

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 août 2017

---

Composition : Mme THALMANN, présidente  
Mmes Di Ferro Demierre et Dessaux, juges  
Greffière : Mme Chapuisat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.V.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Kathrin Gruber,  
avocate à Vevey,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16 et 17 LPGA ; art. 4, 28 et 29 al. 1 LAI ; art. 88a RAI**

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

**A.** A.V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en [...], sans formation professionnelle, est mariée et mère d'un fils né en 2005 souffrant d'un grave autisme le rendant totalement dépendant. Elle a travaillé en tant qu'ouvrière de fabrication à 100 % auprès de la société M. \_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur), du 1<sup>er</sup> septembre 2006 au 31 mai 2013, date de son licenciement.

Il ressort du formulaire de détection précoce déposé le 5 mars 2013 par G. \_\_\_\_\_, assurance perte de gain de l'employeur (ci-après : l'assurance) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud

(ci-après : l'OAI ou l'intimé), que l'assurée est totalement incapable de travailler depuis le 6 septembre 2012.

Dans le cadre de l'intervention précoce, l'assurée s'est rendue à un entretien le 8 avril 2013 dans les locaux de l'OAI. On extrait notamment ce qui suit du rapport initial de détection précoce :

### **"2. Préambule, analyse de la demande**

#### *Anamnèse et informations complémentaires de l'assuré*

L'assurée indique qu'elle est actuellement très mal, qu'elle n'arrive pas à envisager de reprendre un travail au vu de son état de santé et que la garde de son fils autiste lui pèse sur son moral. Son mari est également à l'AI avec un droit à la rente.

### **3. Descriptif de la situation**

#### **Situation de santé**

**Atteinte à la santé :** tendinite à la main droite et gauche (actuellement la main droite est douloureuse et la main gauche va mieux)

**Détails de l'IT et antécédents :** L'assurée est ouvrière de fabrication. Elle indique que son activité est tellement pénible qu'elle a attrapé une tendinite à chaque main. Elle précise que son but est de guérir et ensuite de reprendre un emploi. Lorsque nous l'informons sur le principe de la réadaptation l'assurée se met à pleurer en nous expliquant qu'elle n'arrive pas à travailler ou suivre une mesure, tout au moins pour l'heure.

Actuellement, les douleurs sont constantes, elle a par exemple de la peine à s'habiller, faire le ménage, etc. Avant avait des douleurs à la main gauche. Nous lui parlons d'un stage d'observation, l'assurée indique que pour l'heure étant donné qu'elle s'occupe de son enfant autiste il est difficile de participer à une telle mesure. N'arrive pas à dormir. Après discussion il apparaît clairement que l'assurée a une charge émotionnelle trop importante et qu'elle n'arrive plus à assumer. Néanmoins aucun suivi médical à ce sujet."

Par courrier du 9 avril 2013, l'OAI a fait savoir à l'assurée que le dépôt d'une demande de prestations AI était indiqué et lui a octroyé un délai de 20 jours pour ce faire.

L'assurée a déposé une demande de prestations AI le 6 mai 2013, indiquant souffrir d'arthralgies des poignets et des doigts et d'un état anxio-dépressif réactionnel depuis septembre 2012.

Le 28 mai 2013, l'assurance a transmis le dossier de l'assurée à l'OAI, dans lequel figurent notamment :

- une attestation signée le 12 novembre 2012 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, posant le diagnostic de tunnel carpien droit et de kyste arthrosynovial de l'articulation entre pisiforme et triquetrum droit depuis environ un an et précisant que l'évolution est défavorable sous différentes thérapies ;
- un rapport du 25 septembre 2012 du Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dont on extrait notamment ce qui suit :

**"Evaluation du cas :**

Sur le plan EMG, il existe pour le nerf médian au poignet D une latence motrice distale et une vitesse de conduction sensitive distale s'approchant de la limite de la norme sans microvoltage de l'amplitude du potentiel d'action moteur ou sensitif. L'examen est normal à G. Du point de vue EMG, il existe donc un syndrome du tunnel carpien D tout-à-fait minime qui n'explique de loin pas les symptômes mécaniques et qui ne devrait pas à mon avis requérir à ce stade une approche chirurgicale."

- un rapport du 3 octobre 2012 du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, attestant des rapports articulaires conservés et l'absence

de lésion osseuse et de calcification péri-articulaire et concluant que la radiographie du poignet droit est dans les limites de la norme ;

- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du 26 octobre 2012 du Dr C.\_\_\_\_\_ concluant à un kyste arthrosynovial au niveau de l'articulation ;
- un rapport du 14 décembre 2012 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, indiquant que les douleurs de l'assurée persistaient, cette dernière étant à peine touchable et que le poignet ne pouvait être mobilisé sans qu'elle ne ressente d'intenses douleurs et précisant qu'aucune maladie inflammatoire du poignet n'avait pu être mise en évidence et qu'il était éventuellement possible qu'un des facteurs des douleurs soit éventuellement le kyste ;
- un rapport du 20 décembre 2012 émanant de la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, posant les diagnostics d'arthralgies du poignet droit persistantes d'origine peu claire, de kyste arthro-synovial du poignet droit et de suspicion de neuropathie du nerf cubital au coude droit et dont la rubrique « Appréciation » a la teneur suivante :

" A.V.\_\_\_\_\_ souffre depuis 2010 de douleurs des poignets prédominant à D, d'origine peu claire.

La symptomatologie douloureuse est d'horaire mixte avec une raideur matinale mais une prédominance diurne. L'examen clinique ne démontre aucune synovite mais des douleurs à la palpation en regard des deux poignets prédominant à D et prédominant sur le versant cubital de l'articulation, sans synovite nette.

Le bilan biologique du 11 décembre 2012 n'a pas démontré de syndrome inflammatoire, et les tests rhumatismaux sont négatifs. Quant au bilan radiographique des mains de face, il n'a pas démontré d'anomalie, notamment ni érosion, ni élément pour une chondrocalcinose. De discrètes altérations dégénératives sont présentes, en regard des articulations trapézo-métacarpiennes ddc et des MCP I ddc.

L'IRM réalisée le 26.10.2012 n'a démontré qu'un petit kyste arthrosynovial localisé au versant cubital de l'articulation, sans synovite nette, tout en relevant que l'examen n'a pas comporté d'injection de contraste. L'anamnèse et l'examen clinique évoquent aujourd'hui

une neuropathie du nerf cubital au coude, qui n'a pas été évaluée de manière spécifique par le Dr R. \_\_\_\_\_ en septembre 2012. Celui-ci s'est concentré sur le syndrome du tunnel carpien, diagnostic qu'il a retenu, tout en précisant que le syndrome du tunnel carpien est minime et qui justifie un traitement conservateur avec port d'attelle de repos nocturne [...]."

