

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 mars 2017

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Feusi et M. Küng, assesseurs  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Marie Signori, avocate, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 LPGA ; art. 28 et 28a LAI.**

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

**A.** A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse née en 1956, a obtenu des brevets d'enseignement en classe primaire en 1977, respectivement en économie familiale en 1982. Elle a exercé sa profession dès août 1977 et a été engagée en qualité d'enseignante en économie familiale à temps partiel [...] par la Direction générale de l'enseignement obligatoire (DGEO) de l'Etat de Vaud à compter du mois d'août 1998. Entre 1988 et 2004, elle a également assumé l'activité de préposée au contrôle de l'habitant de la commune [...].

Elle est mère de trois enfants majeurs, issus d'un premier mariage dissous par le divorce le 22 avril 2010. Elle a épousé W. \_\_\_\_\_, père de quatre enfants d'une précédente union, en secondes noces le 7 juin 2010. La séparation d'avec ce second époux a été prononcée le 17 janvier 2012 par voie de mesures protectrices de l'union conjugale.

**B.** 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) en date du 25 avril 2012, faisant mention d'un accident survenu le 21 août 2008 (blessure à la main droite par morsure d'un chien) et d'états dépressifs ensuite des séparations d'avec ses deux conjoints. Une incapacité totale et durable de travail avait été prononcée dès le 31 octobre 2011 par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

A la demande de l'OAI, l'assurée a complété un formulaire destiné à déterminer son statut en date du 7 mai 2012. Elle a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle exercerait son activité d'enseignante depuis le 1<sup>er</sup> août 1977 à un taux de 100% « variable selon l'offre de l'année scolaire en cours », pour des motifs personnels et financiers.

Consécutivement à une altercation entre l'assurée et son deuxième époux, elle a été mise au bénéfice d'un arrêt total de travail du 26 mars 2012 au 9 avril 2012, attesté par le Dr D.\_\_\_\_\_, chiropraticien.

Procédant à l'instruction du cas, l'OAI a requis des renseignements auprès des médecins traitants de l'assurée, les Drs B.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, ainsi que le dossier constitué par l'assurance-accidents ayant pris en charge les suites de l'événement du 21 août 2008, à savoir T.\_\_\_\_\_ SA.

Ledit dossier a révélé que l'assurée avait subi une incapacité de travail totale du 22 août 2008 au 4 janvier 2009 limitativement, après avoir été mordue par un chien à la main droite.

S'agissant de l'incapacité de travail prononcée dès le 31 octobre 2011, le Dr B.\_\_\_\_\_ a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 28 juin 2012 et retenu les diagnostics d'un « épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis octobre 2011 », d'une « dysthymie depuis plus de dix ans » et d'un « trouble de la personnalité non précisé depuis l'enfance » dans le contexte de problèmes privés et professionnels. La situation conjugale avait pour l'essentiel déclenché l'épisode dépressif à l'origine de l'arrêt de travail.

Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, par rapport rédigé le 13 août 2012, il a confirmé l'arrêt total de travail du 26 mars 2012 au 9 avril 2012, au motif de « cervicalgies chroniques irradiant sur l'occiput et le visage à droite », de « discopathies C3-C4 et C6-C7 avec arthrose des articulations postérieures » et de « douleurs chroniques depuis quinze ans, empirées par l'attaque de son ex-mari et de son beau-père (coups et blessures) ». Son traitement avait pris fin le 7 mai 2012.

Le Service du personnel de l'Etat de Vaud a fait parvenir le rapport d'employeur à l'OAI le 17 août 2012, indiquant que l'assurée, engagée par la DGEO depuis août 1998, assumait 18 périodes

d'enseignement à partir d'août 2011, alors qu'un temps plein totalisait 28 périodes.

Le 14 février 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ a signalé que sa patiente présentait « moins de symptômes de dépression », tandis que « les troubles de base et la fragilité psychique rest[aient] les mêmes ». L'incapacité de travail demeurait totale, seules des activités occupationnelles s'avérant accessibles à l'assurée.

Par rapport intermédiaire du 2 juillet 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ a confirmé l'état de santé stationnaire de l'assurée et le maintien d'une incapacité totale de travail. Celle-ci présentait les « symptômes d'une dépression légère », accompagnée « d'importants symptômes résiduels ».

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a recommandé le 26 octobre 2013 la mise en œuvre d'un examen psychiatrique, lequel a été réalisé en son sein le 23 avril 2014 par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aux termes du rapport corrélatif du 28 juillet 2014, ce dernier n'a retenu aucun diagnostic susceptible d'influer sur la capacité de travail de l'assurée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013. Dite capacité avait toutefois été nulle du 31 octobre 2011 au 21 décembre 2011 et entravée à 50% du 21 janvier 2012 au 31 décembre 2012.

L'OAI a par ailleurs mandaté l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton du Valais en vue de procéder à une enquête ménagère au domicile valaisan de l'assurée. A l'issue du rapport correspondant, rédigé le 30 janvier 2015, l'enquêteur a considéré que l'assurée était de statut mixte, s'étant consacrée, en bonne santé, à 64,28% à son activité lucrative et à 35,72% aux activités ménagères. Elle ne rencontrait au demeurant aucun empêchement dans l'accomplissement de ces dernières tâches.

