sévère dans le passé. La récurrence doit dès lors être écartée. La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive. Le trouble bipolaire peut dès lors être réfuté. Le soussigné a eu quelques doutes sur des éléments psychotiques associés à la symptomatologie dépressive. L'assurée relate des propos qui paraissent persécutoires. Ils sont toutefois inconstants. En l'état, le soussigné ne retient pas les symptômes psychotiques associés à l'épisode dépressif sévère. Au terme de cette réflexion diagnostique, il est dès lors justifié de retenir un épisode dépressif sévère, sans

caractéristiques psychotiques, selon la terminologie de la CIM-10. · Trouble de personnalité [...] La longue histoire psychiatrique de l'assurée va certainement dans le sens d'un trouble de personnalité. Il y a tout de même la notion de souffrance et de prise en soins psychiatrique dès l'enfance et l'adolescence. Il y a une instabilité socioprofessionnelle remarquable. Les difficultés dans les relations interpersonnelles ne font aucun doute. La vie affective de l'assurée est manifestement un constat d'échec. Tous ces éléments vont de pair avec une pathologie de personnalité. Il n'y a guère de doute là-dessus. La recherche d'un sous-type spécifique n'est pas véritablement contributive. Il y a les éléments de dépendance d'une personne qui est vite submergée et semble incapable de se débrouiller seule. Il y a des éléments de personnalité dyssociale ou anti-sociale, l'expertisée semblant tout de même avoir des difficultés à intégrer certaines règles sociales, et entre autres choses, à donner des informations crédibles dans les évaluations médicales dont elle a été l'objet. Dans ce même registre, il y a encore la façon peu orthodoxe dont elle semblerait gérer certaines de ses factures. Le soussigné retient encore des éléments histrioniques pour le côté démonstratif et un certain besoin d'être le centre d'intérêt. Des éléments paranoïdes sont vraisemblables, l'assurée tendant au moins occasionnellement à vivre son entourage comme exagérément hostile. Dans la situation où on a les critères généraux d'un trouble de personnalité et où on n'a pas ceux d'un trouble spécifique, on doit retenir le trouble mixte de la personnalité conformément à ce que prévoit alors la CIM-10. C'est dès lors ce trouble de personnalité qui est retenu dans ce cas, à l'instar de ce qu'ont diagnostiqué les médecins psychiatres actuels de l'assurée. [...] Appréciation asséurologique [...] · Trouble dépressif [...] Dans le cas présent, l'assurée relève tout de même d'une symptomatologie dépressive sévère. Il y en a la fatigue, la fatigabilité et le ralentissement qui valent pour une diminution importante du rendement. Il y en a la perte d'intérêt et du plaisir ainsi que la diminution massive de l'estime de soi qui altèrent la capacité de faire des projets et de les conduire à terme, aussi petits soient-ils. Il y a les difficultés à penser et à se concentrer qui diminuent le rendement, génèrent des erreurs et rendraient Mme C. \_\_\_\_\_ peu fiable sur les lieux de travail, quelle que soit l'activité lucrative qu'on lui proposerait. En l'état, le soussigné est persuadé qu'on doit retenir une incapacité de travail psychiatrique motivée par le trouble dépressif de l'expertisée. · Trouble de personnalité [...] Dans le cas présent, l'assurée présente tout de même un grave trouble de personnalité. On en trouve les traces tout au long de ce qu'on finit par connaître de son parcours de vie. Le trouble implique des difficultés dans les relations interpersonnelles, ce qui peut poser des problèmes au travail. Il implique une certaine instabilité et des prises de décisions impulsives voire à risque, ce qui peut être problématique dans le métier exposé de Mme C. \_\_\_\_\_. Le trouble de personnalité fonde enfin la sévérité et la chronicité de l'évolution dépressive actuelle. Il est dès lors justifié d'en tenir compte dans une évaluation psychiatrique globale. · Conclusion Au terme de cette évaluation, le soussigné est persuadé qu'il est justifié de retenir une incapacité de travail psychiatrique chez Mme C. \_\_\_\_\_. Il la fixe à 60%. Elle repose essentiellement sur la pathologie dépressive. Le trouble de personnalité vaut comme gage de chronicité et de sévérité de cette dernière. [...] · Evolution des troubles psychiques de l'assurée [...] Pour le soussigné, il s'est passé quelque chose entre décembre 2009 et janvier 2010. L'assurée a vécu le départ de son mari. Ce fut un abandon de plus après ce qu'elle dit avoir vécu dans son enfance et son adolescence. Ce fut aussi un désaveu face à ses proches et peut-être face à ses parents, sachant que son mariage précipité aurait pu faire l'objet de doutes voire de reproches de la part de ces derniers. Cette personne peu mature s'est enfin trouvée face aux impératifs de la prise en soins d'un enfant alors qu'elle était seule, démunie et en proie à