- un rapport médical de la Dresse W. \_\_\_\_\_ du 19 février 2013, posant le diagnostic d'arthralgie des poignets et des doigts d'origine indéterminée et précisant qu'il n'y avait toujours aucune tuméfaction articulaire ni synovite à la palpation, raison pour laquelle le diagnostic de rhumatisme inflammatoire était exclu, la Dresse W. \_\_\_\_\_ mentionnant n'avoir guère d'explication pour les douleurs du poignet ;
- un rapport du 27 mars 2013 émanant du Dr R. \_\_\_\_\_, attestant que l'EMG [électromyogramme] du nerf cubital au coude et au poignet était normal des deux côtés et excluant la présence d'un syndrome du tunnel carpien droite ;
- un rapport du 23 avril 2013 du Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil de l'assurance, adressé au Dr Z. \_\_\_\_\_, constatant l'absence d'un substrat anatomique significatif permettant de comprendre les manifestations douloureuses au niveau de poignets et précisant, après un bilan clinique et radiologique extensif, que la capacité de travail dans une activité adaptée est totale et recommandant à l'assurance de tenir compte d'une capacité de travail de 100 % dès le 1er juin 2013, date à partir de laquelle l'assurée sera sans emploi.

Dans un rapport médical adressé à l'OAI le 31 mai 2013, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et avec syndrome somatique (F 32.11) depuis septembre 2012 et précisé que l'assurée était effondrée depuis que son fils unique avait été diagnostiqué autiste en 2008, soulignant que le pronostic était dépendant de l'aide qui pourrait être apportée au fils. Il a indiqué que l'assurée était en incapacité totale de travailler selon le Dr Z. \_\_\_\_\_ dès le 6 septembre 2012. Il a

retenu quant à lui une incapacité de travail totale depuis le 30 avril 2013, date de sa première consultation, à 2015 en tout cas. Sous la rubrique « énumération des restrictions physiques, mentale ou psychiques existantes », le Dr X. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'intéressée s'occupait à 100 % de son fils autiste et qu'elle était épuisée et désespérée, précisant que d'un point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible.

Dans un rapport médical à l'adresse de l'OAI daté du 5 juin 2013, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arthralgies du poignet droit persistantes d'origine indéterminée et d'état anxio-dépressif réactionnel, épisode actuel moyen à sévère depuis 2011, précisant que l'état de santé était stationnaire et a retenu une incapacité de travail totale de durée indéterminée depuis le 6 septembre 2012. Il a précisé que l'activité exercée n'était plus exigible, que les restrictions pouvaient être réduites par des activités adaptées, sans solliciter de mouvements répétitifs des poignets et sans port de charges lourdes, mais qu'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail.

Dans son rapport du 4 novembre 2013, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était stationnaire sur le plan somatique, qu'elle disposait sur ce plan d'une capacité de travail, précisant que dans une activité adaptée, soit sans solliciter des mouvements répétitifs des poignets et sans port de charge lourde, sa capacité de travail exigible serait de 60 %, en raison de la persistance des douleurs aux poignets. Pour le volet psychiatrique, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée était toujours suivie par le Dr X. \_\_\_\_\_.

Le 8 novembre 2013, le Dr X. \_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et qu'elle ne disposait pas de capacité de travail, renvoyant pour l'essentiel à son rapport du 31 mai 2013.

Suite au mandat d'expertise de l'OAI, l'assurée a été convoquée pour une expertise psychiatrique le 3 février 2015 chez le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par courrier du 12 février 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_ a interpellé le Dr X.\_\_\_\_\_ comme suit :

"[...] Le Dr. Z.\_\_\_\_\_ généraliste FMH à [...] a introduit en raison de douleurs récurrentes aux poignets et au niveau lombaire bas du Saroten 50 mg/jour et du Lyrica 2x25 mg/j.

Dans vos différents rapports, notamment celui du 31.05.2013, vous reprenez le diagnostic : d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, avec symptômes somatiques. Vous maintenez à nouveau ce diagnostic dans votre rapport intermédiaire du 08.11.2013 avec un état jugé comme stationnaire : vous précisez psychothérapie de soutien + Saroten 50 mg/j. Hors vous n'êtes pas sans savoir, que le Saroten à 50 mg par jour est prescrit essentiellement à visée antalgique, et que le Lyrica 2x50 mg/j est insuffisant pour avoir un impact significatif sur l'anxiété.

Je serai heureux de vous entendre afin de connaître pour quelles raisons vous n'avez jamais jugé utile d'introduire un traitement antidépresseur ceci malgré le diagnostic que vous reprenez. J'y vois là une grande contradiction [...]."

Le 26 février 2015, le Dr X.\_\_\_\_\_ lui a répondu en particulier ce qui suit (sic) :

"Vos lignes du 12.02.2015 me sont bien parvenues. Je pense que vous avez pris la mesure de l'intensité du travail quotidien que Madame A.V.\_\_\_\_\_ a déployé avec C.V.\_\_\_\_\_ né le 15.10.2005, son fils autiste qui, à son âge de bientôt 10 ans, fait toujours caca sur lui.

Vous êtes au courant je pense également, du fait de votre habitude de faire des anamnèses bien fouillées, du fait que le mari de Madame A.V.\_\_\_\_\_, Monsieur B.V.\_\_\_\_\_, a des problèmes graves de vue, une maladie qui s'appelle

Madame A.V.\_\_\_\_\_ traverse, depuis la naissance de son fils, le paradoxe d'être une femme et une mère pleine d'énergie et d'amour pour son fils et son mari et de s'épuiser à soigner ce fils autiste sans pouvoir se déterminer elle-même ensuite à essayer d'influencer son mari à obtenir une aide, par exemple par le placement de ce fils dans une institution. L'idée-même du placement est inconcevable pour le père.

L'état dépressif sévère permanent correspond à un épuisement face à l'intensité de la charge réelle, quotidienne que Madame

A.V. \_\_\_\_\_ a à assumer par rapport à son fils et aux difficultés que son maintien à la maison présentent.

Certes, je pourrais imaginer de prescrire à ma patiente dès aujourd'hui le 26 février, du Fluoxetin 20 mg le matin, un comprimé par jour, mais franchement, la situation de vie étant ce qu'elle est, j'ai peu d'espoir que la médication anti-dépressive va jouer un rôle important dans le changement de l'état de cette patiente.

Par ailleurs, si un placement de ce fils pouvait se réaliser, alors Madame, après une période de deuil de séparation, pourrait probablement récupérer petit à petit ses forces et serait certainement apte à reprendre et à se réinvestir dans une activité de travail.

Voilà pour mon appréciation. C'est une situation d'avantage liée au contexte familial et à la lourdeur du cas clinique de ce fils autiste et qui ne nécessiterait pas absolument un traitement anti-dépressif.

Voilà cher collègue ma position. Libre à vous d'en conclure à votre guise."

Le rapport d'expertise psychiatrique du Dr F. \_\_\_\_\_ établi le 23 juillet 2015 avait notamment la teneur suivante :

## **"2. INDICATIONS SUBJECTIVES DE L'ASSURE(E)**

### **2.1 PLAINTES SUBJECTIVES DE L'ASSURÉ(E)**

A.V. \_\_\_\_\_ se sent fatiguée, dort mal. Elle mentionne les soucis liés à son fils.