Par projet de décision du 10 février 2015, l'OAI a annoncé à l'assurée son intention de lui nier le droit à une rente d'invalidité en

application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité de 32% à l'issue du délai de carence, soit dès le 31 octobre 2012, réduit à 0% dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 [recte : 2013].

En dépit des objections formulées par l'assurée le 13 mars 2015, l'OAI a entériné le projet de décision ci-dessus par décision formelle du 9 avril 2015.

**C.** L'assurée, représentée par Me Marie Signori, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 13 mai 2015, concluant à titre principal à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2012, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire avant nouvelle décision. Elle a contesté en particulier le statut mixte retenu par l'intimé, alléguant qu'en bonne santé elle aurait travaillé à 100%. Elle a par ailleurs mis en exergue les avis concordants des différents médecins consultés pour mettre en doute la valeur probante du rapport d'examen du Dr L.\_\_\_\_\_. Sa capacité de travail était durablement nulle dans toutes activités dès le 31 octobre 2011, ce qui justifiait l'octroi d'une rente entière à l'issue du délai de carence d'une année. Elle relevait en outre que l'incidence d'atteintes à la santé somatiques n'avait pas été prise en compte. Elle sollicitait enfin la production des dossiers complets constitués tant par l'intimé que par la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud (CPEV) et la Policlinique N.\_\_\_\_\_, ainsi que la tenue de débats publics.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 19 octobre 2015, en proposant le rejet, sur la base des conclusions du rapport d'examen psychiatrique \_\_\_\_\_ du Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR du 28 juillet 2014 et du rapport d'enquête économique sur le ménage du 30 janvier 2015.

Par réplique du 11 novembre 2015 et détermination du 5 février 2016, la recourante a persisté dans ses conclusions, tandis que l'intimé en a fait de même en dupliquant le 26 novembre 2015.

A la demande de la magistrate instructrice, la recourante a produit le 17 mai 2016 différents documents destinés à attester de remplacements effectués auprès de plusieurs institutions scolaires et de démarches en vue d'augmenter son taux d'activité.

Par ailleurs, la juge instructrice a sollicité, par correspondance du 31 mai 2016, la production des dossiers constitués par la CPEV et par l'Unité O.\_\_\_\_\_ de la Polyclinique N.\_\_\_\_\_, où l'assurée avait été suivie entre 2010 et 2015 du fait de ses problèmes psychiques. Il ressort notamment des pièces fournies par la CPEV que la recourante a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité temporaire totale dès le 1<sup>er</sup> juin 2012, puis d'une rente d'invalidité totale à partir du 1<sup>er</sup> mars 2015 selon décision du 28 octobre 2014.

Les parties ont eu l'opportunité de se prononcer sur les dossiers précités. L'OAI, se référant à un avis du Dr J.\_\_\_\_\_ du SMR du 5 septembre 2016, a relevé l'absence d'éléments médicaux concrets ou récents de nature à mettre en doute sa position aux termes d'une détermination du 13 septembre 2016. Il a en conséquence derechef conclu au rejet du recours de l'assurée.

La recourante, par pli du 26 septembre 2016, a contesté l'appréciation du Dr J.\_\_\_\_\_, doutant de ses compétences pour s'exprimer dans son cas et rappelant l'unanimité des opinions exprimées par les médecins spécialisés ayant assumé son suivi. Elle a ainsi maintenu ses conclusions et requêtes de preuve.

Quant à l'OAI, après avoir souligné le rôle des médecins du SMR, il s'est référé à ses précédentes écritures en date du 6 octobre 2016.

**D.** Une audience de jugement avec débats publics s'est déroulée auprès de la Cour de céans le 12 janvier 2017. A cette occasion, la recourante a produit différents rapports émanant de son médecin psychiatre, le Dr B.\_\_\_\_\_, adressés à l'OAI, respectivement à l'Unité O.\_\_\_\_\_, ainsi qu'une attestation du 10 janvier 2017 rédigée par le Dr M.\_\_\_\_\_, chiropraticien. La cause a été gardée à juger à l'issue de cette audience.

Les faits seront au surplus repris dans la mesure utile dans le développement juridique infra.

### **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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la 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 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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 (art. 60 LPGA).

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours formé le 13 mai 2015 contre la décision de l'intimé du 9 avril 2015 a été interjeté en temps utile. Il respecte par ailleurs les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

**2.** Est litigieux in casu le degré d'invalidité présenté par la recourante. Singulièrement, cette dernière conteste le statut mixte pris en compte dans son cas, ainsi que l'appréciation de sa capacité de travail.

**3. a)** En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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. 4 al. 1 LAI).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle 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.

A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

**b)** Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

**4. a)** L'art. 28a LAI indique que l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (al. 1). 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 (al. 2). 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'al. 2 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 (al. 3). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146).

Aux termes de l'art. 16 LPGA, 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.

Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels - pratique dont le Tribunal fédéral a admis de longue date la conformité (TF 9C\_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3 ; cf. pour plus de détails : ch. 3084 ss Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS] à l'attention de l'administration).

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée 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 128 V 93 ; TF 9C\_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3)

**b)** La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et les arrêts cités). Cette évaluation doit

également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (TF 9C\_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine et la référence citée).

**c)** On ajoutera que le principe de l'uniformité de la notion d'invalidité règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des assurances sociales (ATF 126 V 293 consid. 2d). Selon ce principe, la notion d'invalidité en matière d'assurance-invalidité et de prévoyance professionnelle obligatoire - comme en matière d'assurance-accidents et d'assurance-militaire - est en principe identique, de sorte que l'évaluation de l'invalidité pour une même atteinte à la santé doit conduire au même taux d'invalidité (ATF 123 V 271 consid. 2a et les références citées). D'après la jurisprudence, si une institution de prévoyance reprend - explicitement ou par renvoi - la définition de l'invalidité de l'AI, elle est en principe liée, lors de la survenance du fait assuré, par l'estimation de l'invalidité effectuée par les organes de l'assurance-invalidité, sauf si cette évaluation est d'emblée insoutenable. Cette force contraignante vaut aussi en ce qui concerne la naissance du droit à la rente et, par conséquent également pour la détermination du moment à partir duquel la capacité de travail de l'assurée s'est détériorée de manière sensible et durable, dans la mesure où l'office AI a dûment notifié sa décision de rente aux institutions de prévoyance entrant en considération (ATF 129 V 156 consid. 2.5 et 75 consid. 4.2). Cela étant, les institutions de prévoyance ont toute latitude d'adopter une notion plus large de l'invalidité que celle de l'assurance-invalidité. Dans ce cas, l'institution procède librement à l'évaluation de l'invalidité, selon ses propres règles, sans être liée, lors de la survenance du fait assuré, par le taux d'invalidité retenu par l'office AI (ATF 115 V 211 consid. 2b et 219 consid. 4b), ce qui peut avoir pour effet que l'assuré ait droit à une rente de son institution de prévoyance sans pouvoir prétendre une prestation du même genre de l'assurance-invalidité (TFA I 82/03 du 29 août 2003 consid. 2.3 et références citées).

**5. 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 mais parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2).

**b)** Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est toutefois pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références citées). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 180 consid. 3.2 ; 125 V 195 consid. 2).

**6. a)** In casu, s'agissant du statut de la recourante, celle-ci a indiqué dans un premier temps que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à plein temps dans sa profession d'enseignante, réservant toutefois expressément la variabilité de son taux d'activité eu égard à l'offre de l'année scolaire en cours (cf. questionnaire complété le 7 mai 2012).

A l'occasion de l'enquête ménagère réalisée le 29 janvier 2015, elle a convenu dans un second temps que son activité d'enseignante à temps partiel aurait satisfait ses besoins financiers et personnels. L'enquêteur a synthétisé ses propos comme suit :

« [...] L'assurée a toujours travaillé dans l'enseignement. Elle a très peu enseigné en primaire puisqu'elle s'était spécialisée dans

l'enseignement en économie familiale. Ses horaires de travail variaient d'une année à l'autre en fonction du nombre d'élèves et des finances du canton. (Depuis 2007, par exemple, les heures de repas avec les élèves n'étaient plus comptabilisées.)

L'assurée complétait son horaire partiel par une activité auprès de la Commune [...] où elle officiait comme préposée au contrôle des habitants de 1987 à 2004. Le cumul des postes représentait une activité à plein temps à cette époque, mais sa situation familiale n'était pas celle d'aujourd'hui non plus.

Elle perdit cet emploi, selon elle, en raison de ses méconnaissances en informatique. Je n'ai pas jugé nécessaire d'apporter des éclaircissements sur ce licenciement. Elle bénéficia ensuite des prestations de la caisse de chômage qui compensa cette perte de revenu pendant deux ans.

Depuis lors, l'assurée s'est contentée de l'enseignement en économie familiale en fonction des heures que le centre scolaire pouvait lui offrir. Elle aurait certainement pu accepter des heures d'enseignement dans un autre centre scolaire, mais encore fallait-il pouvoir coordonner les horaires, etc. C'était presque mission impossible et elle n'avait dès lors pas trop de choix que de prendre ce qu'on lui donnait.

La dernière année d'activité, l'assurée avait recherché un poste de travail plus près de son nouveau domicile valaisan. C'est pour cette raison qu'elle fut engagée à [...]. [...]

Compte tenu de sa nouvelle situation familiale, personnelle et financière, l'assurée affirme que le salaire qu'elle percevait en dernier lieu de l'Etat de Vaud lui aurait suffi et dès lors, elle n'aurait pas entrepris des démarches particulières pour augmenter son taux d'activité. Si cela lui avait été proposé, elle aurait certainement accepté, mais il n'y a rien de certain.