d'importantes difficultés économiques. Le soussigné considère que l'épisode dépressif a dû commencer à ce moment-là. Il est d'ailleurs sanctionné par une hospitalisation en milieu spécialisé. Il est enfin retenu par les médecins psychiatres de l'Hôpital psychiatrique D. \_\_\_\_\_ qui ont observé l'expertisée sur plusieurs semaines. Il a enfin déterminé une prise en soins conséquente qui n'est tout de même fournie qu'en cas de pathologie psychiatrique sévère. Le soussigné n'est pas persuadé que Mme C. \_\_\_\_\_ ait collaboré correctement à l'investigation S. \_\_\_\_\_ relatée dans le rapport du 24 juillet 2010. Le soussigné n'est pas davantage persuadé que ce deuxième examen se soit passé dans de bonnes conditions. Il y avait la présence d'une assistante sociale en salle d'attente. Il y avait l'enfant dans les bras de la mère, ce que le soussigné n'accepte jamais dans un tel cas. On n'est dès lors pas sûr que l'expertisée ait vraiment donné les moyens d'une investigation psychiatrique. On voit d'ailleurs mal comment l'expertisée aurait pu rapporter la sévérité de son tableau dépressif dans un tel contexte, sachant aussi sa crainte de se voir privée de la garde de son enfant. Si le soussigné partage les conclusions du rapport d'expertise du 12 novembre 2009 en termes d'incapacité de travail, il ne rejoint pas sur ce point celles du 24 juillet 2010. Il est d'avis que l'expertisée présentait déjà à l'époque un épisode dépressif sévère et qu'elle n'était que partiellement capable de travailler. Au terme de son évaluation, le soussigné considère qu'il n'y avait pas lieu de retenir d'incapacité de travail psychiatrique chez Mme C. \_\_\_\_\_ jusqu'en janvier 2010. Par la suite, il prend comme repère l'hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique D. \_\_\_\_\_ du 21 janvier 2010. Avant le 21 janvier 2010, le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique. Depuis le 21 janvier 2010, il admet une incapacité de travail psychiatrique de 60%. Celle-ci est vraisemblablement fixée pour une longue durée. » Statuant par arrêt du 10 février 2012 (AI 300/08 – 56/2012), la Cour de céans a rejeté le recours formé par l'assurée contre la décision rendue par l'office AI le 30 avril 2008. Elle a en bref considéré que, sur le plan somatique, il convenait de conférer une pleine valeur probante au rapport d'examen du Dr F. \_\_\_\_\_ du 25 octobre 2006, de sorte que la capacité de travail de l'assurée était de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles avec une diminution de rendement de 20%. Sous l'angle psychiatrique, elle a fait siennes l'argumentation et les conclusions rendues par le Dr V. \_\_\_\_\_, selon lesquelles l'assurée n'avait pas présenté d'incapacité de travail avant sa prise en charge par l'Hôpital psychiatrique D. \_\_\_\_\_ le 21 janvier 2010. Ainsi, pendant la période litigieuse, soit jusqu'au 30 avril 2008, l'intéressée disposait d'une pleine capacité de travail. Le degré d'invalidité total s'élevant par conséquent à 6,3%, le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert. La Cour de céans a par ailleurs précisé ne pas avoir tenu compte, pour la solution du litige, des avis médicaux se rapportant à la situation de fait postérieure à la date déterminante de la décision attaquée, soit au 30 avril 2008. Cet arrêt n'a pas fait l'objet d'un recours. Il est donc entré en force. B. Ensuite de cet arrêt, l'office AI a entrepris de procéder à l'instruction des demandes de prestations déposées postérieurement à la décision de refus du 30 avril 2008, soit les 4 août 2008 et 11 mars 2010. Il s'est proposé de ne statuer que sur la demande présentée en 2008 en tenant compte de l'aggravation psychiatrique intervenue en janvier 2010, la demande de 2010 étant « englobée » dans la nouvelle décision à intervenir. Dans un avis médical du 28 septembre 2012, le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a considéré ce qui suit à propos de l'hospitalisation de l'assurée en 2009 : « Il ressort des documents médicaux que l'assurée a été brièvement hospitalisée à W. \_\_\_\_\_ du 31 mai 2009 au 9 juin 2009 pour des lombosciatalgies bilatérales sans déficit neurologique. En l'absence d'indication opératoire confirmée par le Dr N. \_\_\_\_\_, l'assurée a bénéficié d'un traitement