### **2.2 FONCTIONNEMENT PSYCHOSOCIAL DE L'ASSURÉ(E) (HORS PROFESSIONNEL)**

A.V. \_\_\_\_\_ se lève le matin en général vers les huit heures. Elle s'occupe de préparer son fils qui part à 08h45 avec un bus pour se rendre à LA FONDATION S. \_\_\_\_\_. L'assurée s'occupe ensuite du ménage qui est relativement conséquent ainsi que de préparer les repas et faire les commissions avec son mari, puis, après elle range. Ensuite, elle lit et regarde la télévision, elle fait parfois une sieste. Leur fils rentre à 16h00, elle doit s'occuper de lui, de le changer, elle joue un peu avec lui et prépare le souper. Puis, l'assurée regarde un peu la télévision, se couche vers 22h00-23h00.

A.V. \_\_\_\_\_ déclare être limitée, d'une part en dehors de ses douleurs aux poignets d'un manque de motivation et elle déclare : *"je dois beaucoup faire pour mon fils, j'ai de la peine, je dois tout faire"*.

[...]

### **3.2 EXAMEN CLINIQUE DU 03.02.2015**

A.V.\_\_\_\_\_ se présente de façon ponctuelle au rendez-vous. Nous avons contrôlé sa carte d'identité. Il s'agit d'une femme de très petite taille, présentant un embonpoint ; le visage est peu expressif.

Elle pleure néanmoins à plusieurs reprises lorsqu'elle évoque les problèmes d'autisme de son fils. L'assurée est tout à fait courtoise.

Nous ne relevons pas de foetor éthylique, elle est vigile, orientée dans les 3 modes. L'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. A.V.\_\_\_\_\_ s'exprime avec précision. Elle peut reconstituer son parcours personnel sans aucune difficulté. Il n'y a pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation. Jugement et raisonnement sont conservés.

Le tableau clinique est dominé par un sentiment de désespoir face à une existence qui est perçue comme un échec, elle nous dit : "*il n'est pas comme les autres*".

A.V.\_\_\_\_\_ manque d'envie, ainsi qu'une légère perte de plaisir dans plusieurs activités quotidiennes et la restriction du champ social. Actuellement, il n'y a pas de suicidalité, elle a évoquée en 2001 : "*mais mon fils a besoin de moi*".

Avec son traitement actuel, A.V.\_\_\_\_\_ a souvent des difficultés d'endormissement, en raison d'une hyperactivité cérébrale, des réveils fréquents en milieu de nuit.

L'appétit est plutôt augmenté. A.V.\_\_\_\_\_ a pris treize kilos depuis 2011, elle a passé de 54 à 70 kilos pour 1,52 m (BMI 30.29 kg/m<sup>2</sup>).

A.V.\_\_\_\_\_ se sent assez calme et pourrait être facilement angoissée face à certaines situations.

Du point de vue anxieux il n'y a pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique tels que définis par le DSM IV. A.V.\_\_\_\_\_ ne souffre pas de phobie simple, de claustrophobie, de phobie sociale, de phobie du sang, d'un trouble obsessionnel compulsif. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique.

Pas de notion d'abus ou de dépendance éthylique, pas de tabagisme, ni prise de substance illicite annoncée.

Au niveau somatique, A.V.\_\_\_\_\_ annonce des douleurs aux deux poignets ainsi qu'à la jambe gauche.

### **3.3 PERSONNALITE :**

Rien n'indique que A.V.\_\_\_\_\_ présente de trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale.

## **4. DIAGNOSTICS**

**4.1.0 DIAGNOSTICS SELON LE DSM-IV-TR** [Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux ; texte révisé ; 4ème édition. Masson, Paris 2003]

Axe I	Episode dépressif majeur récurrent, actuellement de gravité <u>légère</u> à moyenne
Axe II	Nihil
Axe III*	cf. spécialiste concerné
Axe IV	Difficultés professionnelles ; enfant autiste (autre ?)

\* L'axe III (pathologie somatique) est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre.

#### **4.1.1. DIAGNOSTICS AYANT UNE REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

- Episode dépressif majeur récurrent, actuellement de gravité légère à moyenne.

#### **4.1.2 DIAGNOSTICS SANS REPERCUSSION SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

- ---

### **5. DISCUSSION**

[...]

#### **5.2 APPRECIATION DIAGNOSTIQUE**

##### Dépression

[...]

Dans le cas présent et au terme de l'évaluation, l'expert retient essentiellement l'hypothèse d'un épisode dépressif. Actuellement, nous retrouvons les trois symptômes d'un épisode dépressif à savoir, une tristesse, une diminution de l'intérêt et du plaisir ainsi qu'une certaine fatigue présente la plupart du temps tous les jours. Il n'y a pas d'idées suicidaires scénarisées, on retient une certaine culpabilité et de légers troubles du sommeil ainsi qu'une certaine anxiété réactionnelle face à certains stress. Les plaintes de A.V.\_\_\_\_\_ ne sont pas en discordance avec cette présentation. Le tableau clinique est bien celui d'un état dépressif que l'on peut qualifier de léger à moyen, selon le CIM-10 sur ce point. Ce degré de gravité est d'ailleurs corroboré par le score de l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton du 03.02.2015.

La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive et un trouble bipolaire peut être écarté. On peut probablement évoquer un épisode dépressif réactionnel entre 2001 et 2002, par conséquent la récurrence peut être retenue. Rappelons néanmoins, que cette symptomatologie dépressive est présente sans qu'aucun traitement antidépresseur n'ait été introduit depuis avril 2013 !

Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique et les douleurs au poignet droit ne paraissent guère incapacitante[s] si l'on considère son fonctionnement et les activités que A.V.\_\_\_\_\_ réalise en particulier

notamment pour toutes les tâches domestiques et les soins relatifs à son fils.

Nous n'avons pas d'argument non plus pour un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale.

### **5.3 APPRECIATION DE LA CAPACITE DE TRAVAIL SUR LE PLAN DE LA MEDECINE DES ASSURANCES**

Au terme de notre évaluation, on retient le diagnostic **d'épisode dépressif majeur récurrent, épisode** actuellement **léger à moyen.**

Relier à un trouble dépressif une incapacité de travail est un exercice souvent difficile. Une ligne de conduite est d'assimiler un épisode dépressif sévère à une incapacité de travail et de récuser cette dernière lorsque l'on est en face d'un épisode que l'on peut qualifier de léger. La discussion reste ouverte dans le cadre des épisodes dits moyens.

Si dans les règles, il est fréquent d'attester d'un arrêt de travail au début de la prise en charge d'une dépression ou d'un état d'angoisse, car la dispense professionnelle peut soulager un état d'épuisement et donner du temps pour que le traitement devienne efficace, il faut notamment se méfier à long terme des conséquences néfastes de l'inactivité.

Lorsqu'une maladie devient chronique, il faut souvent ne pas hésiter à reprogrammer une reprise du travail même si le trouble psychique n'est pas totalement guéri. Bien entendu, pour les dépressions sévères, l'incapacité de travail perdure ce qui n'est pas le cas de A.V.\_\_\_\_\_. En effet, les symptômes anxiodépressifs sont modérés et dans les faits, on ne constate que peu de répercussion objective sur ses activités quotidiennes. A.V.\_\_\_\_\_ paraît un peu passive et plaintive ; il semble peut-être aussi exister des facteurs qui sortent du champ médical et qui semblent jouer un rôle dans son comportement d'invalidé qu'il s'agit aussi de combattre. A.V.\_\_\_\_\_ est encore jeune, et l'éloignement indéfini du monde du travail risque de l'amener à une impasse.