Pour déterminer son statut, il faut s'en tenir à son taux d'activité lors de la survenance de l'invalidité, soit une occupation à 64,28%, ce qu'elle admet sans autre. [...] »

La CPEV a en outre précisé, dans une correspondance au mandataire de l'assurée du 22 mai 2015, que la moyenne des salaires réalisés entre le 1<sup>er</sup> août 2004 et le 28 février 2015 à hauteur de 45'835 fr. correspondait au salaire assuré.

Au stade de la procédure judiciaire, la recourante a fait parvenir des attestations d'enseignement, ainsi que des preuves de postulations, destinées à justifier la contestation du statut mixte reconnu par l'intimé. En particulier, elle a produit les attestations suivantes :

- une attestation du Service de l'enseignement du canton du Valais, portant sur des remplacements à hauteur de 37,6

heures en mai 2010 et d'octobre à décembre 2010, ainsi que sur 24 heures de janvier à avril 2011 ;

- une attestation de l'Ecole Y.\_\_\_\_\_, portant sur 1 à 2 heures d'études surveillées hebdomadaires entre le 1<sup>er</sup> septembre 2009 et le 31 janvier 2010 ;
- une attestation de l'Ecole U.\_\_\_\_\_, portant sur 17 heures d'enseignement de cuisine entre le 8 août 2011 et le 30 septembre 2013.

Les comptes individuels (CI) versés au dossier de l'intimé jusqu'à l'année 2011, corroborent les documents ci-dessus, faisant état de revenus complémentaires à ceux réalisés auprès de l'Etat de Vaud, mais inférieurs à 4'000 fr. par année.

La recourante a en outre fourni des correspondances consécutives à des offres de services, effectuées en Valais entre 2011 et 2012, pour des postes d'enseignement spécialisé, essentiellement à temps partiel.

**b)** Compte tenu des éléments mis en exergue ci-dessus, on peut déduire que la recourante s'est vraisemblablement méprise sur la teneur du formulaire complété le 7 mai 2012. En effet, alors même qu'elle y a mentionné un statut actif à 100% depuis août 1977, cette assertion ne correspondait à la réalité que dans l'intervalle de quelques années où elle était employée de la Commune [...]. Une contradiction ressort du reste des premières déclarations de l'assurée dans la mesure où elle a expressément émis une réserve à l'exercice d'une activité à plein temps, en lien avec l'offre de cours afférente à chaque année scolaire. En outre, il apparaît que le salaire annuel moyen de 45'385 fr. réalisé par l'assurée entre le 1<sup>er</sup> août 2004 et le 28 février 2015, selon les données de la CPEV, s'avère manifestement significatif d'une activité à temps partiel.

Dans ce contexte, la recourante n'a pas démontré avoir cherché à compléter son taux partiel de 64,28% d'heures d'enseignement

en économie familiale par l'enseignement d'autres matières sur le site d' [...] ou par la reprise durable de l'enseignement primaire. Les heures consacrées à des remplacements, telles que confirmées par différents établissements scolaires, demeurent ponctuelles et ont dégagé des revenus ne suffisant pas à compléter le revenu principal pour atteindre l'équivalent d'une activité à plein temps. Quant aux postulations dont se prévaut la recourante, les pièces produites le 17 mai 2016 à la demande de la juge instructrice ne mettent pas en évidence la recherche d'une activité à 100% et s'avèrent largement insuffisantes pour démontrer la compatibilité des postes à pourvoir avec l'emploi déployé par l'assurée à [...]. Qui plus est, on relèvera que les postulations démontrées ont été majoritairement effectuées alors que l'assurée vivait en couple avec son second conjoint, lequel était supposé contribuer à l'entretien de sa propre famille, alors qu'il ne dégagait qu'un revenu mensuel de 4'376 fr. (cf. à cet égard : décision du 17 janvier 2012 du juge du district [...]). Elles paraissent au surplus s'inscrire dans une recherche d'emploi proche du nouveau domicile de l'assurée, ainsi que celle-ci l'a indiqué dans le cadre de l'enquête ménagère du 29 janvier 2015. En conséquence, ces pièces ne sauraient être pertinentes pour déterminer le statut de la recourante en bonne santé sur la base des circonstances personnelles et professionnelles concrètes.

**c)** Eu égard aux critiques formulées par la recourante à l'encontre du contenu et des conclusions du rapport d'enquête ménagère du 30 janvier 2015, il n'y pas sérieusement lieu de considérer que les propos tenus auraient été incorrectement retranscrits, alors que ceux-ci correspondent strictement à l'état de fait ressortant des pièces du dossier. L'argument relatif à la perception d'une rente de la prévoyance professionnelle au moment de la réalisation de l'enquête tombe par ailleurs à faux, étant souligné que la détermination du statut ne peut se référer qu'à une situation hypothétique exempte de problèmes de santé. Au surplus, le rapport d'enquête concerné est en tous points conformes aux exigences jurisprudentielles rappelées supra sous considérant 4a de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

Le statut mixte reconnu en faveur de la recourante, à hauteur de 64,28% du temps consacré à l'activité professionnelle, peut ainsi être confirmé. Cela étant, même s'il s'agissait de retenir que la recourante aurait durablement déployé une activité lucrative accessoire à son activité d'enseignante en économie familiale, il conviendrait de prendre en considération au maximum un taux de 70% consacré à la sphère professionnelle. Un tel taux engloberait largement les heures ponctuelles dévolues par la recourante à des remplacements auprès de diverses institutions scolaires avant la survenance de ses problèmes de santé. La modification de la répartition des activités, à concurrence de 70% pour l'activité lucrative et de 30% pour l'accomplissement du ménage, n'influerait au demeurant en rien sur le droit aux prestations de la recourante, ainsi qu'il sera développé au considérant 10 infra.