conservateur avec une bonne évolution clinique. Un contrôle à un mois d'intervalle était prévu, auquel l'assurée ne s'est pas présentée. D'après vos investigations, l'assurée n'aurait consulté aucun autre médecin. Dans ce cas, nous devons considérer que l'hospitalisation de 2009 a engendré une incapacité de travail temporaire d'une durée de 3 mois au plus. Au plus tard en septembre 2009, on retrouve la situation prévalant antérieurement, à savoir une incapacité de travail de 60% depuis le 21 janvier 2010. Les limitations fonctionnelles somatiques sont les mêmes qu'en 2006. » S'avisant de divers changements intervenus dans la vie privée de l'assurée (naissance d'un fils en février 2010 puis d'une fille en août 2012, ouverture d'une procédure de divorce en avril 2012 faisant suite à une ordonnance de mesures provisionnelles attribuant la garde du fils aîné à l'assurée), l'office AI a entrepris de mettre en œuvre une enquête économique sur le ménage aux fins de déterminer son statut. Cette enquête a eu lieu le 23 janvier 2013. Dans son rapport du 29 janvier 2013, l'enquêtrice, T. \_\_\_\_\_, a retenu que l'assurée avait travaillé à 100% comme nurse à la garderie R. \_\_\_\_\_ à K. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> janvier 2002 au 18 avril 2005 et qu'elle n'avait pas repris d'activité lucrative depuis lors. Elle percevait à titre de ressources financières une rente de la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud. L'enquêtrice a coché la case « oui » à la question : « sans handicap, une activité lucrative serait-elle exercée à ce jour ? ». Elle a pour le surplus retenu ce qui suit à ce propos : « L'assurée n'a pas complété le formulaire 531 bis, elle indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 80% dès août 2003. L'assurée dit qu'elle n'arrive pas à s'imaginer en bonne santé en raison de ses douleurs permanentes au dos et son moral très fluctuant. Madame C. \_\_\_\_\_ dit qu'elle aime beaucoup son métier et que cela lui manque beaucoup. Pour des raisons financières, elle pense qu'elle travaillerait au moins à 80% pour pouvoir être autonome des institutions et pouvoir acheter des habits neufs à ses enfants (et non en deuxième mains). L'assurée dit qu'elle ne veut pas dépendre de son ami car son ex-mari est parti à l'étranger en la laissant sans ressources. Actuellement, son fils de 3 ans va en garderie tous les jours de 13h00 à 18h00 pour qu'elle puisse se reposer. Elle dit que si elle devait travailler, elle pourrait l'inscrire pour la journée ainsi que sa fille de 5 mois. Motivation du statut : L'assurée dit que c'est très difficile pour elle de savoir à quel taux elle travaillerait en bonne santé car elle ne travaille plus depuis quelques années et qu'elle a deux enfants de 3 ans et 5 mois. Son fils de 3 ans va en garderie tous les jours car elle n'arrive pas à s'en occuper toute la journée. Cela a été convenu lors d'un réseau avec le SPJ (interviennent au domicile de l'assurée tous les 3 mois) et une infirmière de la petite enfance (entretien par téléphone ou à X. \_\_\_\_\_ environ 1x/semaine). L'assurée dit que la situation n'est pas encore stable et qu'elle craint une intervention du SPJ, sans la présence de sa voisine et amie, l'assurée dit qu'elle n'y arriverait pas. Son ex-mari et père de son fils est parti définitivement à l'étranger. Actuellement, l'assurée vit avec un ami mais sur le conseil de l'assistante sociale, elle est sous curatelle pour gérer les paiements, les poursuites, papiers du divorce, etc. Madame C. \_\_\_\_\_ dit qu'elle a peur que son ami la quitte comme son ex-mari, raison pour laquelle elle ne veut pas trop dépendre de lui. Elle pense qu'un salaire de 80% lui permettrait de ne plus dépendre de personne. L'assurée a toute confiance dans les garderies où elle a elle-même travaillé et y laisserait ses enfants sans problème. Madame C. \_\_\_\_\_ dit que si cela s'avérait nécessaire, pour des raisons financières, elle ferait un plein temps pour que ses enfants ne manquent de rien. Ses parents sont présents pour apporter leur aide et habitent à proximité de l'habitation de l'assurée. » A la lumière de ces circonstances, l'enquêtrice a proposé un statut de 80% en tant qu'active et de 20% comme ménagère. Elle a ensuite examiné les empêchements de l'assurée afférents à l'exécution des

diverses tâches du ménage et a conclu à un degré d'invalidité total de 12%. Le 7 février 2013, l'office AI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de lui octroyer une rente d'invalidité sur la base des constatations suivantes : « Nous vous avons nié le droit à la rente par décision du 30 avril 2008, entrée en force suite au Jugement du Tribunal du 10 février 2012. A l'époque, nous avons estimé que vos limitations fonctionnelles d'ordre somatique contre-indiquaient votre activité habituelle de nurse, alors qu'une activité adaptée, de type employée de bureau, était pleinement exigible, en admettant toutefois une baisse de rendement de l'ordre de 20%. Les investigations médicales entreprises dans le cadre de la présente demande, déposée en août 2008 en cours de procédure auprès du Tribunal, montrent que sur le plan somatique, la situation est inchangée, hormis une brève hospitalisation survenue en juin 2009, ne justifiant pas une incapacité de travail de plus de 3 mois. Ainsi, pour la période antérieure à 2010, notre appréciation est inchangée (préjudice inférieur à 20%). En janvier 2010, une aggravation de votre état de santé sous l'angle psychiatrique est objectivée, notamment par le biais d'une expertise du Dr V. \_\_\_\_\_, réalisée pour le Tribunal. Ce spécialiste diagnostique une atteinte psychiatrique qui limite actuellement votre capacité de travail et de gain à 40%. Malgré tout, il met en évidence le fait que vous disposez de ressources et seriez apte à travailler à 40% dans toute activité respectueuse de vos limitations somatiques. Nous ne sommes donc pas dans le cadre d'une reprise d'invalidité, s'agissant d'une atteinte différente, et un nouveau délai de carence commence à courir dès le 21 janvier 2010 (hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique D. \_\_\_\_\_). En ce qui concerne votre statut, nous avons réexaminé cette question également, puisque vos enfants A. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ sont nés respectivement en février 2010 et en août 2012. L'enquête réalisée à votre domicile rend vraisemblable votre statut d'active à 80% et évalue vos empêchements ménagers à 12%. Votre degré d'invalidité pour votre part active se calcule comme suit :  $(80\% - 40\% \times 100 / 80) \times 80\% = 40\%$  et pour votre part ménagère :  $20\% \times 12\% = 2.4\%$  Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est donc de 42% (montant arrondi), ce qui vous ouvre le droit à un quart de rente. Il convient de préciser ici que nous statuons sur toute la période allant d'août 2008 à ce jour, et que de facto, il ne sera pas statué sur la demande du 11 mars 2010, déposée également en cours de procédure auprès du Tribunal pour conserver vos droits. Notre décision est par conséquent la suivante : Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, soit à l'échéance du délai de carence d'un an, vous avez droit à un quart de rente, basé sur un degré d'invalidité de 42%. » Ce projet étant demeuré sans observation, l'office AI a rendu en date du 19 avril 2013 une décision formelle entérinant l'octroi d'un quart de rente à compter du 1<sup>er</sup> mai 2013 avec une motivation identique à celle du 7 février précédent, une décision subséquente étant annoncée pour la période courant du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 30 avril 2013. C. Par acte du 23 mai 2013, C. \_\_\_\_\_ a saisi la Cour de céans d'un recours contre la décision du 19 avril 2013, concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'un trois quarts de rente d'invalidité dès le mois de janvier 2011. Subsidiairement, elle demande le renvoi du dossier à l'office AI « pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. » Elle sollicite par ailleurs l'octroi de l'assistance judiciaire. En premier lieu, la recourante critique le calcul du taux d'invalidité tel qu'effectué par l'intimé. Tout en ne remettant pas en question la capacité de travail retenue par l'administration sur le plan somatique et sur le plan psychique, elle relève toutefois que si elles ne s'additionnent pas, « les atteintes frappant les sphères somatiques et psychiques se combinent, pour créer un tableau qu'il convient d'appréhender de façon synthétique. » Nonobstant ce point de vue, la recourante estime qu'il convient de retenir une diminution de sa capacité de travail de 60%