[...]

S'agissant de son fonctionnement quotidien, on s'aperçoit qu'elle est très sollicitée pour s'occuper de son fils, gérer le ménage et son linge qui est relativement conséquent et préparer les repas. De même, que faire les commissions avec son époux qui paraît relativement passif, et qu'elle a les capacités de lire de regarder la télévision et faire parfois une sieste.

Antérieurement à la décision de G.\_\_\_\_\_ de mettre un terme au versement de ses prestations le 26.04.2013, il n'y a aucun élément du dossier qui semble attester de l'existence d'une symptomatologie dépressive incapacitante. Comme nous l'avons déjà mentionné, si A.V.\_\_\_\_\_ présentait une symptomatologie dépressive sévère tout praticien expérimenté aurait dû l'observer et le mentionner dans un rapport à disposition dans le dossier, ce qui n'a jamais été le cas.

Comme le recommande le simple bon sens, la réalisation de toutes ses activités quotidiennes va à l'encontre de l'existence d'une symptomatologie dépressive sévère telle que la mentionne le Dr X.\_\_\_\_\_. A.V.\_\_\_\_\_ est capable de s'astreindre à toutes les tâches relatives à son quotidien et surtout à l'égard de son fils.

En d'autres termes, au vu de ce qui précède, rien ne devrait contre-indiquer à ce qu'elle puisse réaliser une activité professionnelle peu qualifiée et répétitive, sans grande responsabilité, telle qu'elle le pratiquait auparavant.

Il est difficile de se forger une opinion avec le rapport du Dr X.\_\_\_\_\_ d'une part ; il est très sommaire et ne contient aucun élément objectif permettant de lui accorder une valeur probante, ceci d'autant plus qu'il existe une incohérence entre le diagnostic posé d'épisode dépressif sévère et l'absence d'introduction d'un traitement antidépresseur jusqu'à ce jour. Nous avons le sentiment qu'il faut surtout se fier à l'appréciation de son médecin de famille, le Dr Z.\_\_\_\_\_ et les éléments anamnestiques que nous avons pu obtenir.

Par la suite, on peut estimer comme le Dr Z.\_\_\_\_\_ que A.V.\_\_\_\_\_ possède une capacité de travail médico-théorique de 60 % dès le 01.04.2013. En l'absence d'élément probant en ce sens au plus tard le 01.01.2015 sa capacité de travail médico-théorique doit être considérée au minimum de 80 % dans une activité simple d'ouvrière d'usine.

La mise en route d'un traitement antidépresseur devrait permettre de consolider son état et d'augmenter dans un délai de six à huit semaines sa capacité de travail à 100 %. Aucune baisse de rendement ne me semble pouvoir être justifiée.

## **CAPACITÉ DE TRAVAIL**

Autrement dit, on constate, d'une part que les limitations somatiques sont peut-être très relatives, et qu'en d'autres termes, elles ne peuvent pas être considérées comme totalement incapacitantes dans une activité adaptée. Pour notre part, nous considérons - en concordance avec le Dr Z.\_\_\_\_\_ - que l'appréciation de la capacité de travail médico-théorique de A.V.\_\_\_\_\_ est de 60 % dans toute activité adaptée et ceci au plus tard dès le 01.04.2013 et à 80 % dès le 01.01.2015 au plus tard.

## **6. REPONSES AUX QUESTIONS**

### **B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL**

#### **1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés**

##### **Au plan physique**

Douleurs au poignet droit ; plus objectives si l'on considère son fonctionnement actuel chez une assurée qui assume toutes ses tâches domestiques ainsi que celles y relatives à l'hygiène de son fils

##### **Au plan psychique et mental**

Léger manque de motivation et d'entrain ; émotivité et ruminations

### **Au plan social**

Famille très repliée sur elle-même, cela a toujours été le cas

## **2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?**

### **2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?**

Capacité de travail à 60 % dès le 01.04.2013 et à 80 % le 01.01.2015 si l'assurée bénéficie d'une prise en charge adaptée, notamment avec l'introduction d'un antidépresseur léger de type SSRI

### **2.2. Description précise de la capacité résiduelle de travail**

60 % dès le 01.04.2013 et 80 % dès le 01.01.2015

### **2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?**

Oui à 60 % dès le 01.04.2013 et 80 % dès le 01.01.2015

### **2.4. Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Non

### **2.5. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?**

Du point de vue psychiatrique apparemment avril 2013.

### **2.6. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?**

Légèrement favorable par le cours actuel des choses en 2014

## **3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ?**

Si elle en a la motivation, ce qui reste à démontrer

## **C. INFLUENCES SUR LA READATPTION PROFESSIONNELLE**

### **1. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ?**

**Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :**

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

**Si non, pour quelles raisons ?**

Pas indiqué en l'absence de demande motivée en ce sens, rien ne contre-indique à ce que A.V.\_\_\_\_\_ ne reprenne une activité simple adaptée à ses compétences et à sa motivation

**2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?**

**2.1. Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)**

A.V.\_\_\_\_\_ n'a jamais bénéficié d'un traitement antidépresseur alors que le Dr X.\_\_\_\_\_ évoque un état dépressif majeur-sévère ce qui n'est pas la moindre des contradictions. La prescription d'un SSRI aurait dû probablement avoir lieu depuis longtemps. Il est susceptible de faire évoluer favorablement cette situation surtout en termes de qualité de vie pour cette assurée.

**2.2. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?**

Maintien de la capacité de travail

**3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?**

**3.1. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?**

Capacité de travail d'un point de vue psychiatrique complète, puis à 60 % dès le 01.04.2013 et à 80 % dès le 01.01.2015. Après la mise en route d'un traitement antidépresseur léger de type SSRI on pourrait espérer qu'au plus tard le 01.08.2015 sa capacité de travail soit entière

**3.2. Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?**

60 % dès le 01.04.2013 et 80 % dès le 01.01.2015

**3.3. Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Non

**3.4. Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?**

Sans objet."

Dans un rapport du 4 août 2015, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie auprès du Service Médical Régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu les diagnostics d'épisode dépressif majeur récurrent actuellement de gravité légère à moyenne (F33.10) et d'arthralgies des poignets prédominant à droite. Il a également indiqué que l'assurée était en incapacité de travail durable depuis le 6 septembre 2012, à 100 % de cette date au 30 mars 2013, puis incapable à 40 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2013. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a également indiqué que la capacité de travail exigible dans toute activité était de 80 %. Au nombre des limitations fonctionnelles, il a mentionné un abaissement de l'humeur et une sollicitation en force répétitive du poignet droit. Le rapport précité contient finalement les éléments suivants :

"[...]

L'atteinte à la santé s'articule autour de douleurs articulaires diffuses, centrées surtout sur le poignet droit (dominant) et d'un problème d'ordre psychiatrique.

