

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 février 2024

---

Composition : M. PIGUET, président  
MM. Neu et Parrone, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28, 28a al. 3 et 29 al. 1 LAI**

## **E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante congolaise, née en 1972, mariée, mère de quatre enfants nés entre 1999 et 2010, a travaillé dès 2004 en tant qu'auxiliaire de santé.

Après un premier refus de prestations (décision du 22 septembre 2009), l'assurée a déposé, le 29 janvier 2019, une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé), indiquant être en arrêt de travail depuis le 23 mai 2018.

Après s'être procuré le dossier constitué par l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur (T.\_\_\_\_\_ SA), lequel contenait notamment un rapport d'expertise psychiatrique établi le 12 janvier 2019 par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'office AI a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès des médecins traitants de l'assurée, les Drs Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie (rapports des 9 avril 2019 et 27 septembre 2021), S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation (rapports des 22 avril 2019 et 25 décembre 2020) et P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapport du 7 juin 2019).

Compte tenu des éléments recueillis, l'office AI a confié la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire au Bureau Z.\_\_\_\_\_ à G.\_\_\_\_\_. Dans leur rapport du 28 février 2022, les Drs V.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de douleur du genou gauche sur chondropathie du condyle fémoral externe, de douleur du genou droit sur déchirure du ménisque externe et chondropathie de la trochlée fémorale, de lombalgie sans irradiation sur discopathie et arthrose inter-apophysaire postérieure, de ténosynovite du tendon fléchisseur du troisième doigt de la main droite ainsi que celui de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen). Ils ont jugé que, du point de vue rhumatologique, la capacité de travail était

nulle depuis mai 2018 dans l'activité habituelle, alors qu'elle était entière, tant du point de vue rhumatologique que psychiatrique, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites.

Sollicité pour détermination, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a déclaré faire siennes les conclusions expertales (avis médical du 14 avril 2022).

Par projet de décision du 30 juin 2022, l'office AI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. Il retenait un taux d'invalidité global de 17 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat, l'assurée a présenté des objections à ce projet de décision, en critiquant la capacité de travail retenue (courrier du 10 août 2022). A l'appui de ses allégations, elle a transmis, le 7 septembre 2022, un rapport établi le 30 août 2022 par le Dr P.\_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin faisait état de ce qui suit :

Un commentaire préliminaire au sujet de l'expertise : elle est détaillée, précise et complète. Sur le plan psychiatrique, je suis d'accord quant au diagnostic retenu de dépression récurrente actuellement d'intensité moyenne. Les limitations fonctionnelles sont bien définies et je rejoins l'expert à ce sujet.

La question qui me semble déterminante c'est 1) celle de la mauvaise compliance de la patiente et 2) celle du bénéfice à attendre d'une bonne adhésion au traitement.

En l'état, il est clair que l'incapacité de travail est entière comme l'a bien décrit l'expert. La question demeure celle de la capacité de travail en cas de meilleur suivi du traitement.

- 1) La mauvaise compliance est ici due exclusivement au fait que la réponse au traitement est mauvaise. Dans de tels cas, il est fréquent que les patients cessent de prendre les traitements prescrits.
- 2) Face à une dépression récurrente devenue persistante, quelle est la probabilité qu'en quelques mois la capacité de travail soit rétablie ? La réponse est : très peu probable. En effet, l'intrication de stress familiaux et conjugaux, de problèmes somatiques et

d'une dépression maintenant chronique rendent le pronostic mauvais.

3) La prévision des experts est clairement trop optimiste.

Ma proposition serait de dire 1) qu'il existe une incapacité de travail actuellement entière dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée, 2) qu'à la suite d'un traitement tel que préconisé par les experts, la situation devrait être ré-évaluée dans un délai de six mois par le médecin traitant ou, plus adéquatement sur le plan juridique, par l'expert psychiatre.

Pour répondre à vos questions :

1.1 à 1.5 : sur le plan de la clinique psychiatrique, je rejoins les observations de l'expert tant pour le diagnostic que pour les symptômes décrits. Il existe une dépression majeure persistante telle que décrite dans le rapport d'expertise.

1.2 Sur le plan thérapeutique, l'escitalopram dont parle l'expertise et qui a fait l'objet d'un dosage a été interrompu en juillet 2019. Par la suite, j'ai prescrit la duloxétine 60 mg/j.

2 Situation personnelle : concernant les limitations fonctionnelles, l'expertise les décrit soigneusement et je n'ai rien à ajouter. Ces limitations fonctionnelles entraînent une incapacité complète dans toute activité actuellement et très probablement à moyen et long terme.

Dans un avis médical du 5 octobre 2022, le Dr D.\_\_\_\_\_ a relevé que le Dr P.\_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément permettant d'étayer une appréciation opposée à celle de l'experte N.\_\_\_\_\_ quant à une capacité de travail nulle dans une activité adaptée, alors qu'il admettait lui-même que l'expertise était « détaillée, précise et complète ».

L'office AI a également fait réaliser une enquête économique sur le ménage effectuée au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 25 janvier 2023, l'enquêteur a constaté que l'assurée exercerait une activité lucrative à raison de 60 % et consacrerait le reste de son temps à ses tâches ménagères. L'empêchement dans les travaux habituels s'élevait à 37,6 %.

Par décision du 22 février 2023, l'office AI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, au motif que le degré d'invalidité (fixé à 32 %), calculé d'après la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**B.**           **a)** Par acte du 20 mars 2023, X.\_\_\_\_\_, agissant par l'intermédiaire de son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois contre la décision du 22 février 2023 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à sa réforme en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2019, subsidiairement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. L'assurée faisait tout d'abord grief à l'office AI d'avoir retenu un statut mixte d'active et de ménagère, alors qu'il aurait dû retenir un statut de personne active à 100 %. Elle critiquait ensuite la capacité de travail qui lui avait été reconnue, faisant valoir que, sur le plan psychiatrique, le pronostic de l'experte était trop optimiste et remettait en question le reproche d'une mauvaise compliance médicamenteuse pour nier le caractère incapacitant des troubles diagnostiqués. En outre, elle estimait que le taux de 5 % opéré sur le salaire statistique fondant le revenu d'invalidé était insuffisant au regard des nombreuses limitations fonctionnelles présentées. Enfin, elle déplorait que l'office AI n'ait pas examiné ses aptitudes en vue d'une éventuelle réintégration dans le monde du travail.

**b)** Le 1<sup>er</sup> mai 2023, l'assurée a produit un nouveau rapport établi le 24 avril 2023 par le Dr P.\_\_\_\_\_. Ce médecin relevait que le trouble dépressif récurrent dont souffre sa patiente - pris isolément - était à l'origine d'une diminution de la capacité de travail d'au moins 50 %. Cette appréciation devait en outre tenir compte des autres atteintes à la santé présentées par l'assurée (gonalgies à prédominance droite et douleurs névralgiques du bras droit) - dont l'influence sur la capacité de travail n'était certes pas de son ressort - qui contribuaient « sans doute » à une aggravation de la situation.

**c)** Dans sa réponse du 2 mai 2023, l'office AI a souligné que l'enquêteur, en retenant un statut d'active à 60 %, avait dûment pris en considération la situation de l'assurée, laquelle impliquait notamment une aide à apporter à l'un de ses enfants atteint dans sa santé. Il a ensuite indiqué que les activités respectant les limitations fonctionnelles

somatiques et psychiques décrites par les experts avaient fait l'objet d'une analyse par un spécialiste en questions professionnelles, dont il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation. Outre que celui-ci avait cité quelques activités adaptées à l'état de santé de l'intéressée, il avait expliqué pour quels motifs l'abattement pratiqué sur le revenu d'invalidité ne pouvait excéder 5 %. Au demeurant, si une certaine bienveillance ne pouvait être attendue de tout employeur potentiel, il n'en demeurerait pas moins que le marché équilibré du travail comprenait des postes requérant une certaine obligeance de la part de l'employeur. Partant, l'office AI a conclu au rejet du recours.

**d)** Par pli du 22 juin 2023, l'office AI a indiqué que le rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 24 avril 2023 ne contenait aucun élément objectif nouveau susceptible de modifier sa position et a renvoyé pour le surplus à l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_ du 5 octobre 2022.

**e)** Le 11 juillet 2023, l'assurée a transmis un rapport dressé le 7 juillet précédent par le Dr Q. \_\_\_\_\_. Ce médecin y résumait la situation de sa patiente tant sous l'angle professionnel que médical, en faisant plus particulièrement mention d'un état anxio-dépressif, de lombalgies chroniques, de gonalgies bilatérales prédominant à droite, ainsi que de lésions au genou droit (ménisque interne, arthrose fémoro-patellaire externe et sur le bord postérieur du condyle externe). Il a attesté une incapacité de travail totale en toute activité en raison de l'atteinte psychique ainsi que des douleurs lombaires et au genou.

**f)** Par réplique du 21 juillet 2023, l'assurée a souligné qu'un statut de personne active à 100 % aurait dû être retenu dans la mesure où, en bonne santé, elle exerçait la profession d'auxiliaire de santé à plein temps. Elle jugeait par ailleurs incompréhensible que l'office AI n'ait pas pris en considération son besoin d'œuvrer dans un milieu aménagé et protecteur dans le cadre de l'évaluation de la capacité de travail exigible, compte tenu notamment d'une éventuelle diminution de rendement, ni lors de la fixation du taux d'abattement opéré sur le revenu d'invalidité. Elle s'est ensuite prévaluée des divers rapports médicaux produits devant la

Cour de céans pour soutenir qu'il n'était pas possible, sauf à verser dans l'arbitraire, de lui prêter une pleine capacité de travail, de surcroît sans la moindre diminution de rendement. A cet égard, l'assurée s'est référée à un nouveau rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ du 18 juillet 2023, dans lequel ce médecin retenait qu'elle présentait toujours un trouble dépressif d'intensité moyenne, qu'elle s'isolait et qu'elle souffrait d'importants troubles du sommeil dans le contexte de douleurs tenaces aux genoux. A cela s'ajoutait que le traitement médicamenteux n'avait pas empêché une aggravation progressive de la dépression, tandis que l'accroissement des douleurs rhumatismales avait abouti à une érosion des capacités adaptatives. Aussi estimait-il que la capacité de travail était nulle, compte tenu des atteintes somatiques décrites par le Dr Q.\_\_\_\_\_ et de la persistance d'un trouble dépressif. Finalement, l'assurée était d'avis que l'analyse effectuée par un spécialiste en questions professionnelles n'était pas de nature à pallier l'absence de bilan de compétences et d'investigations visant à déterminer sa tolérance aux activités éventuellement exigibles. Elle a en conséquence déclaré confirmer les conclusions prises au pied de son mémoire de recours.

**g)** A sa duplique du 24 août 2023, l'office AI a joint l'avis établi le 8 août 2023 par le Dr D.\_\_\_\_\_. D'après ce médecin, les nouveaux rapports médicaux à disposition n'apportaient pas d'élément significativement nouveau. En effet, les médecins traitants n'étaient pas mieux leur appréciation de symptômes subjectifs, tels que fatigue, douleurs, ou trouble de la concentration, que celle des experts. De plus, ils n'expliquaient pas de manière approfondie en quoi aucune activité, même pleinement adaptée, ne serait pas possible.

**h)** Dans ses déterminations du 18 octobre 2023, l'assurée a, d'une part, exposé que, contrairement à ce que prétendait l'office AI, les Drs P.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ avaient apporté des éléments significatifs nouveaux et motivé leur appréciation, en faisant clairement état de troubles incapacitants. D'autre part, elle ne parvenait pas à comprendre, faute d'explication sur ce point, en quoi l'activité habituelle n'était plus exigible en raison d'une atteinte à la santé psychique, alors même qu'une

activité adaptée l'était. Elle faisait enfin observer que l'allégation de l'office AI selon laquelle il existerait, sur le marché équilibré du travail, des postes requérant une certaine obligeance de la part de l'employeur revêtait un caractère à tout le moins hypothétique, voire arbitraire. En effet, ni la loi ni la jurisprudence n'englobaient dans le marché ordinaire du travail des activités offrant un milieu adapté, c'est-à-dire protégé. L'assurée a confirmé ses conclusions.

### **E n d r o i t :**

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

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

**2.** Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

**3. a)** Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel

qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**b)** En l'occurrence, bien que la décision litigieuse ait été rendue en 2023, les faits déterminants se sont produits sous l'empire de l'ancien droit. En effet, la demande de prestations a été déposée en janvier 2019, de sorte qu'un éventuel droit aux prestations prendrait naissance avant le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Le droit à une rente est ainsi régi par les dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, auxquelles il sera fait référence dans le cadre du présent arrêt.

**4. a)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

**b)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles

activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**c)** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**d)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la

résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

**5. a)** Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

**b)** Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27<sup>bis</sup> RAI]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. 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 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

**6. a)** En l'occurrence, l'office intimé a retenu que la recourante aurait consacré 60 % de son temps à l'exercice d'une activité lucrative et le reste à l'accomplissement de ses travaux habituels.

**b)** Il n'y a pas lieu de suivre l'argumentation de la recourante selon laquelle elle aurait exercé, si elle était restée en bonne santé, une activité professionnelle à 100 %. L'extrait du compte individuel de l'intéressée du 9 mars 2021 montre une certaine constance dans les revenus déclarés depuis 2015 puisqu'elle a obtenu pour les années 2015 à 2017 des revenus annuels oscillant entre 40'465 fr. et 49'501 francs. Ceci démontre qu'elle exerçait depuis 2015 à tout le moins une activité à temps partiel à 60 %. De plus, elle a elle-même indiqué, dans sa demande de prestations du 29 janvier 2019, qu'elle travaillait à 60 %, taux correspondant du reste à celui retenu dans la déclaration de maladie complétée le 11 juin 2018 à l'intention de l'assureur perte de gain. Par ailleurs, elle a expliqué dans le formulaire de détermination du statut qu'elle travaillerait à 60 % si elle était en bonne santé et qu'elle consacrerait le 40 % restant de son temps à son ménage et à ses enfants. Dans son rapport d'enquête économique sur le ménage qu'il a établi le 25 janvier 2023, l'enquêteur mandaté par l'office intimé a conclu à un statut mixte de personne active à 60 % et de ménagère à 40 %. Il a motivé sa décision en retenant que, dans la mesure où l'assurée souhaitait pouvoir s'occuper de ses enfants, notamment de l'un d'entre eux atteint dans sa santé, elle avait travaillé à 60 %. Un statut mixte apparaissait ainsi cohérent avec la situation financière du couple de la recourante, de ses dires et de ses souhaits. Il sied au demeurant de relever qu'elle n'a mis en avant dans ses explications aucun élément concret, tel que, par exemple, une situation financière difficile, qui laisse à penser qu'elle aurait augmenté avec le temps son taux d'activité. Le statut mixte de personne active à 60 % et de ménagère à 40 % peut ainsi être confirmé et entraîne l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

**7. a)** Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

**b)** L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 ss de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI ; ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références).

**8.** Dans le cas d'espèce, la recourante soutient qu'elle est totalement incapable d'exercer une activité professionnelle. L'office AI retient au contraire que l'intéressée dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé.

**a) aa)** Sur le plan somatique, la recourante présente des atteintes dégénératives au rachis lombaire et aux genoux, une ténosynovite du tendon du troisième doigt de la main droite, ainsi qu'un syndrome de fibromyalgie. D'après les conclusions du volet somatique de l'expertise du Bureau Z.\_\_\_\_\_, la recourante dispose, nonobstant les atteintes mises en évidence, d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol ; pas de porte-à-faux du buste ; pas de port de charges supérieures à 10 kg ; pas de position à genoux ou accroupie ; pas de travail en hauteur [échelle, escabeau,

tabouret, échafaudage] ; pas de montées ou de descentes d'escalier répétées ; changement de position régulier ; pas d'effort de préhension de la main droite).

**bb)** Ce constat n'est pas remis en cause par d'autres pièces médicales versées au dossier. Dans son rapport du 7 juillet 2023, le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'examine pas en détail la question de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. En effet, tout en mentionnant des atteintes somatiques (lombalgies et gonalgies) et des limitations fonctionnelles globalement superposables à celles retenues par le Dr V.\_\_\_\_\_, il n'explique pas en quoi ce dernier se serait trompé en admettant l'existence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Force est donc de constater que l'appréciation rudimentaire du Dr Q.\_\_\_\_\_ ne constitue qu'une analyse différente de la situation, ce qui ne suffit pas à invalider l'expertise rhumatologique du Bureau Z.\_\_\_\_\_.

**b)** Sur le plan psychiatrique, la recourante souffre d'un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen) et d'un trouble de la personnalité évitante. La Dre N.\_\_\_\_\_ a retenu qu'à la suite de problèmes familiaux et de santé générale touchant notamment l'un de ses fils et son époux, l'assurée avait développé un trouble dépressif récurrent, lequel avait été en rémission entre 2010 et 2017 avant de se péjorer ensuite de conflits avec ses frères et sœurs. Il n'est cependant pas possible, sur la base des explications contenues dans le volet psychiatrique de l'expertise, de confirmer l'interprétation qu'en a faite le SMR (capacité totale de travailler dans une activité adaptée). En premier lieu, sur un plan général, on peine objectivement à comprendre - à tout le moins l'experte psychiatre et le SMR ne fournissent aucune explication convaincante permettant de résoudre cette contradiction - comment une symptomatologie dépressive à l'origine d'une incapacité totale de travailler dans l'activité habituelle n'exercerait, dans le même temps, aucune influence dans le cadre de l'accomplissement d'une activité adaptée. Il sied ensuite de relever que l'experte psychiatre fait état, au moment de l'expertise, d'une incapacité totale de travailler, qu'elle met en lien avec une mauvaise compliance médicamenteuse, précisant que la

capacité de travail pourrait évoluer de manière favorable, un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré avec contrôle de la compliance étant exigible « avec une récupération de la capacité de travail dans l'activité habituelle à 100 % six mois après l'instauration de ce traitement ». Or les résultats de l'examen des ressources à la lumière de l'outil d'évaluation « mini CIF-APP », tel qu'il ressort de l'appréciation consensuelle de l'expertise, montrent une nette prépondérance de problématiques jugées moyennes à graves. Tel est ainsi le cas de l'adaptation aux règles et aux routines, de la planification et de la structuration des tâches, de la flexibilité et des capacités d'adaptation, de l'usage de compétences spécifiques, des capacités d'endurance, de l'hygiène et des soins corporels ainsi que de l'aptitude à s'affirmer, à établir des relations avec les autres, à évoluer au sein d'un groupe, à entretenir des relations proches, à entreprendre des activités spontanées et à se déplacer. Seules les capacités de jugement et de prise de position n'entraînaient que des problèmes légers. Dans ces conditions, il y a lieu de se demander si la situation décrite par l'experte psychiatre - dont il convient de mettre en exergue le caractère particulièrement confus et laconique des explications données - ne décrit pas plutôt l'existence actuelle d'une incapacité totale de travailler dans toute activité, l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée correspondant visiblement à ce qu'elle serait susceptible d'être en cas de succès du traitement psychiatrique-psychothérapeutique tel qu'envisagé.

**c)** Il n'y a cependant pas lieu de procéder à des mesures d'instruction complémentaires afin d'éclaircir la situation. Au regard de la situation factuelle décrite dans l'expertise du Bureau Z.\_\_\_\_\_ et des considérations émises par le Dr P.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 août 2022, il sied de retenir que la capacité de travail de la recourante était nulle au moment de la décision litigieuse. Il n'y a au demeurant pas lieu de tenir compte des considérations émises par le Dr P.\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 24 avril 2023 et 18 juillet 2023, dès lors qu'elles sont postérieures à la décision litigieuse. En effet, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les règles applicables sont celles en

vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1).

**9.** Cela étant constaté, il convient de déterminer le degré d'invalidité que présente la recourante.

**a)** Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

**b) aa)** Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Le revenu effectivement réalisé par la personne assurée après la survenance de l'atteinte à la santé doit être pris en considération si l'activité exercée repose sur des rapports de travail stables et qu'elle met pleinement en valeur la capacité résiduelle de travail et de gain raisonnablement exigible (ATF 143 V 295 consid. 2.2). Un éventuel salaire social versé par l'employeur n'est pas pris en considération. La preuve d'un tel salaire social est toutefois soumise à des exigences strictes, car on peut partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2).

**bb)** Lorsque la personne assurée n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans

par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

**cc)** La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

**c) aa)** En l'occurrence, la recourante présente une incapacité totale de travail dans son activité habituelle d'auxiliaire de santé depuis le mois de mai 2018. Compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI ; cf. aussi considérant 4a *supra*), c'est à bon droit que l'office intimé a effectué la comparaison des revenus à l'aune des circonstances prévalant en 2019.

**bb)** Cela étant, les griefs relatifs à la comparaison des revenus, singulièrement celui concernant l'étendue de l'abattement sur le salaire statistique retenu au titre de revenu d'invalidité, peuvent demeurer indécis, dès lors que la recourante présente, en tout état de cause, un degré d'invalidité de 100 % dans la part consacrée à l'exercice d'une activité lucrative.

**10.** En ce qui concerne la part que la recourante consacre à l'accomplissement de ses travaux habituels, il n'y a pas lieu de s'écarter du rapport d'enquête économique sur le ménage du 25 janvier 2023 concluant à un empêchement de 37,6 %, qui a pleine valeur probante (cf. ATF 128 V 93) et dont les conclusions sur ce point ne sont pas remises en cause par la recourante.

**11.** Le taux d'invalidité global de la recourante doit ainsi être fixé à 75 % ( $[100 \times 0,6] + [37,6 \times 0,4]$ ), taux qui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2019, compte tenu du délai

d'attente d'une année et de la date du dépôt de la demande de prestations en janvier 2019 (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI).

**12.** En définitive, il y a lieu d'admettre le recours et de réformer la décision du 22 février 2023, en ce sens que X.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2019.

**13. a)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

**b)** La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'800 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 22 février 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que X.\_\_\_\_\_ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2019.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont 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 X.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'800 fr. (deux mille huit cents 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 Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour X.\_\_\_\_\_),
- 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 :