en raison de ses affections psychiques dans son activité d'éducatrice ou dans toute autre profession réputée adaptée. Il s'ensuit que son degré d'invalidité serait de 60%, lui ouvrant par là même le droit à un trois quarts de rente. Selon la recourante, cette appréciation est d'autant plus réaliste s'il est tenu compte de la diminution de rendement de 20% sur le plan somatique, élément passé sous silence dans la décision entreprise. Cela étant, la recourante conteste le statut de 80% active qui lui a été reconnu. Invoquant la modicité de son train de vie, le fait qu'elle aime son travail et qu'elle s'est organisée pour que la garde de ses enfants soit assurée, elle déclare n'avoir jamais rien signé qui contredirait son souhait de travailler à plein temps et se réserve de faire témoigner des personnes de son entourage afin d'étayer ses allégations sur ce point. La recourante a produit deux attestations du 14 mai 2013 émanant de ses parents et d'une voisine, dont il ressort qu'en cas de reprise du travail, les intéressés s'engageaient à assumer la garde des enfants de l'assurée en se concertant avec la garderie. Par décision du 18 juin 2013, le magistrat instructeur a accordé à l'assurée le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 23 mai 2013. Tout en étant exonérée du paiement d'avances, elle était tenue de s'acquitter d'un montant de 50 fr. à titre de franchise mensuelle dès et y compris le 1<sup>er</sup> juillet 2013. Un conseil d'office en la personne de Me Olivier Carré lui a été désigné. Dans sa réponse du 21 juin 2013, l'office AI explique avoir retenu « une capacité de travail de 40% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, qui en bonne santé serait exercée à un taux de 80%, ainsi que des empêchements à hauteur de 12%, dans une occupation au ménage de 20%, d'où un degré d'invalidité de 42%. » Il relève par ailleurs que, dans une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles exercée à un taux de 40% seulement, rien ne dit qu'il y aurait une diminution de rendement comme si cette activité était exercée à 100% et que cette diminution se chiffrerait le cas échéant également à 20%. Quand bien même tel serait le cas, le degré d'invalidité serait inférieur à 50%, « au vu du faible taux d'invalidité lié au problème somatique ». En ce qui concerne le taux auquel travaillerait la recourante si elle n'était pas atteinte dans sa santé, l'office AI se réfère à l'enquête ménagère du 23 janvier 2013, ajoutant que les explications nécessaires ont été données à l'assurée et la question discutée avec elle. De plus, il précise qu'au stade de l'enquête, la collaboratrice chargée de son exécution ne dispose pas des données qui lui permettraient d'apprécier les conséquences du statut retenu sur le droit éventuel à des prestations. En conséquence, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. En réplique du 9 octobre 2013, la recourante fait valoir que son état de santé s'est dégradé postérieurement à la décision du 30 avril 2008 et qu'elle fait depuis lors l'objet d'un traitement par infiltrations à visées antalgiques en raison des douleurs chroniques ressenties. Elle produit une lettre du Dr P. \_\_\_\_\_, médecin traitant, datée du 22 septembre 2013, adressée à son conseil à laquelle était jointe une lettre du 8 juin 2009 adressée par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, médecin à la Clinique d'évaluation et traitement de la douleur à l'Hôpital E. \_\_\_\_\_, à la psychiatre traitante, faisant état de la prise en charge de l'assurée en relation avec ses douleurs. A ses pièces étaient joints divers documents relatifs à l'expérience professionnelle de l'assurée (curriculum vitae, diplômes obtenus, certificats de travail et attestations délivrés), dont la recourante entend déduire qu'elle aurait travaillé à 100% si elle avait été bonne santé et non à 80% ainsi que l'a retenu l'office intimé. Dupliquant en date du 29 octobre 2013, l'office AI relève que le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_, bien que postérieur à la décision entreprise datée du 19 avril 2013, fait état d'infiltrations à visée antalgique, lesquelles auraient été effectuées sur la personne de l'assurée à une période antérieure à cette décision. A l'appui de cette affirmation, ce