Au plan locomoteur, de multiples investigations spécialisées (rhumatologie, neurologie, chirurgie de la main, radiologie interventionnelle) n'ont pas démontré de pathologie objective significative et c'est à juste titre que le médecin-conseil de G.\_\_\_\_\_, assurance APG, a admis le 23.04.2013 « *que la capacité de travail dans une activité raisonnablement exigible, c'est-à-dire adaptée à l'état de santé, est totale* » et qu'il a conseillé à ladite assurance de « *tenir compte d'une capacité de travail de 100 % dès le 01.06.2013* ».

En parallèle avec cette problématique douloureuse musculo-squelettique, s'installe une problématique d'ordre psychique dont les retombées fonctionnelles effectives étaient difficiles à apprécier sur la base du seul dossier, raison pour laquelle l'assurée a été expertisé[e] par les soins du Dr F.\_\_\_\_\_ (GED 23.07.2015). Cette expertise satisfait aux exigences de qualité imposées et ses conclusions bien fondées et argumentées méritent d'être suivies.

L'expert ne nie pas la souffrance de l'assurée en lien avec la maladie de son unique fils, mais il fait clairement apparaître pourquoi il considère le trouble dépressif comme moyen à léger, sans aggravation significative en dépit d'un traitement qu'il juge insuffisant, et compatible avec une CT de 60 % dans une activité adaptée physiquement jusqu'à fin 2014 et à 80 % dès janvier 2015.

Vu l'absence de qualifications de l'assurée il n'y a pas de mesures de réadaptation à proprement parler à envisager, les activités d'employée non qualifiée dans un hôtel ou dans l'industrie légère

étant adéquates pour autant que des mouvements répétitifs, exigeant de la force, sollicitant le poignet droit, dominant, soient évités."

Le 28 août 2015, le Dr X. \_\_\_\_\_ a rempli un questionnaire à l'attention de l'OAI, dans lequel il indiquait que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 30 avril 2013 en tout cas et qu'il n'existait aucune possibilité d'activité adaptée tant que le fils de l'intéressée serait à la maison à sa charge. Au nombre des limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical, le Dr X. \_\_\_\_\_ énumérait l'état dépressif, la fatigue, la tristesse, le manque de concentration ainsi que les soins continuels à son fils. Il a en outre précisé avoir mis l'assurée sous traitement anti-dépresseur depuis le 20 février 2015, sans aucun résultat.

Dans un avis du 21 mars 2016, le Dr H.\_\_\_\_\_ du SMR a fait état de ce qui suit :

"En rechignant à instaurer un traitement antidépresseur, car l'essentiel de la problématique serait liée aux circonstances de vie (certes pitoyables) de l'assurée, le Dr X.\_\_\_\_\_ accrédite l'incohérence que l'expert avait mise en évidence entre un diagnostic de soi-disant épisode dépressif sévère et l'absence d'introduction d'un traitement antidépresseur.

Il est clairement démontré par le Dr X.\_\_\_\_\_ que ce sont des facteurs en soi douloureux (maladies du fils unique et du mari) mais étrangers à l'AI qui freinent le retour de l'assurée à la vie professionnelle.

Par conséquent, même si [le] traitement de SSRI suggéré par l'expert F.\_\_\_\_\_ n'a pas été introduit, il n'y a rien qui contredise les conclusions du Rapport d'examen SMR du 04.08.2015 lui-même basé sur l'expertise incontestablement bien charpentée du Dr F.\_\_\_\_\_ du 23.07.2015."

Le 29 mars 2016, l'OAI a notifié à l'assurée son projet d'acceptation de rente limitée dans le temps, selon la motivation suivante :

**"Résultat de nos constatations :**

Par votre demande du 6 mai 2013, vous avez sollicité des prestations de l'assurance invalidité.

Selon les renseignements en notre possession, vous exercez l'activité professionnelle d'ouvrière à 100 % auprès de l'entreprise M.\_\_\_\_\_ SA à [...] du 1<sup>er</sup> septembre 2006 au 31 mai 2013.

En raison de votre atteinte à la santé, vous présentez une incapacité de travail sans interruption depuis le 6 septembre 2012. C'est à partir de cette date qu'est fixé le début du délai d'attente d'une année.

A réception des éléments médicaux requis, votre dossier a fait l'objet d'un examen par le Service Médical Régional. Face aux éléments discordants en notre possession, et afin de déterminer la capacité de travail encore exigible, une expertise psychiatrique est réalisée le 3 février 2015.

Il ressort de ce rapport d'expertise les incapacités de travail suivantes :

- 100 % du 6 septembre 2012 au 31 mars 2013
- 40 % du 1<sup>er</sup> avril 2013 au 31 décembre 2014
- 20 % du 1<sup>er</sup> janvier 2015 au 31 juillet 2015
- 0 % dès le 1<sup>er</sup> août 2015 au plus tard

A l'échéance du délai de carence, soit au 6 septembre 2013, vous disposez d'une capacité de travail de 60 % dans toute activité professionnelle. De ce fait, vous avez droit à un quart de rente.

Conformément à l'article 88a al. 1, RAI, précité, votre rente doit être supprimée trois mois après l'amélioration du 1<sup>er</sup> janvier 2015. En effet, un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne plus droit à une rente.

Cependant, votre demande déposée le 6 mai 2013 est tardive. Dès lors, les prestations précitées ne peuvent être versées qu'à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2013, soit six mois après le dépôt de la demande de prestations, selon l'article 29, alinéa 1 LAI.

**Notre décision est par conséquent la suivante :**

Vous avez droit à un[e] quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 40 % du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 31 mars 2015."

Par décision du 8 juin 2016, l'OAI a intégralement confirmé son projet du 29 mars 2016 et octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 31 mars 2015.

**B.** Par acte du 8 juillet 2016, A.V.\_\_\_\_\_, représentée par Me Kathrin Gruber, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013. Elle sollicite le bénéfice de l'assistance judiciaire et requiert à tout le moins un complément d'expertise de la part du Dr F.\_\_\_\_\_, visant à se prononcer sur la question de l'existence éventuelle d'un trouble somatoforme douloureux, sur celle de savoir si un traitement antidépresseur durant six mois lui restituerait sa capacité de travail, à expliquer les raisons pour lesquelles il retient une pleine capacité de travail malgré sa référence à l'avis du Dr Z.\_\_\_\_\_ et à se prononcer sur la capacité de travail actuelle de l'intéressée. La recourante conteste que sa demande de prestations de l'AI soit tardive, précisant qu'il y a lieu de retenir la date du 5 mars 2013 - correspondant à la demande de détection précoce - et non le 6 mai 2013. De ce fait, son droit aux prestations commence le 1<sup>er</sup> septembre 2013. Elle soutient qu'il appartenait à l'intimé de l'informer qu'elle devait déposer immédiatement sa demande de prestations à réception de sa demande de détection précoce. La recourante fait également valoir que la décision attaquée ne comporte pas

de motivation suffisante, ne précisant pas sur quels éléments médicaux elle se fonde pour conclure à une capacité de travail résiduelle de 60 % du 1<sup>er</sup> avril 2013 au 31 décembre 2014 et de 20 % au maximum dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Sur le fond, elle conteste la capacité de travail et le taux d'incapacité retenus.

Elle produit à l'appui de son recours :

- un certificat médical établi le 1<sup>er</sup> juillet 2016 par le Dr X.\_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante (sic) :

"[...] Le diagnostic que je retiens est celui d'un Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, F 33.11, selon le CIM-10.

Pour ma part, l'incapacité de travail est totale, à 100 %, en tout cas depuis 01.01.2015, d'où mes CM dans ce sens.

Il est toutefois clair pour moi et je l'ai dit et répété à A.V.\_\_\_\_\_, que j'estime qu'elle aurait une bonne capacité de travail théorique une fois son fils placé en institution et le deuil fait de ce placement. Cependant, à ce jour ce placement n'est pas envisageable, tant pour Mme que pour M A.V.\_\_\_\_\_, pour des raisons psychiques conscients et inconscients de loyauté envers leur fils unique et de leurs valeurs humaines. Les deux parents sont incapables, sur le plan psychique, de surpasser leurs sentiments subjectifs pour prendre la décision rationnelle qui s'imposerait face à cette situation, à savoir placer leur fils dans une situation pour pouvoir se reconstruire eux-mêmes. Au lieu de cela, ils se retrouvent dans un état dépressif chronique, en raison duquel ils sont totalement démunis et impuissants face à la situation paradoxale de leur vie de famille.

A.V.\_\_\_\_\_ est dans l'incapacité de surmonter ses problèmes familiaux, dépressifs et somatiques par elle-même et n'est dès lors pas non plus en mesure de s'adapter à un environnement professionnel.

[...]

Je rédige la présente pour attester que selon mon observation clinique, A.V.\_\_\_\_\_ vit dans le paradoxe de s'épuiser à porter toute la famille sur ses bras qui se fatiguent, sans qu'une solution d'aide se dégage, faute de placement en institution de leur fils unique.

A.V.\_\_\_\_\_ est persuadée qu'elle ne peut pas abandonner sa famille en pleine lutte de survie, tout comme un soldat épuisé ne peut pas abandonner ses camarades de front en pleine guerre, d'où son état dépressif chronique qui la rend incapable d'exercer une activité lucrative même à temps partiel" ;

- un certificat médical établi le 7 juillet 2016 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, dont on extrait notamment ce qui suit :

" A.V.\_\_\_\_\_ souffre de douleurs persistantes du poignet droit depuis 2011, péjorées depuis septembre 2012 et en incapacité de travail à 100 % comme employée d'une usine de cartonnage. Le traitement de Saroten à raison de 50mg/jour est introduit le 19.11.2012 dans le contexte d'un état dépressif et de douleurs persistantes aux poignets. A.V.\_\_\_\_\_ est d'ailleurs suivie par Dr X.\_\_\_\_\_, psychiatre depuis mai 2013 pour une dépression et le traitement de Saroten est toujours poursuivi."

Par décision du 12 juillet 2016, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 juillet 2016, dans la mesure d'une exonération des frais judiciaires et des avances de ceux-ci, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Gruber.

Dans sa réponse du 3 octobre 2016, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il relève que la recourante ne peut se prévaloir de la date de l'annonce de détection précoce, mais que c'est la date de la demande formelle pour l'obtention de prestations de l'Al qui doit être retenue, soulignant que la demande de détection précoce ne contenait pas d'indices suffisants permettant de penser que l'assurée allait déposer une demande de prestations. L'intimé fait en outre valoir que la décision entreprise est suffisamment motivée. S'agissant de l'expertise, il relève en substance qu'elle a valeur probante et que ses conclusions ont été suivies à juste titre s'agissant de la capacité de travail de la recourante.

Il produit un avis médical établi le 5 septembre 2016 par le SMR, selon lequel, d'une part, les reproches formulés par le conseil de la recourante quant à un prétendu manque de validité de l'instruction médicale du dossier en raison d'incohérences et de non prise en compte injustifiée des affirmations des médecins-traitants ne sont eux-mêmes pas fondés et, d'autre part, les rapports médicaux des Drs X.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ joints à l'acte de recours n'apportent pas d'éléments médicaux objectifs susceptibles de modifier les conclusions retenues jusqu'alors.

Par réplique du 26 octobre 2016, la recourante confirme ses conclusions. Elle allègue que l'intimé omet totalement de tenir compte de l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_ qui a conclu à une invalidité d'au moins 40 % sur le plan somatique, indépendamment des restrictions sur le plan psychique. Elle fait en outre valoir que les raisons pour lesquelles elle se trouve en état dépressif chronique n'ont aucune influence sur son droit à la rente si cet état dépressif ne peut être soigné, comme en l'espèce.

Elle produit un courrier du Dr Z. \_\_\_\_\_ daté du 27 octobre 2016, attestant qu'il n'y a pas de nouvel examen et que le tableau clinique demeure inchangé depuis son dernier rapport du 7 juillet 2016 et indiquant que dans une activité adaptée, sans port de charge lourde et sans mouvements répétitifs des poignets, sa capacité de travail est de 60 %.

Dans sa duplique du 15 novembre 2016, l'intimé persiste dans ses conclusions.

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

**1. a)** Sous réserve de dérogations expresses, 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 (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière sur le fond.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

**b)** Sur le fond, le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a octroyé à la recourante un quart de rente d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 31 mars 2015.

**c)** Il y a toutefois lieu d'examiner en premier lieu le grief d'ordre formel adressé par la recourante qui se plaint d'une violation du droit d'être entendu, au motif que la décision litigieuse aurait été insuffisamment motivée.

**3. a)** L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (*cf.* également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPG). Un tel droit implique notamment l'obligation pour l'autorité de motiver sa décision, afin que son destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle (ATF 133 I 270 consid. 3.1 ; ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; TF 1C\_308/2010 du 20 décembre 2010 consid. 3.1.2 non publié aux ATF 137 IV 25 ; également art. 49 al. 3 LPG). L'autorité n'a cependant pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties. Il suffit qu'elle mentionne, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (ATF 135 III 670 consid. 3.3.1 ; ATF 134 I 83 consid. 4.1 et ATF 133 III 439 consid. 3.3) ; l'autorité peut ainsi se limiter aux questions décisives (ATF 136 I 229 consid. 5.2 ; ATF 136 I 184 consid. 2.2.1 et ATF 135 V 65 consid. 2.6 et les références citées). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (ATF 133 III 439 consid. 3.3 et ATF 130 II 530 consid. 4.3). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la

motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 ; TF 2C\_818/2016 du 26 septembre 2016 consid. 5.1 ; TF 9C\_360/2014 du 14 octobre 2014 consid. 2.1 et TF 2C\_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1). En règle générale, l'étendue de l'obligation de motiver dépend de la complexité de l'affaire à juger, de la liberté d'appréciation dont jouit le juge et de la potentielle gravité des conséquences de sa décision (TF 8C\_762/2009 du 5 juillet 2010 consid. 2.2).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. La réparation de la violation du droit d'être entendu doit toutefois rester l'exception et n'est admissible que dans l'hypothèse d'une atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée qui n'est pas particulièrement grave. En revanche, si l'atteinte est importante, il n'est en général pas possible de remédier à la violation (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, même si la violation du droit d'être entendu est grave, une réparation de ce vice procédural devant une autorité de recours est également envisageable si le renvoi à l'autorité inférieure constituait une vaine formalité. L'allongement inutile de la procédure qui en découlerait est en effet incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.1 et 2.3.2 ; ATF 133 I 201 consid. 2.2 ; TF 6B\_33/2014 du 13 mars 2014 consid. 2).