**7.** La recourante argue de l'octroi d'une rente d'invalidité totale par la CPEV pour appuyer sa conclusion tendant au versement d'une rente entière d'invalidité par l'intimé.

Or, ainsi que l'a indiqué la jurisprudence citée plus haut sous considérant 4c, l'OAI n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité opérée en l'occurrence par l'institution de prévoyance. On notera d'ailleurs que dans sa teneur en vigueur en 2012, la LCP (loi du 18 juin 1984 sur la Caisse de pensions de l'Etat de Vaud ; RSV 172.43) contenait à son art. 52 une définition spécifique de l'invalidité, différente de celle de l'assurance-invalidité. La LCP actuelle, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2014, ne comporte en revanche plus de définition de l'invalidité. L'exposé des motifs du 20 mars 2013 indique en effet ce qui suit en relation avec l'art. 13 de la nouvelle loi :

« Cet article énumère les prestations offertes par la Caisse, de manière générique. Leurs conditions et modalités concrètes seront réglées par le Conseil d'administration, en exécution de sa compétence de déterminer les prestations, suite à la préférence que le Conseil d'Etat a donnée à la compétence de régler le financement à la Caisse. [...] »

Sur le site internet de la CPEV ([http://www.cpev.ch/cpev/cpevint1\\_28545/invalidité](http://www.cpev.ch/cpev/cpevint1_28545/invalidité)), il est précisé que « l'assuré est mis au bénéficiaire

d'une invalidité définitive, lorsque, suite à une maladie ou un accident, il est durablement incapable de remplir tout ou partie de sa fonction ou d'une autre fonction de substitution ». Il s'agit donc également d'une définition distincte de celle régissant l'assurance-invalidité, à savoir une invalidité de fonction, de sorte que l'évaluation opérée par la CPEV in casu n'est d'aucun secours à la recourante.

**8. a)** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées).

De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, 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\_410/2014 précité consid. 3.3).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc).

**b)** Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPG et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies

par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C\_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 ; 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C\_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références ; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C\_500/2011 précité loc. cit. ; 9C\_28/2011 précité loc. cit. et 9C\_745/2010 précité loc. cit.).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les réf. citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 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 l'assuré, 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 (TF 8C\_407/2014 précité ; voir également TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

**9. a)** En l'espèce, l'état de santé somatique de l'assurée n'a pas lieu d'être particulièrement discuté. Celle-ci n'a en effet subi aucune séquelle incapacitante consécutivement à l'événement du 21 août 2008, l'incapacité totale de travail prononcée dès le 22 août 2008 ayant pris fin le 4 janvier 2009 (cf. dossier produit par T. \_\_\_\_\_ SA).

En outre, ainsi que l'a indiqué le Dr D. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 13 août 2012, les cervicalgies et dorsalgies affectant la recourante ont justifié une incapacité de travail de courte durée, soit du 26

mars 2012 au 9 avril 2012, tandis que le traitement entrepris s'est terminé le 7 mai 2012.

Ces éléments ont au demeurant été confirmés par la recourante elle-même au cours de l'enquête ménagère réalisée le 29 janvier 2015, dans la mesure où elle a indiqué ne consulter son médecin traitant actuel que « pour des affections bénignes » (cf. rapport d'enquête du 30 janvier 2015, p. 1).

L'attestation rédigée par le Dr M. \_\_\_\_\_ le 10 janvier 2017, produite à l'attention de la Cour de céans par la recourante lors de l'audience du 12 janvier 2017, ne permet pas sérieusement de retenir une problématique somatique nouvelle ou non investiguée à la date de la décision querellée. Ce praticien a certes mentionné une « évolution ponctuée de rechutes jusqu'en avril 2015 » et constaté « depuis et jusqu'en août 2016, [une] chronicisation des douleurs sur troubles dégénératifs multi-étagés avec pincements discaux diffus, complexes disco-ostéophytaires postérieurs et arthrose inter-apophysaire pluri-étagée ». Il n'a toutefois aucunement étayé les diagnostics retenus, ni motivé son appréciation. Il n'a pas davantage fixé la capacité de travail de l'assurée, s'étant limité à relater qu'un « rendement professionnel complet n'[était] plus exigible à ce stade ». Ce document, particulièrement succinct, dénué de toute démonstration clinique objective, n'est en conséquence pas de nature à faire douter de l'exhaustivité du dossier médical constitué par l'intimé à la date de sa décision du 9 avril 2015.

**b)** Le volet psychique de l'état de santé de l'assurée a en revanche motivé le Dr B. \_\_\_\_\_ à prononcer une incapacité totale de travail \_\_\_\_\_ dès \_\_\_\_\_ le 31 octobre 2011. Il a libellé ses constats en ces termes dans son rapport à l'OAI du 28 juin 2012 :

« [...] L'assurée se décrit elle-même comme quelqu'un de « bohème » qui a tendance à subir et fuir. Elle est émotionnellement très labile et peut changer très rapidement d'humeur en fonction des circonstances, aussi prompte à s'enthousiasmer qu'à déprimer

ou se mettre en colère. Elle a une forte propension à agir de manière impulsive, ce qui lui vaut de souvent se retrouver dans des situations inextricables qui l'angoissent ou la dépriment. Sur le plan thérapeutique, elle est difficile à cadrer et nécessite à la fois d'être très soutenue et conseillée, tout en agissant souvent de manière imprévisible en raison de son impulsivité.

Outre ses troubles de la personnalité, l'assurée présente chroniquement un fond dysthymique caractérisé par une humeur de base pessimiste, un manque de confiance en soi, de l'irritabilité, une faible tolérance au stress, une culpabilité exagérée, etc.

Cet état subdépressif se complique parfois d'épisodes dépressifs avérés plus ou moins sévères et plus ou moins durables, lorsque l'assurée subit un stress plus important tant dans le domaine privé que professionnel.

Le dernier épisode dépressif remonte à fin octobre 2011 et a essentiellement été déclenché par les problèmes conjugaux mentionnés ci-dessus, même si [l'assurée] se plaignait déjà auparavant d'avoir beaucoup de peine à gérer et supporter ses élèves turbulents, indisciplinés et irrespectueux. A ce moment, elle présentait les symptômes d'une dépression majeure : angoisses, sentiments de culpabilité, d'insuffisance et de désespoir, peur de l'avenir, manque d'élan vital, asthénie, anhédonie, perte de poids importante, troubles du sommeil, troubles de la concentration, etc.

Dès le 31.10.2011, je l'ai donc mise au bénéfice d'un arrêt de travail complet. Différentes tentatives de traitements antidépresseurs se sont avérées infructueuses en raison d'effets indésirables insupportables. L'évolution a été défavorable [...].

A ce jour, [l'assurée] reste déprimée, sa dépression étant évidemment entretenue par le contexte personnel catastrophique que représente un divorce compliqué et conflictuel. [...] »

Il a ultérieurement fait part d'une situation stationnaire, en dépit de la diminution des symptômes liés à la dépression (cf. rapports du Dr B. \_\_\_\_\_ des 14 février 2013 et 2 juillet 2013).

Vu le maintien d'une incapacité totale de travail, le SMR a requis un examen psychiatrique auprès du Dr L. \_\_\_\_\_, lequel a observé les éléments suivants dans son rapport du 28 juillet 2014 :

« [...] L'assurée est venue en automobile, elle est parfaitement ponctuelle. Il s'agit d'une personne de taille moyenne, dont la tenue et l'hygiène sont correctes. Le contact est bon, l'assurée est courtoise, collaborante, souriante. Elle est bien orientée dans le temps, dans l'espace, par rapport à la situation et sur elle-même. Elle ne présente pas de troubles de la mémoire, de la concentration, de l'attention durant les 2 heures 30 de l'examen psychiatrique. Son discours est cohérent. Elle ne présente pas de trouble du cours de la pensée, pas de perte des associations, pas de fuite des idées, pas de digressions. Le contenu de la pensée n'est pas perturbé. La thymie n'est pas abaissée. L'assurée ne présente pas de diminution de

l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables, pas de manque de réactivité émotionnelle aux événements ou aux circonstances habituellement agréables. Elle parle d'une fatigue qui n'est pas observable durant l'examen. Pas de signes de fatigabilité augmentée après 2 heures 30 d'examen. L'estime de soi est conservée. Pas d'idées de dévalorisation ou de culpabilité. Pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir. Pas d'idées suicidaires. Le sommeil est qualifié d'irrégulier, avec « parfois des insomnies ». L'appétit n'est pas diminué. Pas de réveil matinal précoce. Pas de dépression matinale. Pas d'agitation ou de ralentissement psychomoteur marqué observable. Pas de diminution marquée de la libido. Pas de perturbation observable de la sphère émotionnelle. Pas d'anxiété, pas d'angoisses, pas d'attaques de panique. Pas de trouble phobique ou obsessionnel observable. Pas de signes de la série psychotique, en particulier pas d'idées délirantes, pas d'idées de persécution, pas d'attitude évocatrice de phénomènes hallucinatoires. Pas de signes évocateurs d'un trouble de la personnalité. »

Ne retenant aucun diagnostic se répercutant sur la capacité de travail de la recourante, le Dr L. \_\_\_\_\_ a néanmoins évoqué ceux d'une « dysthymie », de « difficultés liées au logement et aux conditions économiques » et de « séparation et divorce ». Il s'en est par ailleurs expliqué ainsi :

« [...] Le status psychiatrique de ce jour ne met en évidence aucun signe de maladie psychiatrique, que ce soit dans le registre dépressif, anxieux, psychotique ou de la personnalité. L'assurée est préoccupée principalement par sa procédure de divorce et sa situation socio-économique. Elle se plaint également de fatigue visuelle liée à sa myopie importante.

Sur le plan diagnostique, l'assurée a présenté un épisode dépressif d'intensité sévère, selon le rapport médical du 28.06.2012. Cet épisode dépressif a évolué favorablement, les symptômes de dépression ont diminué dans le rapport médical du 24.01.2013, le diagnostic d'épisode dépressif n'est plus retenu dans le rapport médical du 02.07.2013. Les dires de l'assurée, lors de l'examen psychiatrique de ce jour, vont dans le même sens, l'assurée n'a plus besoin de médicaments depuis un an environ.

Le status psychiatrique ne met pas en évidence de signes de pathologie incapacitante, que ce soit sur le plan dépressif, anxieux, psychotique ou de la personnalité. Le diagnostic de trouble de la personnalité, évoqué par le psychiatre traitant sur la base d'une labilité émotionnelle et d'une impulsivité, n'a pas été retrouvé dans l'anamnèse ni dans le status de ce jour. Ce diagnostic ne peut pas être reconnu. La labilité émotionnelle et l'impulsivité, mentionnées par le psychiatre traitant, font partie du tableau dépressif sévère décrit dans le rapport médical du 28.06.2012.

La symptomatologie dépressive de l'assurée est réactionnelle à des facteurs extérieurs : problèmes conjugaux, procédure de divorce, changement de milieu professionnel, difficultés liées au logement, difficultés économiques.

Le diagnostic de dysthymie est retenu, la patiente dit se sentir fatiguée, elle dort parfois mal, elle est préoccupée par sa situation. Elle reste cependant capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne et fait preuve de combativité dans les procédures en cours, que ce soit au niveau de son divorce ou des problèmes liés à son bien immobilier. Elle s'occupe en outre régulièrement de son père [...]. Elle prend en charge régulièrement son petit-fils. »

Fort de ces éléments, le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé que l'incapacité de travail de la recourante avait été totale du 31 octobre 2011 au 21 décembre 2011, nulle du 22 décembre 2011 au 20 janvier 2012 et de 50% du 21 janvier 2012 au 31 décembre 2012. Elle avait recouvré une pleine capacité de travail depuis janvier 2013.

Ont été au surplus versés au dossier médical de l'assurée ceux constitués par l'Unité O. \_\_\_\_\_ et la CPEV. Il ressort des pièces de l'Unité O. \_\_\_\_\_ que le suivi a été assumé principalement par une infirmière de santé au travail, P. \_\_\_\_\_, et que la recourante n'a rencontré que sporadiquement des médecins adjoints au sein de la Policlinique N. \_\_\_\_\_. Nombreux comptes-rendus d'entretien sont relatés, tandis qu'un seul rapport médical, signé le 30 octobre 2012 par la Dresse S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a consigné notamment les éléments ci-dessous :

« [...] Cette patiente présente une fragilité psychologique de longue date, qui s'est péjorée dans un contexte de conflit familial, et de difficulté sur le lieu de travail. Depuis, l'état de santé n'est pas stabilisé, avec impossibilité de reprendre une activité professionnelle pour l'instant. A des difficultés à percevoir la réalité de ses difficultés, aurait envie de reprendre une activité ou de tester sa capacité de travail étant donné une légère amélioration actuellement de sa situation.

Je lui explique qu'en raison de son état de santé actuel, peu conseillé d'entreprendre la démarche de reprise d'activité. Nous proposons de re-solliciter l'AI, de voir ce qui pourrait lui être proposé et voir avec son psychiatre traitant, le Dr B. \_\_\_\_\_.

Possibilité de reprendre son activité à [...] semble nulle, questionnement quant à une reprise professionnelle tout court. [...] »

Quant aux pièces émanant du médecin-conseil de la CPEV, le Dr I.\_\_\_\_\_, il s'agit exclusivement de validations de l'incapacité de travail, sans commentaires particuliers.

**c)** En l'occurrence, il apparaît que le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ constitue le document le plus fouillé sur l'état de santé psychique de la recourante. Singulièrement, ce document remplit les réquisits jurisprudentiels rappelés supra sous considérant 8 pour se voir accorder pleine valeur probante. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a en effet procédé à des investigations extrêmement minutieuses de l'état de santé objectif de l'assurée, sans manquer de détailler les éléments pertinents de l'anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Il a en particulier opéré une analyse complète de l'ensemble des avis spécialisés émis \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_ le Dr B.\_\_\_\_\_. Il a par ailleurs discuté les diagnostics ressortant à son champ de compétences, retenus ou évoqués dans le cas de la recourante, avant de communiquer ses conclusions. Ces dernières, exemptes de contradictions, apparaissent dès lors convaincantes.

Les pièces du dossier de l'Unité O.\_\_\_\_\_ ne justifient pas de s'écarter du rapport du Dr L.\_\_\_\_\_. En effet, on peut observer que les comptes-rendus de consultation, en sus d'être extrêmement succincts, font surtout état des doléances de l'assurée et que leurs auteurs appuient en général leurs conclusions uniquement sur l'appréciation du Dr B.\_\_\_\_\_.

Quant au rapport de la Dresse S.\_\_\_\_\_, on ne saurait en déduire une estimation motivée de l'incapacité de travail de l'assurée. La spécialiste de l'Unité O.\_\_\_\_\_ s'est exprimée relativement à l'activité exercée à [...] qui lui semblait déconseillée, alors qu'une évaluation par l'OAI était expressément préconisée. On ne voit dès lors pas qu'à la date de son rapport la Dresse S.\_\_\_\_\_ ait exclu une capacité de travail dans la mesure fixée par le Dr L.\_\_\_\_\_. On rappellera enfin plus généralement que le but des consultations auprès de l'Unité O.\_\_\_\_\_ est l'évaluation de l'état de santé en lien avec le poste précédemment occupé, les critères

d'appréciation de la capacité de travail divergeant ainsi sensiblement de ceux prévalant en matière d'assurance-invalidité.

S'agissant des avis communiqués par le Dr I. \_\_\_\_\_ à la CPEV, il n'y a manifestement pas lieu de s'y attarder, ceux-ci ne remplissant à l'évidence pas les exigences minimales afférentes aux rapports médicaux.

Eu égard enfin aux rapports rédigés par le Dr B. \_\_\_\_\_, ils ne sont pas davantage susceptibles de faire douter des conclusions du Dr L. \_\_\_\_\_. On observe en effet sur le plan diagnostique que ces praticiens convergent pour retenir principalement une dysthymie, même si l'impact de cette atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assurée a été évalué différemment. Quant à l'état dépressif, le Dr B. \_\_\_\_\_ a lui-même observé une régression des symptômes d'une telle affection au gré de ses différents rapports à l'OAI. Il a fait état de l'abandon de la médication antidépressive, ainsi que d'une prise en charge espacée à hauteur « d'un rendez-vous par mois, voire plus, si la patiente ne présente de nouvelles exacerbations anxio-dépressives » (cf. rapport du 10 juillet 2013, p. 2). Le Dr L. \_\_\_\_\_ a par ailleurs exclu un trouble de la personnalité qui affecterait l'assurée sur la base de son anamnèse, le Dr B. \_\_\_\_\_ n'ayant pas été en mesure de préciser la nature exacte d'un tel trouble.

En termes de capacité de travail, le Dr L. \_\_\_\_\_ s'est dans un premier temps rallié aux explications fournies par le psychiatre traitant en admettant une capacité de travail restreinte. Il a ensuite exposé de manière convaincante que la recourante était en mesure de travailler à plein temps dès janvier 2013. En revanche, l'appréciation de la capacité de travail effectuée par le Dr B. \_\_\_\_\_ se réfère uniquement au poste occupé dans l'enseignement, tandis que ce spécialiste s'est limité à relayer les propos de sa patiente s'agissant d'une activité adaptée (cf. rapport du 14 février 2013, p. 2). L'incapacité de travail, telle que fixée dans le rapport du 10 juillet 2013, repose au demeurant sur des questionnaires d'auto-évaluation complétés par l'assurée elle-même.

Partant, les évaluations communiquées en 2013 par le Dr B.\_\_\_\_\_ ne peuvent être suivies, en l'absence de motivation objective.

En définitive, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_ de sorte que la capacité de travail de la recourante doit être considérée comme nulle du 31 octobre 2011 au 21 décembre 2011, à hauteur de 50% du 21 janvier 2012 au 31 décembre 2012 et entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

**10.** En application de la méthode mixte d'invalidité conformément à l'art. 28a al. 3 LAI, le degré d'invalidité de la recourante peut en définitive être détaillé comme suit, à l'issue du délai de carence d'un an échéant le 31 octobre 2012 :

Sphère d'activité	Temps consacré en %	Empêchement en %	Invalidité en %
Activité lucrative	64,28%	50%	32,14%
Activité ménagère	35,72%	0%	0%
<b>TOTAL = taux d'invalidité global</b>			<b>32,14%</b>

On ajoutera que s'il se justifiait de prendre en compte un statut mixte, dont 70% seraient dévolus à l'exercice d'une activité lucrative, le taux d'invalidité ascenderait au maximum à 35% compte tenu de la capacité résiduelle de travail.

En dernier lieu, on retiendra, à l'instar de l'intimé, que le degré d'invalidité de la recourante est nul dès janvier 2013, en l'absence de toute incapacité de travail dès cette date.

**11.** Sur le vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a nié le droit de l'assurée à une rente de l'assurance-invalidité. Le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue par l'intimé le 9 avril 2015.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge de la recourante qui succombe.

**b)** En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne saurait prétendre des dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 9 avril 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Marie Signori, à Lausanne (pour A. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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

La greffière :