médecin se fonde sur le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 8 juin 2009, qui mentionne des « gestes infiltratifs », en invoquant notamment des « blocs facettaires », sans toutefois donner plus de détails notamment quant au lieu et à la date y relatifs. L'intimé observe que de tels faits avaient déjà été évoqués dans le rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR daté du 25 octobre 2006. Ces faits ne constituent dès lors pas des éléments médicaux, qui auraient été ignorés par l'administration et qui seraient suffisamment pertinents pour l'amener à revoir sa position. Quant au statut de la recourante, l'intimé se réfère au rapport d'enquête ménagère du 29 janvier 2013, qu'il tient pour probant. Partant, il propose derechef le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Le 27 novembre 2013, la recourante a sollicité la tenue d'une audience avec l'audition de quatre témoins. D. Le magistrat instructeur a tenu une audience d'instruction en date du 14 mars 2014. Du procès-verbal tenu à cette occasion, on extrait ce qui suit : « Les parties sont entendues. La représentante de l'office intimé [Mme H. \_\_\_\_\_] relève que les personnes chargées des enquêtes sont formées pour conduire de telles enquêtes. Elle ajoute que l'auteur de l'enquête en cause a des raisons d'avoir retenu un statut d'active de 80%. De son côté, la recourante réitère sa volonté de reprendre un travail à un taux aussi élevé que possible. Mme H. \_\_\_\_\_ indique que le formulaire 531 bis n'a pas été envoyé, car l'office intimé avait de toute manière l'intention de conduire une enquête à domicile. Sur question, la recourante déclare ne pas savoir comment l'entretien allait se passer. Elle indique avoir déclaré à l'enquêtrice qu'elle voulait travailler à 100% car elle dispose de deux formations. Elle cherche en effet à être hors de la maison et ajoute que s'occuper toute la journée de petits enfants représente une fatigue. Elle précise que la garde de petits enfants ne la tente pas particulièrement et pour elle, il s'agissait de continuer sa carrière professionnelle, même avec des enfants. Elle indique que diminuer son pourcentage aurait représenté une diminution de son train de vie, de surcroît en dépendant d'un tiers, fût-ce son ami, ce qui n'est pas envisageable. En outre, elle ne conçoit guère un temps partiel au vu des besoins financiers nécessités par la présence de deux enfants. Dans le cadre de l'enquête économique, la recourante affirme ne pas avoir donné suite au 50% suggéré par l'enquêtrice et avoue son incompréhension quant au taux de 80% finalement retenu. La recourante précise avoir eu le sentiment d'avoir été conduite vers la reconnaissance d'un statut à 80%, ce qu'elle a ressenti comme un « piège ». Mme H. \_\_\_\_\_ dit qu'il ne saurait y avoir de la part de l'office AI, a priori, une volonté de pénaliser les assurés en tentant de faire reconnaître tel ou tel taux plutôt qu'un autre. » Le tribunal a ensuite procédé à l'audition des témoins cités par la recourante. T. \_\_\_\_\_, enquêtrice à l'office AI, a déclaré ce qui suit : « Je travaille depuis trois ans à l'office intimé. Je suis infirmière de formation et l'office AI a procédé à ma formation sur le plan interne. J'ai pris connaissance du CV de la recourante. Je n'ai pas d'a priori quant à l'impact sur le statut de la présence d'un enfant. En outre, chaque situation est différente et c'est seulement sur place que je peux me faire une idée. Je peux très bien concevoir qu'une maman puisse vouloir travailler à 100% ou à un autre taux. Je m'efforce d'aider une personne atteinte dans sa santé à déterminer à quel taux elle travaillerait en bonne santé et, compte tenu de sa situation familiale, de déterminer à quel taux elle travaillerait. Je pose des questions pour savoir ce que ferait la personne en bonne santé, compte tenu de l'ensemble des paramètres (logement, finances, situation familiale, vœux de la personne assurée, etc...). J'ai noté que le désir de l'assurée était de travailler à 80% car cela lui permettait d'être autonome. Par la suite, un temps plein n'était pas exclu. Un 100% était ainsi concevable plus tard dans le temps et si, financièrement, la situation le requérait. Je n'ai pas le souvenir que l'assurée ait voulu s'investir à plein temps dans une

carrière. Si l'assurée m'avait dit vouloir travailler à 100% pour toutes sortes de raisons, je n'aurais pas manqué de le mentionner. Le taux de 80% me semblait correspondre aux souhaits de l'assurée et à sa situation financière et familiale avec la présence de deux petits enfants. Je savais qu'il y avait une solution de garde à 100%, car il y a les parents. Au moment de la visite, un taux de 100% ne me paraissait pas inconcevable et si l'assurée m'avait signifié vouloir travailler à 100%, je l'aurais mentionné dans mon rapport. Hormis les éléments recueillis et dont il est rendu compte dans le document d'enquête, je ne fais a priori pas de budget plus précis au regard des éléments qui sont fournis par l'assuré pour déterminer le statut d'active et je confirme que l'assurée m'a dit qu'un travail à 80% lui permettrait de vivre, mais qu'elle augmenterait, le cas échéant, à 100% dans le futur, si ses besoins financiers le requéraient, notamment quand les enfants grandissent en âge. J'ai enquêté sur la situation du ménage formé par la recourante avec son compagnon et je confirme que les revenus sont modestes. J'ignore le montant des poursuites mentionnées. Le passage à un 100% dépend de l'évolution et je regarde la situation au jour où je me rends chez les assurés. L'augmentation du taux revêt ainsi un caractère hypothétique. Je n'ai aucune raison de proposer d'entrée un taux à l'assuré. Cela ne se fait pas. La question est toujours ouverte. Une enquête dure entre une heure et deux heures, voire deux heures et demie et il n'y a pas de raison de revenir une seconde fois. Il s'agissait d'un entretien dans la moyenne, d'une durée d'une heure environ. Je regarde la situation de l'assurée et confirme suivre en gros la trame du questionnaire. J'ignore si le revenu du concubin à hauteur de 3'000 fr. net comprend les trois pensions alimentaires à verser pour ses enfants. »

J. \_\_\_\_\_, une amie de l'assurée, s'est ensuite exprimée en ces termes : « Je confirme être l'amie de l'assurée depuis deux ans et demi environ. J'habite deux immeubles à côté et j'ai un fils de sept ans et demi. Je confirme que l'assurée m'a parlé de son travail, respectivement de sa formation, dont elle est assez fière ; elle m'a toujours dit qu'elle aimait son travail et qu'elle aurait souhaité pouvoir retravailler à 100%. Je suis consciente qu'elle a des problèmes de dos, mais je suis quasi-sûre qu'en forme, elle travaillerait à 100%. Elle a du reste pris des dispositions pour s'assurer la garde des enfants à la journée en cas de reprise du travail. La recourante m'a confié qu'elle trouvait dommage qu'une garderie ne se soit pas ouverte à Q. \_\_\_\_\_. A ma connaissance, la recourante n'a pas tenu de théories laissant entendre qu'elle pourrait être opposée de confier ses enfants à la garderie. » Le procès-verbal de l'audition du père de l'assurée contient les propos suivants : « A mon avis, en bonne santé, il ne fait aucun doute que ma fille retravaillerait à 100%, voire davantage, compte tenu des aspirations qui ont toujours été les siennes en termes de train de vie, sur le plan matériel, mais aussi sur le plan de l'accomplissement d'une carrière professionnelle pour laquelle elle avait beaucoup investi en termes de formation. Petite déjà, elle ne voulait faire autre chose que s'occuper d'enfants. » Quant à la mère de l'assurée, elle s'est bornée à déclarer qu'elle confirmait intégralement les déclarations de son époux. Après l'audition des témoins, le procès-verbal relate en ces termes les déclarations des parties : « Mme H. \_\_\_\_\_ relève que les déclarations tenues plus d'une année après l'enquête à domicile lui posent problème, car il n'y avait aucune raison de ne pas retenir un 100% si l'assurée avait alors clairement signifié son intention de retravailler à 100%. Elle ne voit pas pourquoi une personne qui dit adorer son travail ne travaillerait pas à 80%. En outre, il n'est pas exclu que lorsque l'on prend la mesure a posteriori de certaines déclarations, on revienne sur celles-ci. Mme H. \_\_\_\_\_ répète qu'à l'époque, l'assurée n'a pas clairement dit qu'elle voulait travailler à 100% et s'en tient, sur la base de l'enquête effectuée, à un statut d'active à 80%. L'office AI maintient par conséquent ses conclusions tendant au rejet du recours. De

son côté, le conseil de la recourante souligne que le rapport d'enquête tel que verbalisé n'exclut pas un taux d'activité de 100%. Me Carré constate aussi que lorsque l'on veut imputer des propos à quelqu'un, il est d'usage de le faire signer, en faisant preuve d'un formalisme toujours plus serré. » Le 28 mars 2014, la recourante a produit un lot de pièces relatives à sa situation familiale (certificat de famille du 13 mars 2014, divers documents concernant la procédure de divorce, un jugement de contestation de filiation rendu le 26 septembre 2013 constatant que le second enfant de l'assurée n'est pas celui de son ex-époux, deux conventions sur effets accessoires conclues à l'issue des deux divorces de son compagnon actuel ainsi qu'un décompte des indemnités de chômage perçues par ce dernier pour le mois de février 2014 à hauteur de 3'226 fr. 15). La recourante explique qu'un jugement de divorce par défaut est sur le point d'être rendu et qu'elle a refait sa vie avec son compagnon actuel. Tout en relevant qu'elle vit désormais une situation de famille stable et durable, elle répète que, compte tenu des ressources financières modestes à disposition pour subvenir aux besoins d'une famille de quatre personnes, auxquelles s'ajoutent les charges d'entretien de son compagnon consécutives à ses précédentes unions, elle travaillerait à plein temps si elle était en bonne santé et non à 80%. Dans ses déterminations du 17 avril 2014, l'office AI observe que le taux de 80% proposé par son enquêtrice lui est apparu comme le plus adéquat compte tenu de l'ensemble des circonstances connues. Par ailleurs, interrogée sur la question de savoir quelles auraient été ses conclusions si l'assurée avait affirmé lors de l'enquête qu'elle aurait exercé une activité lucrative à plein temps si elle avait été en bonne santé, l'enquêtrice a répondu sans hésiter qu'elle aurait proposé un statut de personne entièrement active. L'intimé en déduit que, contrairement à ce qui a été exprimé par la suite, la volonté de travailler à 100% en l'absence d'atteinte à la santé n'avait pas été exprimée lors de l'enquête ménagère de janvier 2013. Ensuite, l'intimé expose que, pour s'éloigner des déclarations tenues par la recourante lors de l'enquête ménagère, considérées au demeurant comme vraisemblables, des éléments objectifs nouveaux de nature à faire apparaître la solution retenue comme inadéquate sont nécessaires. Ainsi, se prononçant sur les pièces produites par la recourante à l'appui de son écriture du 28 mars 2014, l'intimé constate en premier lieu que le compagnon de l'assurée, qui fait ménage commun avec cette dernière, se doit de subvenir à l'entretien de sa fille, conjointement avec l'assurée. Il est en outre appelé à participer aux frais du ménage, quand bien même il ne dispose que de faibles revenus. De plus, l'intimé fait remarquer que, même au taux de 80%, le salaire auquel pourrait prétendre la recourante, au bénéfice d'une expérience professionnelle significative, lui permettrait de ne pas dépendre financièrement de son compagnon. L'administration relève enfin que les tarifs des garderies augmentent en général en fonction du revenu, si bien qu'il n'est pas nécessairement dans l'intérêt économique de la recourante de travailler à plein temps. En conséquence, l'intimé considère qu'il n'y a pas lieu de s'écarter du statut d'active à 80% tel que retenu à la suite de l'enquête ménagère du 23 janvier 2013. Il s'ensuit qu'il propose une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision querellée. Le 30 avril 2014, la recourante a fait savoir qu'elle n'avait pas de remarques à formuler ni de réquisitions à présenter. Cette lettre a été transmise pour information à l'office intimé, qui ne s'est pas déterminé. Par décision du 2 juillet 2014, le magistrat instructeur a fixé à 2'038 fr. 40 le montant de l'indemnité d'office en faveur de Me Carré pour la période du 23 mai 2013 au 28 mars 2014. S'exprimant une ultime fois par pli du 6 juillet 2015, la recourante explique s'être séparée de son compagnon dans des circonstances particulièrement difficiles. En outre, un trouble borderline lui aurait été diagnostiqué, lequel ferait l'objet à ce jour

d'investigations complémentaires. Cette missive a été communiquée pour information à l'office intimé, qui n'a pas procédé plus avant. Le 20 juillet 2015, Me Carré a fait parvenir le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure du 3 juillet 2015 au 20 juillet suivant. Il a annoncé 1,1 heure de travail et des débours fixés forfaitairement à 10 fr., soit un total de 224 fr. 65, TVA au taux de 8% comprise. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI, sous réserve de dérogations expresses (cf. art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). c) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si l'assurée présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible, suivant les conclusions du recours, de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité de trois quarts à compter du mois de janvier 2011. 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 al. 1 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. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : 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 trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé 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 (art. 16 LPGA). b) 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, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI ; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (cf. art. 28a al. 3 LAI ; cf. ATF 137 V 334 ; 130 V 393 et 125 V 146). Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI ; méthode ordinaire de comparaison des revenus). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI ; méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI ; méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 353 consid. 5b et les références; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2 et les références). d) Puisque le présent litige fait suite aux demandes de prestations déposées par l'assurée postérieurement à la décision de refus du 30 avril 2008 – confirmée par arrêt de la Cour de céans du 10 février 2012 –, soit les 4 août 2008 et 11 mars 2010, il y a lieu de rappeler les dispositions et la jurisprudence topiques en la matière. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 231.201]), elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités). Les autorités doivent procéder de la

même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 2). Selon l'art. 17 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 343 consid. 3.5.2).

4. La recourante soutient que, sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 100% plutôt qu'à 80%, contrairement aux constatations de l'intimé. Dans le rapport d'enquête ménagère du 29 janvier 2013, l'enquêtrice indique expressément que, sans atteinte à la santé, la recourante travaillerait à 80%. Ce n'est qu'après réception de la décision entreprise, soit au stade de la procédure de recours, que l'assurée a déclaré que, en bonne santé, elle travaillerait à plein temps tant pour des raisons financières que par intérêt pour sa profession. Or, selon la jurisprudence, en cas de contradiction entre les premières déclarations de l'assuré et ses déclarations ultérieures, il convient d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.2). Il convient ainsi de se fonder sur les premières déclarations de l'assurée, ce qui conduit, pour ce premier motif déjà, à retenir un statut d'active de 80%. Outre que ce taux lui permet, selon ses propres déclarations à l'enquêtrice, d'être autonome financièrement, il est cohérent compte tenu de l'âge de ses deux enfants (trois ans et cinq mois au jour de l'enquête). La recourante ne saurait par ailleurs tirer argument des témoignages recueillis lors de l'audience du 14 mars 2014. En effet, l'enquêtrice a précisé que le taux de 80% lui semblait correspondre aux souhaits de l'assurée et à sa situation financière et familiale avec la présence de deux petits enfants. Elle a ajouté qu'elle n'aurait eu aucune raison d'écarter un taux de 100% si l'assurée lui avait signifié vouloir travailler à plein temps. De son côté, le père de la recourante a déclaré que sa fille ne souhaitait pas autre chose que de s'occuper d'enfants. Or, le fait de travailler à 80% lui permet justement de consacrer plus de temps à ses propres enfants. Sur le vu de ce qui précède, c'est à tort que la recourante reproche à l'office intimé d'avoir retenu un statut d'active de 80%, lequel ne peut dès lors qu'être confirmé.

5. a) 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. 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 travailler (ATF 125 V

256 consid. 4 ; TF 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2 ; 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF 9C\_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1 ; I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2). b) En l'occurrence, l'assurée présente des atteintes à la santé somatiques et psychiques. Dans son arrêt du 10 février 2012, la Cour de céans a considéré que, sur le plan somatique, il convenait de conférer une pleine valeur probante au rapport d'examen du Dr F. \_\_\_\_\_ du 25 octobre 2006, de sorte que la capacité de travail de l'assurée était de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles avec une diminution de rendement de 20%, dite capacité étant nulle dans l'activité habituelle. Sous l'angle psychiatrique, elle a fait siennes l'argumentation et les conclusions rendues par le Dr V. \_\_\_\_\_, selon lesquelles l'assurée n'avait pas présenté d'incapacité de travail avant sa prise en charge par l'Hôpital psychiatrique D. \_\_\_\_\_ le 21 janvier 2010. Depuis lors toutefois, la capacité de travail de l'intéressée est de 40% dans une activité adaptée à ses limitations somatiques. Cet arrêt n'ayant pas fait l'objet d'un recours, il convient dès lors de s'en tenir aux taux de capacité de travail tels que retenus. En présence d'affections somatiques et psychiques, il y a en principe lieu de procéder à une évaluation globale de la capacité de travail (cf. par exemple TF 9C\_280/2012 du 23 novembre 2012 consid. 3.3 et Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die IVG, 3 e éd., Zurich/Bâle/Genève 2014, n. 4 ad art. 4, p. 15). On peut cependant s'en dispenser dans le cas présent dans la mesure où, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée n'excède pas 40% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques. Il s'ensuit que, dans une telle activité, la capacité de travail globale doit être fixée à 40%. 6. Il reste à déterminer le préjudice économique. a) S'agissant du revenu sans invalidité de 59'046 fr. – lequel correspond à ce que la recourante aurait perçu au taux de 80% dans la dernière activité exercée –, il s'élève à 63'605 fr. 09 après indexation à l'année 2011 (1,6% pour 2007, 2% pour 2008, 2,1% pour 2009, 0,8% pour 2010 et 1% pour 2011, selon l'Office fédéral de la statistique, tableau T 39). En effet, le droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité prend naissance le 1<sup>er</sup> janvier 2011 (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI et consid. 5b supra), date que la recourante ne conteste pas (ATF 129 V 222 consid. 4.1; 128 V 174 ; TF 9C\_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 3.3). b) En ce qui concerne le revenu d'invalidité, il y a lieu de se fonder sur les statistiques dès lors que la recourante a cessé toute activité lucrative à compter du mois d'avril 2005 (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). En l'occurrence, il convient de retenir un salaire mensuel brut de 4'901 fr. correspondant à ce qu'une femme aurait pu gagner en 2010 en exerçant une activité simple et répétitive dans le secteur de la production (cf. tableau TA1\_b, in ESS 2010). Après indexation à l'année 2011 (1%) et compte tenu d'un nombre d'heures travaillées par semaine de 41,7 en 2011 (cf. tableau B 9.2, in : La Vie économique 1/2 - 2015, p. 92), il s'élève à 61'906 francs. Rapporté à la capacité de travail exigible de 40%, il est de 24'762 francs. Il convient encore de procéder à un abattement pour tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Selon l'examen rhumatologique effectué au SMR en 2006, l'assurée ne peut plus exercer qu'une activité légère excluant le port de charges supérieures à 9 kilos ainsi que des mouvements répétés de flexion-extension du tronc. Les limitations fonctionnelles tiennent également à la « position statique assise au-delà de 60 minutes, debout 30 minutes, sans possibilité

d'alterner. » Sur le plan psychique, ses limitations consistent pour l'essentiel en une sévère symptomatologie dépressive ainsi qu'un grave trouble de la personnalité. Son état de santé général étant ainsi altéré, elle est donc désavantagée sur le marché du travail par rapport à un concurrent sans difficultés physiques ou psychiques. Par ailleurs, il y a lieu de prendre en considération le fait qu'elle ne pourra occuper qu'un poste à temps partiel. En revanche, le critère de l'âge doit être écarté, l'assurée étant encore relativement jeune au moment de la décision attaquée (41 ans en 2013). De même, la nationalité ne saurait être prise en compte, l'intéressée étant ressortissante helvétique. Dans ces circonstances, prises en considération dans une approche globale de la situation de la recourante, il n'y a pas lieu de retenir un taux d'abattement supérieur à 15%. Partant, le revenu d'invalidité s'élève à 21'048 francs. c) La perte de gain est dès lors de 42'557 fr. 09, d'où une invalidité de 66,90%. d) Le degré d'invalidité pour la part active étant de 53,52% (80% x 66,90%) et celui pour la part ménagère de 2,4% (20% x 12%), le degré d'invalidité s'élève par conséquent à 56% (taux arrondi, cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), taux qui ouvre le droit à une demi-rente (cf. art. 28 al. 2 LAI). e) Subsiste la question de la naissance de cette prestation. S'agissant de la naissance du droit à la rente, cette dernière reste subordonnée aux conditions posées par les art. 28 al. 1 LAI et 29 al. 1 LAI, en cas de nouvelle demande déposée à la suite d'un premier refus de prestations. Aussi, l'exigence d'une incapacité de travail d'au moins 40% durant un an, ainsi que l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit restent des conditions préalables à la naissance du droit (ATF 140 V 2 consid. 5.3 ; TF 9C\_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5.2 et 9C\_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 6). En l'espèce, la capacité de travail de l'assurée n'excède pas 40% depuis le 21 janvier 2010. En d'autres termes, elle présente depuis cette date une incapacité de travail ininterrompue de 60%. Il s'ensuit que le droit à la demi-rente d'invalidité a débuté au plus tôt le 1<sup>er</sup> janvier 2011 (cf. art. 29 al. 3 LAI et considérant 6a supra). 7. En définitive, le recours doit être partiellement admis, ce qui entraîne la réforme de la décision rendue par l'office AI le 19 avril 2013, en ce sens que l'assurée est mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI) dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011. 8. a) La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré à compter du 23 mai 2013 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En date du 2 juillet 2014, le magistrat instructeur a fixé à 2'038 fr. 40 l'indemnité en faveur de Me Carré pour la période du 23 mai 2013 au 28 mars 2014. b) Ayant procédé par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, la recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 3'000 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPG, 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI et 4 al. 2 TFJDA). c) Au vu des opérations effectuées par le conseil d'office pour la période du 3 juillet 2015 au 20 juillet 2015 et compte tenu de l'allocation de dépens, dont la perception est certaine, il n'est pas dû d'indemnité supplémentaire au conseil d'office (art. 4 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est partiellement admis. II. La décision rendue le 19 avril 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que C. \_\_\_\_\_ a droit à une demi-rente d'invalidité à

compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011. III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Olivier Carré, avocat (pour C.\_\_\_\_\_), ■ 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 :

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