**b)** En l'espèce, la motivation de la décision entreprise permet de comprendre les éléments qui ont été retenus et pourquoi ils l'ont été. En particulier, il ressort de ses considérants que pour apprécier la capacité de travail de la recourante, l'OAI s'est notamment fondé sur les avis médicaux établis par le SMR, lequel a pris position sur les arguments médicaux invoqués par la recourante. La décision indique en outre que l'OAI s'est basé sur l'expertise psychiatrique réalisée le 3 février 2015, dont les conclusions sont reprises s'agissant des incapacités de travail retenues. Elle mentionne les périodes temporelles qui doivent être prises en considération pour l'octroi du quart de rente pendant une durée

limitée. Elle explique également les raisons qui justifient le versement des prestations à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2013 seulement. Même si la motivation apparaît sommaire, le grief tiré de la violation des garanties de procédure de l'art. 29 Cst. doit être rejeté.

A titre superfétatoire, on ajoutera que même si une violation du droit d'être entendu avait été retenue, elle serait réparée, la recourante ayant pu produire toute pièce qu'elle estimait utile et s'exprimer de manière complète et circonstanciée lors des échanges d'écritures devant la Cour de céans.

**4. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 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)** L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être établie, 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). Un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 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 mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Toutefois, lorsque l'assuré 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\_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2 ; TF 9C\_947/2008 du 29 mai 2009 ; TF 8C\_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.5).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

**5. a)** La décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression (rente temporaire) correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3) et doit être examinée au regard

des conditions de cette disposition (ATF 125 V 413 consid. 2d ; voir également TF 9C\_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2).

L'art. 17 LPGA prévoit que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée (al. 1).

Toute changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

**b)** Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son activité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a durée trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est

déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29<sup>bis</sup> est toutefois applicable par analogie (al. 2).

**6. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge, en cas de recours, se base 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 mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C\_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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, 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et la référence citée).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 9C\_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Cela étant, un rapport médical ne saurait être écarté au seul motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2).

**c)** Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Toutefois, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; voir également TF 9C\_201/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3 ; TF 9C\_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3).

**7.** 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 fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG (art. 29 al. 1 LAI).

La recourante soutient que la date à prendre en considération comme point de départ du délai de six mois est celle du 5 mars 2013.

Toutefois, cette date est celle à laquelle l'assureur a communiqué le cas de l'assurée à l'office AI en vue d'une détection

précoce comme le prévoit l'art. 3b al. 1 LAI. Il ne s'agit pas d'une demande de prestations d'invalidité qui doit être déposée par l'assuré personnellement, mais d'une communication pouvant émaner d'un assuré comme d'une institution habilitée, dont le but est uniquement de prévenir l'invalidité de personnes en incapacité de travail. Cette communication ne saurait donc constituer le point de départ du délai de six mois prévu à l'art. 29 al. 1 LAI.

Dès que le contact est établi, l'office AI doit examiner le plus rapidement possible si son intervention est nécessaire afin de garder intactes les chances des personnes concernées de maintenir leur emploi, de reprendre un emploi ou une activité comparable ou de se réadapter aux travaux habituels. Juridiquement, la détection précoce comprend le laps de temps entre la communication selon l'art. 3b al. 1 LAI et la demande selon l'art. 3c al. 6 LAI. En effet, lorsqu'à l'issue de la détection précoce, l'office AI constate qu'il y a menace d'invalidité à défaut de prendre les mesures appropriées, il invite l'assuré à déposer une demande de prestations (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 1284 et 1285 p. 357 et les références citées).

C'est exactement la procédure suivie par l'OAI qui, après réception de la communication de l'assureur perte de gain, a fixé rendez-vous à l'assurée le 8 avril 2013 et l'a invitée le lendemain à déposer une demande de rente AI.

C'est ainsi à juste titre que l'OAI a retenu la date de la demande de prestations AI, soit le 6 mai 2013, comme point de départ du délai légal de six mois.

**8.** La recourante conteste la capacité de travail qui a été retenue par l'intimé dans la décision litigieuse.

**a)** Sur le plan somatique, la recourante, se fondant sur les différents rapports du Dr Z.\_\_\_\_\_, soutient que seule une capacité de

travail de 60 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles doit être reconnue, sans qu'une amélioration de ladite capacité ne puisse être retenue. Pour sa part, l'intimé considère que la capacité de travail de l'intéressée est de 80 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015 puis entière à compter du 1<sup>er</sup> août 2015 au plus tard.

On rappellera que le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin traitant, a, dans un premier temps retenu une incapacité de travail totale, mais précisé toutefois que les restrictions pouvaient être réduites par des activités adaptées ne sollicitant pas de mouvements répétitifs des poignets et sans port de charges lourdes (rapport du 5 juin 2013). Il a ensuite retenu que la persistance des douleurs aux poignets réduisait la capacité de travail de la recourante à 60 % dans une activité adaptée aux limitations précitées (rapports des 4 novembre 2013, 7 juillet 2016 et 27 octobre 2016).

Les conclusions du Dr Z.\_\_\_\_\_ ne sauraient être suivies dès lors qu'elles sont en contradiction avec celles émanant des nombreux spécialistes qui se sont penchés sur les atteintes algiques de la recourante, ainsi que le relève à juste titre le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 4 août 2015.

En effet, si les examens neurologiques ont dans un premier temps démontré qu'il n'existait qu'un syndrome du tunnel carpien tout à fait minime n'expliquant pas les symptômes mécaniques (rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 25 septembre 2012), ce diagnostic a finalement été exclu quelques mois plus tard (rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 27 mars 2013).

Les investigations radiologiques ont conclu à l'absence de lésion osseuse et mis en évidence la présence d'un kyste (rapports du Dr C.\_\_\_\_\_ des 3 et 26 octobre 2012), diagnostic qui a été confirmé par la spécialiste en rhumatologie, dont l'examen clinique a toutefois permis d'exclure le diagnostic de rhumatisme inflammatoire (rapports de la Dresse W.\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2012 et du 19 février 2013). L'absence de maladie inflammatoire a en outre été constatée par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main dans son rapport du 14 décembre 2012.

Il découle de ce qui précède qu'une absence de substrat anatomique significatif permettant de comprendre les manifestations douloureuses au niveau des poignets doit être retenue. Il apparaissait ainsi légitime pour l'intimé de retenir une amélioration de la capacité de travail de la recourante dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015, en se basant sur le rapport du Dr H.\_\_\_\_\_.

Cela est d'autant plus vrai que la recourante ne produit aucun document médical postérieur au 1<sup>er</sup> janvier 2015, autre que les avis de son médecin traitant des 7 juillet et 27 octobre 2016. Or, et comme le relève à juste titre le SMR, le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne fournit aucun status clinique à l'appui de son affirmation que l'incapacité de travail de l'assurée sur le plan somatique serait totale, ce praticien précisant même qu'il n'y a pas eu de nouvel examen (rapport du 27 octobre 2016).

Partant, c'est à bon droit que l'intimé a retenu une capacité de travail de 60 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2013 et de 80 % à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, soit une sollicitation en force répétitive du poignet droit.

**b)** Sur le plan psychique, la décision attaquée se fonde essentiellement sur le rapport d'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2015. La recourante conteste ce procédé et soutient que les avis des Drs X.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ doivent être suivis afin de lui reconnaître une incapacité de travail totale.

**aa)** Le rapport d'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ repose sur un examen personnel de la recourante, effectué le 3 février 2015, ainsi que sur les pièces médicales recueillies par l'OAI. Il récapitule l'anamnèse de la recourante, singulièrement l'anamnèse familiale, personnelle, sociale et professionnelle. Il expose en outre les plaintes et données objectives de l'intéressée. Puis, l'expert fait part de son diagnostic. Les atteintes sont ensuite largement discutées par l'expert, lequel ponctue son rapport en répondant aux questions soulevées par l'OAI essentiellement au sujet de

la capacité de travail de la recourante. A cet égard, le Dr F.\_\_\_\_\_ précise en particulier que la recourante conserve, sur le plan psychiatrique, une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle, sans diminution de rendement. Il expose de manière convaincante pour quels motifs il ne retient pas, contrairement au Dr X.\_\_\_\_\_, un trouble dépressif plus grave et plus incapacitant, qu'un trouble dépressif épisode actuel léger à moyen. Il met en exergue le fait que la recourante a pu continuer à faire face aux exigences de la vie quotidienne en soutenant son mari, lui-même au bénéfice d'une rente d'invalidité, ainsi que son fils souffrant de graves difficultés liées à son autisme. L'anamnèse ne permettait ainsi pas de constater d'épisode dépressif majeur chez une assurée qui continuait à poursuivre ses activités notamment ménagères malgré l'absence d'un traitement spécialisé ou de la prescription d'antidépresseurs par le Dr X.\_\_\_\_\_, depuis 2013. Le constat d'absence de gravité des symptômes anxieux et dépressifs présentés par la recourante est en outre corroboré par l'examen clinique auquel l'expert a procédé.

On soulignera également que l'expert assume la distance qu'il prend par rapport au psychiatre traitant, en la motivant par des arguments médicaux, le diagnostic d'épisode dépressif récurrent léger à moyen retenu par l'expert étant étayé par le status clinique et les tests objectifs nécessaires dont sont dépourvus les rapports du Dr X.\_\_\_\_\_, lequel concentre son propos sur une description globale du mal-être de la recourante et surtout de sa situation familiale.

**bb)** Il apparaît ainsi que l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2015 se fonde sur un examen clinique complet et détaillé de la recourante sur le plan psychiatrique tout en prenant en compte ses plaintes. Il contient en outre des conclusions motivées qui donne une appréciation claire et cohérente de sa situation médicale sur le plan psychiatrique, de sorte que le caractère probant sur rapport doit être admis.

Dans ce contexte et ainsi que le relève très justement le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son avis du 21 mars 2016, ni les rapports postérieurs du Dr X.\_\_\_\_\_, ni ceux du Dr Z.\_\_\_\_\_ ne justifient de réinterpeller l'expert ni de compléter l'expertise. L'avis du Dr X.\_\_\_\_\_ était déjà connu de l'expert et ses rapports sont succincts et peu motivés, de sorte qu'ils ne suffisent à remettre en cause l'expertise précitée.

Force est ainsi de constater que les rapports médicaux établis après la reddition de la décision entreprise ne sont pas non plus de nature à remettre en cause les conclusions de l'office intimé. En effet, dans son rapport médical du 7 juillet 2016, le Dr X.\_\_\_\_\_ se contente de répéter ce qu'il a déjà affirmé préalablement, c'est-à-dire que le cœur du problème de la recourante - et de son couple - réside dans leur décision de ne pas placer leur fils unique dans une institution spécialisée. Ainsi que le relève justement le SMR dans son avis du 5 septembre 2016, ce choix respectable est de nature privée et sort du champ de responsabilité de l'assurance.

Il n'existe au demeurant aucun élément au dossier qui viendrait corroborer l'existence d'un éventuel trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie à laquelle la recourante fait référence.

**cc)** Il apparaît ainsi que c'est à juste titre que l'office intimé a suivi les conclusions de l'expertise psychiatrique du 23 juillet 2015 s'agissant de la capacité de travail de la recourante et retenu une incapacité de travail de 100 % dès le 6 septembre 2012, 40 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2013 et 20 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

La mise en œuvre d'un complément d'instruction au plan médical, sous la forme d'une expertise ou d'un complément d'expertise, n'apparaît pas nécessaire en l'espèce, dès lors qu'un tel complément ne serait pas de nature à modifier les conclusions qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées).

**c)** Comme il l'a été démontré supra, l'OAI considère à juste titre que la recourante présente une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 6 septembre 2012 et que c'est à partir de cette date que commence à courir le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI. A l'échéance de ce délai, soit le 6 septembre 2013, la capacité de travail est de 60 %.

L'OAI estime que l'état de santé de la recourante s'est par la suite amélioré et qu'elle n'est plus qu'incapable de travailler à hauteur de 20 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015, ce taux étant insuffisant pour justifier l'octroi d'une rente d'invalidité même partielle. Comme il l'a été exposé supra consid. 6, c'est à bon droit que l'intimé a retenu une amélioration de l'état de santé de l'intéressée à compter de cette date.

Compte tenu de ce qui précède, la recourante a effectivement droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2013 et ce jusqu'au 31 mars 2015, soit trois mois après la date à partir de laquelle

elle a recouvré une capacité de travail suffisante (art. 88a al. 1 RAI). La décision querellée doit ainsi être confirmée ce point également.

**9. a)** Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue par l'OAI le 8 juin 2016.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure en matière de contestations portant sur l'octroi et le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

**c)** En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

S'agissant enfin du montant de l'indemnité du conseil d'office, Me Gruber a produit une liste des opérations par courrier du 30 août 2017, faisant état d'un total de dix heures de travail consacrées au dossier et de débours à hauteur de 50 francs. Contrôlées au regard de la procédure, ces opérations rentrent globalement dans le cadre d'un bon accomplissement du mandat. Il convient dès lors d'arrêter à 1'800 fr. l'indemnité de Me Gruber, correspondant à dix heures de travail à un tarif horaire de 180 fr., somme à laquelle s'ajoutent les débours par 50 fr. et la TVA au taux de 8 %. Cela représente un montant total de 1'998 fr. (1'800 fr. + 50 fr. + 148 fr.) pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Les frais judiciaires et la rémunération du conseil d'office sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ces montants dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 8 juin 2016 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 laissés à la charge de l'Etat.
  
- IV.** L'indemnité d'office de Me Kathrin Gruber est arrêtée à 1'998 fr. (mille neuf cent nonante-huit francs), TVA et débours compris.
  
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
  
- VI.** 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 à :

- Me Kathrin Gruber (pour A.V. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :