

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 octobre 2024

Composition : M. OULEVEY, président
M. Neu et Mme Gauron-Carlin, juges
Greffier : M. Reding

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante, agissant par sa curatrice, [...], à [...], elle-même représentée par Me Pierre-Yves Brandt, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8, 16 et 61 let. c LPGA ; art. 4, 28 et 28a LAI ; art. 27 al. 1 et 69 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mère de quatre enfants nés en [...], [...], [...] et [...]. Titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'assistante dentaire et d'un certificat d'auxiliaire de santé délivré par [...], elle a travaillé en cette dernière qualité pour le compte de la Résidence [...], à [...], entre [...] et [...]. Elle émarge actuellement à l'aide sociale.

Le 21 novembre 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), expliquant souffrir depuis janvier 2016 de troubles psychiques à l'origine d'une incapacité de travail.

Par rapport du 4 février 2020, le Dr [...], médecin praticien et médecin traitant de l'assurée, a fait état de « *tabagisme actif* » et de « *diagnostics psychiatriques* ». Il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée.

Le 2 mars 2020, l'assurée a fait savoir à l'OAI que son taux d'activité s'élèverait à 60 % dans l'hypothèse où elle n'était pas atteinte dans sa santé, cela par nécessité financière ainsi que pour s'occuper de ses enfants et de son ménage.

Par rapport du 21 juillet 2020, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée, a mis en évidence les diagnostics - présents depuis 2014 - de trouble de la personnalité mixte, à traits émotionnellement instables, dépendants (CIM-10 [10^e révision de la Classification internationale des maladies] F61.0), et de trouble anxio-dépressif mixte (CIM-10 F41.2). Il a déclaré ne pas être à même d'évaluer la capacité de travail de sa patiente dans son activité habituelle, celle-ci n'étant pas active professionnellement. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, il a exposé qu'elle devait être appréciée dans le cadre d'une mesure de l'assurance-invalidité. Enfin,

au titre des limitations fonctionnelles, il a relevé des difficultés, d'une part, à gérer le stress (causant de ce fait des crises d'angoisse), la pression engendrée par les exigences du monde professionnel, les situations sociales (en raison de sa thymie basse), ses angoisses et les imprévus, et, d'autre part, à s'organiser, à se motiver, à se concentrer, à s'occuper de ses tâches administratives et à maintenir un rythme diurne et nocturne ; il a par ailleurs signalé des troubles du sommeil, une grande fatigabilité et des pertes d'appétit.

Par rapport du 28 octobre 2020, ce même spécialiste et Mme B._____, psychologue de l'assurée, ont indiqué que l'état de santé de cette dernière n'avait pas évolué depuis juillet 2020. Le pronostic de la reprise d'une activité adaptée semblait réservé au regard de la chronicité, de la gravité et de la comorbidité de son trouble.

Par rapport du 16 mars 2021, le Dr S._____ et Mme B._____ ont à nouveau révélé une situation inchangée sur le plan médical. Selon eux, il était très peu probable que l'assurée puisse retravailler un jour, et cela quel que soit le type d'activités.

Dans un avis du 22 juillet 2021, la Dre W._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Le 19 octobre 2021, l'assurée a été examinée par le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et expert auprès du [...]. Dans un rapport du 9 février 2022, il a posé le diagnostic - avec influence sur la capacité de travail - d'anxiété généralisée (CIM-10 F41.1 ; depuis 2014) et les diagnostics - sans impact sur celle-ci - de personnalité dépendante (CIM-10 F60.7 ; depuis l'adolescence) et de personnalité anxieuse (CIM-10 F60.6 ; également depuis l'adolescence). D'après lui, la capacité de travail de l'assurée se montait à 75 % depuis mai 2014, cela tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, précision faite que cette première activité constituait une activité adaptée. Une pleine capacité de travail devait être retrouvée dans un délai de trois mois

si un traitement adéquat pour l'anxiété était mis en place et si la prise en charge psychothérapique et comportementale par l'infirmière était poursuivie. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles, l'expert a estimé que l'assurée n'était pas en mesure de travailler dans une activité soumise au stress (afin de ne pas raviver son anxiété à un point incapacitant) ou au contact du public ; en outre, selon la Mini CIF-APP, elle manifestait des difficultés sur le plan de la flexibilité et des capacités d'adaptation, de la capacité de jugement et de prise de position, de la capacité d'endurance, de l'aptitude à s'affirmer et de l'aptitude à évoluer au sein d'un groupe.

Dans un avis du 28 février 2022, la Dre W. _____ s'est ralliée aux conclusions de l'expertise du Dr I. _____, retenant ainsi, depuis mai 2014, une capacité de travail de 75 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, lesquelles devaient tenir compte d'une hypersensibilité au stress, d'une flexibilité et d'une capacité d'adaptation faibles, d'une capacité de jugement et de prise de position diminuées et d'une diminution de l'endurance.

Le 2 juin 2022, l'assurée a répondu par la positive à la question de savoir si elle présentait des empêchements dans la tenue de son ménage entre le mois de mai 2015 et ce jour.

Le 22 novembre 2022, une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée. Dans un rapport daté du 28 novembre suivant, l'évaluatrice a reconnu à cette dernière un statut de 50 % active et 50 % ménagère depuis 2017. Elle a pour le surplus évalué les empêchements ménagers (à savoir l'alimentation, l'entretien de l'appartement, les achats et courses diverses, la lessive et l'entretien des vêtements de même que les soins prodigués aux enfants et à l'extérieur de la maison) à un taux de 13,2 %.

Par projet de décision du 6 janvier 2023, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de lui nier le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, étant donné que le degré d'invalidité,

fixé à 19 %, était insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations de cette assurance.

Le 4 février 2023, l'assurée a fait part à l'OAI de ses objections à l'encontre de ce projet de décision. Elle lui a transmis, le 6 mars suivant, un rapport établi le 2 mars 2023 par le Dr S. _____ et Mme B. _____, lesquels faisaient état des diagnostics de cyclothymie (CIM-10 F 34.0), d'anxiété généralisée (CIM-10 F 41.1) et de trouble de la personnalité borderline (CIM-10 F60.31), tout en attestant une incapacité de travail totale dans toute activité.

Dans un avis du 20 mars 2023, la Dre W. _____ a soutenu que le psychiatre traitant de l'assurée n'apportait aucun élément médical nouveau, que ce soit au niveau du tableau clinique ou des limitations fonctionnelles, par rapport à l'expertise du Dr I. _____, si bien qu'il ne se justifiait pas de modifier son opinion.

Par décision du 21 mars 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 6 janvier 2023. Dans une prise de position annexe, il a déclaré que l'assurée n'avait pas amené d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

B. Le 1^{er} mai 2023, Q. _____, agissant par l'intermédiaire de sa curatrice, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme en ce sens que le droit à des prestations de l'assurance-invalidité lui soit reconnu. A l'appui de son argumentation, elle a expliqué être sous curatelle de gestion et de représentation et ne plus être capable de gérer son quotidien, ni administrativement ni financièrement.

Par réponse du 6 juin 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Par réplique du 18 septembre 2023, la recourante, sous la plume de Me Pierre-Yves Brandt, a contesté la valeur probante de

l'expertise du Dr I._____, réclamant la mise en œuvre d'une seconde expertise, laquelle devait prendre en considération les éléments soulevés par le Dr S._____, et Mme B._____ dans leur rapport du 2 mars 2023.

Par duplique du 16 octobre 2023, l'OAI a réitéré 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 - compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA) - auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 21 novembre 2019, en particulier le droit à une rente d'invalidité.

b) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA - notamment - ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits

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

Dans le cas présent, la recourante a déposé, en date du 21 novembre 2019, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Ainsi, étant donné que l'état de fait concerne l'éventuelle allocation d'une rente dès le 1^{er} mai 2020 au plus tôt (soit six mois après le dépôt de cette demande [cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI]), il convient d'appliquer le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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

b) aa) 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).

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

Lorsque la personne assurée dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; TF 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2).

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

dd) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de

déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

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

c) aa) 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).

bb) Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

cc) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de la personne assurée. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de la personne assurée avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par la personne assurée peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le

comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de la personne assurée de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; 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 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

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) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

d) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

e) aa) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une

base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), on admet que si la personne assurée n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, elle doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C_568/2017 du 11 janvier 2018 consid. 5.4).

bb) Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que la personne assurée rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que

l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.2 et les références citées).

5. a) En l'espèce, l'intimé a considéré que la recourante avait un statut mixte depuis 2017, constitué d'une part active et d'une part ménagère de 50 % chacune. Il s'est à ce titre référé au rapport de l'enquêtrice à domicile du 28 novembre 2022, laquelle a retenu ce statut sur la base des déclarations de l'assurée, qu'elle a jugé claires et cohérentes.

b) Aussi, ce statut mixte - lequel n'a d'ailleurs pas été contesté par la recourante nonobstant ses premières déclarations du 2 mars 2020 - apparaît vraisemblable au regard du fait que, notamment, cette dernière a plusieurs enfants en bas âge à sa charge et vit dans un grand appartement. Il y a en conséquence lieu de confirmer cette clé de répartition.

6. a) En ce qui concerne la part active du statut de la recourante, le Dr I. _____ a mis en évidence, dans son rapport d'expertise du 9 février 2022, le diagnostic - incapacitant - d'anxiété généralisée (CIM-10 F41.1 ; présente depuis 2014) et les diagnostics - non-incapacitants et existant depuis l'adolescence - de personnalité dépendante (CIM-10 F60.7) et de personnalité anxieuse (CIM-10 F60.6). Il a attesté une capacité de travail résiduelle de 75 % depuis mai 2014 dans une activité adaptée et dans l'activité habituelle, tout en spécifiant que cette dernière constituait une telle activité adaptée. Au titre des limitations fonctionnelles, il a prohibé tout emploi générant du stress et nécessitant d'entretenir des contacts avec le public ; il a par ailleurs relevé - à l'aide de la Mini CIF-APP - des faiblesses dans la flexibilité et les capacités d'adaptation, une diminution de la capacité d'endurance, de l'aptitude à évoluer au sein d'un groupe et de la capacité de jugement et de prise de position de même qu'une altération de l'aptitude à s'affirmer.

b) Cela étant, rien ne permet de s'écarter des conclusions de cette expertise. Les points litigieux ont en effet fait l'objet d'une étude circonstanciée. A cet égard, le Dr I._____ s'est prononcé sur les différentes appréciations dont a fait part le Dr S._____ entre 2020 et 2021, expliquant notamment que le diagnostic de trouble anxio-dépressif devait être écarté au profit de celui d'anxiété généralisée au vu de l'importance prédominante de l'anxiété sur la symptomatologie dépressive, laquelle était d'ailleurs actuellement légère, traitée et sans incidence sur la capacité de travail ; il en était de même du diagnostic de trouble de la personnalité mixte à traits émotionnellement instables et dépendants, dès lors que les diagnostics de personnalité anxieuse et dépendante s'avéraient plus précis et que l'assurée ne montrait pas d'impulsivité, excluant ainsi une personnalité émotionnellement labile. Le rapport de l'expert s'est en outre fondé sur des examens psychiques complets et a été établi en pleine connaissance du dossier. Les plaintes de la recourante, en particulier celles en lien avec son anxiété, ont été prises en compte. La situation sur le plan médical a de surcroît été décrite de façon claire. Les conclusions relatives aux diagnostics et à la capacité de travail ont enfin été motivées à satisfaction à l'aune des exigences jurisprudentielles en matière de troubles psychiques (cf. *supra* consid. 3c).

Sur ce dernier point, le Dr I._____ a principalement exposé que la recourante souffrait d'une anxiété généralisée depuis la naissance de son premier enfant, en [...]. Celle-ci se manifestait sous la forme de difficultés à respirer, d'une hypersudation, d'une sensation d'une « boule au ventre » et parfois de troubles du transit intestinal et d'une sensation de malaise général, cela plusieurs fois par jour, lorsqu'elle pensait à ce qui pouvait lui arriver à elle ou à ses enfants. L'anxiété généralisée était actuellement jugée légère à moyenne, en l'absence de traitement adéquat. Le Dr S._____ avait prescrit un antidépresseur, qui avait récemment été remplacé par un régulateur de l'humeur. Cette option thérapeutique démontrait de cette façon que l'anxiété permanente rapportée par la recourante n'était pas aussi grave qu'elle ne le pensait. Les troubles de la personnalité ne l'avaient, pour leur part, pas empêché

de travailler avant 2013. Quant au succès du traitement et de la réadaptation, seule la prise d'un traitement phytothérapeutique avait été préconisée par ce spécialiste, malgré les angoisses. La mise en place d'un anxiolytique de type Benzodiazépine était toutefois susceptible de mieux cibler la symptomatologie et de permettre une reprise du travail. Par contre, aucune mesure de réadaptation n'avait été mise en place pour l'instant. S'agissant des comorbidités, l'expert a jugé « *non pertinent* » le point relatif à l'interaction entre les diagnostics. En ce qui concerne la personnalité de la recourante, le Dr I. _____ a souligné un sens des réalités et une capacité de jugement ainsi qu'une capacité relationnelle et une aptitude à nouer des contacts non altérés. L'assurée présentait en revanche des difficultés à contrôler ses réactions affectives, une intentionnalité et un dynamisme extrêmement variable en fonction de l'anxiété et une estime de soi et une capacité de régression altérées, excepté lorsque sa tâche consistait à aider les autres. Son comportement face à la maladie était de demander de l'aide et son système de défense se résumait à se reposer sur les autres. Au sujet du contexte social, l'expert psychiatre a déclaré que la recourante pouvait compter sur le soutien de sa famille, à l'exclusion de son ex-conjoint, père de ses enfants. Au final, il a fait état d'importantes ressources personnelles chez l'assurée, dans la mesure où celle-ci vivait de manière autonome avec ses enfants dans un logement de 120 m² et où elle s'occupait seule de ces derniers, en les amenant à l'école, en les lavant, en leur préparant leur repas et en jouant avec eux. Sur le plan de la cohérence, le Dr I. _____ a indiqué, d'une part, que la recourante arrivait à s'occuper de ses enfants, quand bien même elle peinait à s'organiser dans sa vie quotidienne et à mettre des priorités, qu'elle se sentait vite débordée et dépassée dès qu'elle devait se rendre à un rendez-vous dans la journée et qu'elle subissait souvent des crises d'angoisse. D'autre part, elle restait très attachée aux différentes aides qui lui étaient prodiguées par son psychiatre, sa psychologue et son infirmière en psychiatrie.

c) Au vu de ce qui précède, il convient donc d'accorder une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 9 février 2022 du Dr I. _____ et, de ce fait reconnaître à la recourante - pour sa part active

- une capacité de travail de 75 % dans tout type d'activité. Le rapport du 2 mars 2023 du Dr S. _____ et de Mme B. _____ ne saurait à cet égard remettre en doute les conclusions de ce spécialiste. Le diagnostic de cyclothymie (CIM-10 F34.0) n'a certes pas été posé en tant que tel par l'expert psychiatre. Ce dernier a cependant mentionné une humeur fluctuante selon les jours, voire les heures, tout en précisant qu'il s'agissait de symptômes dépressifs, lesquels étaient traités depuis juillet 2020. Au demeurant, comme l'a relevé à juste titre la Dre W. _____ dans son avis du 20 mars 2023, le Dr S. _____ et Mme B. _____ ont répertorié les mêmes limitations fonctionnelles que celles mises en évidence depuis 2020 dans leurs précédents rapports, à savoir notamment des difficultés à gérer les émotions et le stress, des pertes d'appétit, des troubles du sommeil, une grande fatigabilité, une perte de confiance et de motivation et une tendance au repli social. Aussi, ces limitations ont été prises en compte par le Dr I. _____ dans son analyse. Le diagnostic de trouble de la personnalité borderline (CIM-10 F60.31) n'a enfin nullement été motivé par le psychiatre traitant.

6. a) Quant à la part ménagère du statut de la recourante, l'évaluatrice à domicile n'a constaté, dans son rapport du 28 novembre 2022, aucun empêchement pour les tâches liées à l'alimentation ni pour celles relatives aux soins apportés aux enfants et à l'extérieur du domicile. L'assurée était en revanche restreinte dans les travaux consistant à entretenir l'appartement, à réaliser des courses de même qu'à laver et entretenir les vêtements. Les empêchements ménagers ont été estimés à 13,2 % (pour un 100 %).

b) Cela étant, aucun grief à l'encontre de l'enquête ménagère n'a été soulevé par la recourante, laquelle s'est cantonnée, dans ses différentes écritures, à contester la validité du rapport d'expertise du Dr I. _____. Le rapport de l'évaluatrice à domicile remplit de surcroît les requis juridiques permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. *supra* consid. 4e), de sorte que ses conclusions doivent être validées.

7. a) Dans la mesure où la recourante présente une incapacité de travail de 75 % sur la part active de 50 % – cela singulièrement dans son activité habituelle – et une incapacité de 13,2 % sur la part ménagère, laquelle se monte également à 50 %, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	50 %	25 %	12,5 %
ménagère	50 %	13,2 %	6,6 %
Taux d'invalidité global :			19,1 %

Le taux d'invalidité global de la recourante de 19,1 % – arrondi à 19 % – est inférieur au seuil de 40 %, fixé à l'art. 28 al. 1 LAI, ouvrant le droit à une rente de l'assurance-invalidité (cf. *supra* consid. 3b/aa). C'est dès lors à juste titre que l'intimé a refusé à l'assurée le versement de cette prestation.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 21 mars 2023 par l'intimé confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

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

d) La partie recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire par décisions des 5 mai et 10 août 2023 de la Juge instructrice, avec effet respectivement au 2 mai et 10 juillet 2023. Les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont donc provisoirement supportés par l'Etat et Me Pierre-Yves Brandt peut prétendre à une équitable indemnité pour son

mandat d'office, qu'il convient de fixer à 1'300 fr., débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3^{bis} RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 21 mars 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de Q._____ et provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Pierre-Yves Brandt, conseil de Q._____, est arrêtée à 1'300 fr. (mille trois cents francs), débours et TVA compris.
- VI. Q._____ est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité de son conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Pierre-Yves Brandt (pour Q. _____, agissant par sa curatrice, [...]),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :

