

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 novembre 2018

---

Composition : M. Neu, président  
Mme Dormond Béguelin et M. Küng, assesseurs  
Greffière : Mme Pellaton

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**W.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat pour Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 17 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1958, sans formation, agente d'entretien à 50 % chez L.\_\_\_\_\_ SA a déposé un formulaire de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 27 juin 2012. Selon ce formulaire, elle était en incapacité de travail totale depuis le 30 mai 2012 en raison de troubles dépressifs et de fibromyalgie et séjournait en hôpital psychiatrique (hospitalisation d'un mois). Sur invitation de l'OAI, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 26 septembre 2012, indiquant souffrir d'un état dépressif et de lombalgies chroniques depuis 2009.

Dans un rapport médical du 3 octobre 2012 à l'intention de l'OAI, la Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retenait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, de dysthymie, de trouble de la personnalité dépendante et de fibromyalgie. L'incapacité de travail était totale. L'assurée avait déjà séjourné en hôpital psychiatrique en 2010 (deux semaines environ en septembre). Le pronostic était mauvais en raison de l'importance des symptômes que l'assurée présentait. La Dresse G.\_\_\_\_\_ estimait qu'une réadaptation n'avait pas de sens et appuyait la demande d'une rente.

L'assurée a indiqué à l'OAI que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 70 % en tant que nettoyeuse (cf. formulaire de détermination du statut du 10 octobre 2012).

Dans un rapport du 6 novembre 2012, la Dresse R.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, retenait les diagnostics avec effets sur la capacité de travail d'état dépressif récurrent avec syndrome somatique existant depuis 2010, de discopathies L4 - L5 et L5 - S1 avec arthrose postérieure modérée diagnostiquée en juin 2011 et de bursite sous acromio-deltoïdienne gauche avec atrophie du muscle sus-épineux

en septembre 2012. L'incapacité de travail était totale selon elle depuis le 1<sup>er</sup> juin 2012. L'assurée pouvait exercer une petite activité sans sollicitation physique. Sa fatigabilité ainsi que ses difficultés de concentration limitaient son temps de travail à deux heures par jour au maximum.

Dans un rapport médical du 8 août 2013, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics qu'elle avait posés et précisé que l'état de sa patiente et sa capacité de travail ne s'étaient pas améliorés. L'assurée était aboulique, apragmatique, très déprimée, angoissée et insomniaque. Elle avait de la peine à supporter son état et présentait fréquemment des idées noires, voire de la difficulté à vouloir continuer à vivre.

Dans un rapport du 3 septembre 2013, la Dresse R. \_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics précédemment retenus, ajoutant ceux d'épigastalgies avec vomissements itératifs en cours d'investigation, de céphalées d'allure migraineuse, de protrusion discale C6 - C7 non compressive, de sténose des trous de conjugaison C4 à C7 gauche diagnostiquée et d'asymétrie de longueur des membres inférieurs de 6 mm en défaveur de la droite. L'incapacité de travail était toujours entière selon elle. Au vu de l'importance de l'état dépressif et des douleurs, l'assurée ne pouvait pas assurer une activité de deux heures par jour.

**b)** Au vu de ces éléments, l'OAI a jugé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, qu'il a confiée au Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et à la Dresse E. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR). Ces médecins ont examiné l'assurée les 27 août, 8 septembre et 4 décembre 2014 et rendu leur rapport le 4 décembre 2014. Ils ont retenu les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de rachialgies diffuses dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis M54 et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission, diagnostic anamnestique F32.11. Ils ont par ailleurs retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de fibromyalgie

M79.0, de status après bursite sous-acromio-deltaïdienne gauche, de discrets troubles statiques des pieds avec status après cure chirurgicale d'hallux valgus bilatérale, de syndrome d'apnée du sommeil appareillé, de syndrome des jambes sans repos traité, de céphalées d'allure migraineuse, d'hernie hiatale anamnestique, de discrète asymétrie de longueur des membres inférieurs de 6 mm en défaveur de la droite, d'obésité avec BMI à 31, d'hypothyroïdie substituée, d'hypertension artérielle traitée, de dysthymie (F34.1) et d'accentuation de certains traits de personnalité dépendants et anxieux (Z73.1). On extrait du rapport ce qui suit :

« APPRÉCIATION CONSENSUELLE DU CAS  
[...]

Actuellement, l'assurée se plaint toujours de douleurs diffuses prenant tout le corps. [...] En fait, les douleurs voyagent d'un endroit à l'autre. [...] La position assise serait limitée à 15 minutes et la position debout à 20 minutes par les lombalgies. Le périmètre de marche est limité à 1 heure par les diverses douleurs. Effectivement, l'assurée promène son petit chien tous les jours. L'assurée signale des réveils nocturnes, principalement en raison de la CPAP, qu'elle porte pour un syndrome d'apnées du sommeil. Parfois, elle est aussi réveillée par les douleurs. Elle présente un dérouillage matinal d'une heure. L'assurée ne se plaint pas de fourmillements ou de perte de sensibilité aux 4 membres. Elle signale cependant parfois des gonalgies à la pratique d'escaliers, surtout en descente. Ces gonalgies ne s'accompagnent pas de lâchages, de blocages ou d'épanchements des genoux. L'assurée signale, par ailleurs, une fatigue permanente à prédominance matinale et une intolérance aux bruits. Elle présente également de fréquentes céphalées, plutôt fronto-temporales, à caractère parfois pulsatile, s'accompagnant de nausées, de photophobie et de phonophobie. L'assurée dit qu'il s'agit de migraines.

Du point de vue des traitements, l'assurée fait actuellement de la physiothérapie à sec à raison d'une heure tous les 15 jours.  
[...]

A l'anamnèse systématique, relevons une dyspnée d'effort à 2 étages d'escaliers, l'absence de précordialgies, mais parfois des palpitations qui augmentent à l'angoisse. L'assurée signale beaucoup de brûlures d'estomac, une constipation et un poids stable depuis 1 année. [...] L'assurée signale également de[s] bouffées de chaleur et des transpirations importantes. L'assurée ferait beaucoup de cystites, mais ne présenterait actuellement pas de brûlures

urinaires ou d'odynurie. L'assurée signale, en plus des céphalées, des vertiges aux changements de positions.

Au status actuel, on est face à une assurée en bon état général, présentant une thymie triste, ralentie et présentant quelques troubles de mémoire à l'anamnèse. L'assurée est par ailleurs normocarde, normotendue. Elle présente une obésité avec un BMI à 31. L'auscultation cardiopulmonaire est normale. L'abdomen est souple, douloureux aux 2 fosses iliaques, sans défense ni détente. Il n'y a pas d'organomégalie ou de masse palpable.

Au status ostéoarticulaire et neurologique, pieds nus dans la salle d'examen, l'assurée déambule normalement, sans boiterie. La marche sur la pointe et sur le talon est possible. L'accroupissement est limité, il entraîne des lombalgies. Le relèvement se fait sans aide extérieure. Le reste du status neurologique est normal. Les épreuves de Lasègue sont notamment négatives ddc [des deux côtés], mais tout de même limitées à 70° ddc par un raccourcissement des muscles ischiojambiers et par des lombalgies.

Au plan rachidien, on note de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité lombaire est modérément diminuée. On note cependant des signes de non organicité selon Waddell sous forme de lombalgies à la pression axiale céphalique, à la rotation du tronc les ceintures bloquées, d'une certaine démonstrativité, l'assurée poussant notamment des cris aux latéoflexions cervicales et se touchant ostentatoirement le bas du dos. La mobilité cervicale est par contre satisfaisante. La mobilité des articulations périphériques est bien conservée. Seule la distance pouce - C7 est légèrement augmentée à droite par rapport au côté gauche. Cependant, les épreuves de périarthrite scapulo-humérale sont toutes négatives. Il n'y a, par ailleurs, pas de signes pour une arthropathie inflammatoire périphérique. On note, par ailleurs, un status après cure d'hallux valgus bilatéral avec de discrets troubles statiques des pieds sous forme d'une tendance aux avant-pieds plats transverses. L'assurée présente, par ailleurs, des douleurs à la palpation de tous les points typiques de la fibromyalgie, ce qui nous fait confirmer ce diagnostic.

Les examens radiologiques à notre disposition mettent en évidence de discrets troubles statiques du rachis et des troubles dégénératifs modérés du rachis cervical et lombaire. L'assurée présente, par ailleurs, une très discrète asymétrie de longueur en défaveur du membre inférieur droit de 6 mm et les articulations coxo-fémorales et sacro-iliaques sont normales. Une IRM de l'épaule gauche de septembre 2012 a mis en évidence une lame de liquide dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne, évoquant une bursite. Actuellement, cependant, les épreuves de périarthrite scapulo-humérale sont toutes négatives. Cette IRM a mis en évidence également une discrète atrophie de stade I du muscle sus-épineux,

mais sans infiltration adipeuse et sans lésion du tendon et du chef musculaire du sus-épineux ainsi que du petit rond. Cette IRM de l'épaule gauche s'est par ailleurs avérée normale.

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. [...] Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles, qui ne sont pas respectées dans l'activité de nettoyeuse. Ainsi, dans cette activité, la capacité de travail est nulle. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, il n'y a aucune indication biomécanique à attester une incapacité de travail et la capacité de travail est donc complète. A cet égard, il faut relever que la tolérance à la position assise, en cours d'entretien, a été bonne.

Sur le plan psychiatrique, notre assurée [...] présente des douleurs chroniques de longue date et développe une symptomatologie anxiodépressive réactionnelle, situation de crise qui aboutit à une hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique [...], où l'on retient les diagnostics : épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, accentuation de traits de personnalité dépendante.  
[...]

Notre examen clinique psychiatrique de ce jour n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble panique, de trouble obsessionnel compulsif, d'état de stress post-traumatique, de trouble dissociatifs, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de dysthymie, qui est une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent, léger ou moyen. La tristesse est fluctuante, avec des périodes de quelques jours ou quelques semaines pendant lesquelles l'assurée se sent mieux, mais la plupart du temps, elle se décrit comme fatiguée et déprimée. Tout lui coûte et rien ne lui est agréable. Cependant, l'assurée est tout à fait capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne et d'avoir une vie sociale. La dysthymie ne représente pas une pathologie psychiatrique à caractère incapacitant.

Le diagnostic d'accentuation de certains traits de personnalité dépendants et anxieux, ne justifie pas une diminution de la capacité de travail. L'assurée ne présente pas un trouble de la personnalité morbide qui correspond à un dysfonctionnement durable des conduites et de l'expérience vécue déviant de la norme et donnant

lieu à une altération du fonctionnement personnel social et à une souffrance significative. Or, notre assurée a toujours assumé ses responsabilités socio-professionnelles.

Le diagnostic de fibromyalgie objectivé par le Dr T. \_\_\_\_\_ [...] n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni d'état psychique cristallisé. Selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité ne sont pas réunis.

Suite à une amélioration de l'état de l'assurée, l'épisode dépressif moyen est en rémission et ne justifie plus une diminution de la capacité de travail [...].

A l'examen clinique du 4 décembre 2014 le status psychiatrique est superposable à celui du 8 septembre 2014.

En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, l'assurée souffre d'un diagnostic de dysthymie, et accentuation de certains traits de personnalité dépendants et anxieux, pathologie qui ne justifie pas une diminution de la capacité de travail, qui est de 100 % dans toute activité et ceci depuis le 08.09.14.

En dépit de cette amélioration, la réussite du programme de réinsertion est réservée en raison d'une importante démotivation de cette assurée qui se positionne dans un rôle d'invalidé, de victime mal comprise par le monde extérieur vécu comme menaçant.

#### Limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque.

[...]

#### Capacité de travail exigible

Dans l'activité habituelle : 0 % Comme femme de ménage

Dans une activité adaptée : 0 % Depuis le : 1.06.2012.  
100 % Depuis le 8.09.2014 »

L'OAI a considéré l'assurée comme une personne active à 70 % et ménagère à 30 % (cf. note interne de l'OAI du 17 février 2015). A

l'issue d'une enquête économique sur le ménage effectuée le 24 mars 2015, l'OAI a reconnu une invalidité dans la part ménagère de 8.8 %.

Le 1<sup>er</sup> juin 2015, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente dans le sens de l'octroi d'une rente limitée dans le temps, dont on extrait ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :

Depuis le 30 mai 2012 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Sans formation professionnelle, vous avez travaillé à temps partiel comme agent d'entretien auprès de L.\_\_\_\_\_ SA, et vous avez exercé également l'activité de femme de ménage auprès d'un privé. [...]

Sur le plan médical, et après un examen clinique rhumatologique et psychiatrique, il ressort que votre incapacité de travail est de 100 % dans vos activités habituelles en tant qu'agent d'entretien ou de femme de ménage.

Par contre dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles [...] une capacité de travail de 100 % peut être attendue de votre part depuis le 8 septembre 2014 (date de l'examen psychiatrique).

Votre degré d'invalidité se présente comme suit jusqu'au 8 septembre 2014 :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	70 %	100.0 %	70.00 %
Ménagère	30 %	8.8 %	2.64 %
Degré d'invalidité			72.64 %

Au vu de la capacité de travail de 100 % dès le 8 septembre 2014, il y a lieu de procéder à une approche théorique de gain, comme suit : [...]

Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est le suivant :

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas — comme c'est votre cas — repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques [...].

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, CHF 4'112.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA1 ; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'286.76 (CHF 4'112 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'441.12.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2014 (+ 0.70 % ; La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 51'801.21 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 70 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 36'260.85 par année.  
[...]

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 32'407.91.

Sans atteinte à la santé, si vous aviez pu poursuivre vos activités habituelles, vous auriez pu prétendre en 2014 à un salaire annuel de CHF 32'137.00 (source : rapports employeurs du 3.10.2012 et 5.11.2012 ainsi que votre compte individuel (CI)).

Compte tenu de ce qui précède, nous constatons que le revenu d'invalidé que vous pouvez raisonnablement prétendre est au moins aussi élevé que celui que vous avez réalisé avant votre atteinte à la santé.

Etant donné que votre capacité de travail est de 100 % dans une activité adaptée dès le 8 septembre 2014, le droit à la rente n'est donc plus ouvert, la rente sera supprimée au 31 décembre 2014, soit trois mois après l'amélioration de votre capacité de travail exigible (art. 88a, al. 1 RAI).

Notre décision est par conséquent la suivante :

A partir du 1<sup>er</sup> mai 2013, le droit à une rente entière d'invalidité (degré : 73 %) est ouvert jusqu'au 31 décembre 2014. »

L'assurée s'est opposée à la limitation dans le temps de l'octroi de la rente et a produit un rapport médical du 29 juin 2015 des Dresses G.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_. Selon elles, en dépit des traitements prodigués, l'état de santé psychique de l'assurée n'avait pas changé depuis leurs derniers rapports médicaux. Lors de toutes les consultations de 2014 et 2015, elle avait continué à présenter des signes dépressifs importants, s'ajoutant aux plaintes somatiques. Un réseau avait eu lieu l'après-midi même du jour où la Dresse E.\_\_\_\_\_ avait constaté pour la deuxième fois l'absence d'un état dépressif. Ce même jour, ainsi que lors de tous les rendez-vous qui avaient suivi jusqu'à la date de ce rapport, les Dresses G.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ avaient constaté au contraire que l'assurée présentait une adynamie, une forte anhédonie, un apragmatisme, une perte de l'élan vital, un sentiment de dévalorisation marqué, un manque de confiance en soi, des idées noires fluctuantes, une tristesse avec des pleurs, une grande fatigue, des troubles du sommeil importants et des douleurs envahissantes. L'assurée était certes capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie (se mettre au lit, se nourrir, aller à ses rendez-vous médicaux, prendre le bus), mais il était incompréhensible que sa vie et son intégration sociale soient décrites comme normales. En effet, la majorité de ses sorties étaient des rendez-vous avec ses thérapeutes ou les services sociaux et sa vie s'était rétrécie au point qu'elle passait les journées seule dans son appartement, épuisée, centrée sur le fonctionnement de son corps, sans envies, sans plaisirs, sans intérêts, sans espoir, avec comme seul rituel les sorties avec son chien. Auparavant, en plus d'avoir un bon engagement pour son travail, l'assurée avait des contacts sociaux, une vie affective, elle était coquette, sortait en ville pour faire du shopping, allait danser. Aujourd'hui, elle ne prenait pas d'initiative sans l'aide de ses fils ou du réseau, ayant besoin d'un étayage très important. Elle n'avait pas les ressources d'adaptation au changement, chaque événement (heureux ou non), chaque modification de traitement, de cadre, de statut, donnant lieu à une grande insécurité chez une patiente dépendante et anxieuse. Sur le plan psychiatrique, les Dresses G.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ maintenaient leurs diagnostics d'épisode dépressif de sévérité moyenne, en plus d'une

dysthymie de fond, et de trouble de la personnalité dépendante. L'incapacité de travail était toujours entière, quelle que soit l'activité.

L'OAI a soumis le rapport précité au Dr Q.\_\_\_\_\_, du SMR, lequel a exposé, dans un avis du 3 novembre 2015, que les Dresses G.\_\_\_\_\_, et R.\_\_\_\_\_ faisaient une appréciation différente de la même situation, sans élément nouveau par rapport aux observations de la Dresse E.\_\_\_\_\_, dont les conclusions étaient retenues par le SMR en raison d'un examen plus étayé dans les descriptions anamnestique et clinique.

L'OAI a rendu une décision dans le sens de son projet le 12 août 2016.

**B. a)** W.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée le 26 août 2016, par l'intermédiaire de son mandataire, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> mai 2013, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Ses conclusions se fondent sur le fait que l'intimé n'a selon elle pas rendu vraisemblable une amélioration de son état de santé. Elle critique par ailleurs la détermination du revenu sans invalidité.

L'intimé a proposé le rejet du recours par réponse du 2 novembre 2016.

La recourante a confirmé ses conclusions par réplique du 23 novembre 2016.

L'intimé a fait de même par duplique du 22 décembre 2016.

**b)** Le juge instructeur a estimé nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et a mandaté à cette fin le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a rendu son

rapport le 13 décembre 2017, sur la base de deux entretiens avec la patiente les 3 et 16 octobre 2017, retenant le diagnostic de trouble de l'humeur persistant (F34.9). On extrait de son rapport ce qui suit :

« 9. Evolution des atteintes à la santé et traitement  
[...]

Le traitement antalgique actuel est lourd mais ses effets restent fort modestes. Il est difficile à la lecture du dossier de trouver des indications sur une modification de l'état de santé de Mme W.\_\_\_\_\_ au cours du temps. La pathologie semble enkystée sans aucune évolution notable.  
[...]

12. Diagnostic et diagnostic différentiel selon la CIM-10  
Trouble de l'humeur persistant (F34.9)

Le dossier de Mme W.\_\_\_\_\_ est particulièrement complexe. [...] Les médecins traitants posent tous un diagnostic d'épisode dépressif ou de trouble dépressif récurrent. La motivation de ces diagnostics n'est pas satisfaisante. Le rapport des Dres R.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ du 29 juin 2016 met en évidence la difficulté de l'évaluation de la sévérité du trouble dépressif. En effet selon ce rapport, Mme W.\_\_\_\_\_ a été examinée le même jour par la Dre E.\_\_\_\_\_ et par la G.\_\_\_\_\_. Leurs évaluations de la pathologie dépressive sont très différentes. Pour la Dre E.\_\_\_\_\_ la symptomatologie dépressive est relativement discrète alors que pour la Dre G.\_\_\_\_\_ elle est sévère. Il est vraisemblable que l'une et l'autre ont raison. [...]

D'après le rapport des Dres R.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ du 29 juin 2016 Mme W.\_\_\_\_\_ présente une adynamie et une anhédonie. Certes Mme W.\_\_\_\_\_ se plaint de n'avoir plus aucun plaisir mais en même temps elle dit avoir du plaisir à garder sa petite-fille. Elle aime regarder les informations à la télévision. Sa vie n'est donc pas constamment noire. Elle reconnaît le soutien de ses fils et semble y tenir. L'anhédonie n'est pas généralisée. De même la fatigue est présente, ainsi que les troubles du sommeil. Néanmoins Mme W.\_\_\_\_\_ dit ne jamais dormir la journée, ne jamais présenter d'assoupissement spontané. Je n'ai pas constaté d'apragmatisme contrairement au rapport de mes deux confrères. Les douleurs sont certes présentes mais Mme W.\_\_\_\_\_ a pu à chaque entretien rester assise sans manifester de douleurs marquées et sans avoir besoin de se lever. Elle a quitté le cabinet sans difficulté particulière à la marche et au mouvement.

L'expression symptomatologique de la pathologie dépressive est relativement pauvre. Cela ne signifie pas qu'elle soit absente. Mais cela explique la différence d'évaluation de la sévérité du degré de dépression entre la Dre E.\_\_\_\_\_ et la Dre G.\_\_\_\_\_.

Je retiens un diagnostic de trouble de l'humeur persistant. J'estime que l'on ne peut pas retenir un diagnostic d'épisode dépressif, car le propre d'un épisode est d'avoir un début et une fin. Or la symptomatologie que décrit la Dre G. \_\_\_\_\_ dans ses différents rapports est stable au cours du temps. Depuis 2011, cette symptomatologie n'a quasiment pas évolué. Pour la même raison je ne retiens pas un diagnostic de trouble dépressif récurrent.

[...]

Je pose le diagnostic de trouble de l'humeur persistant car ce trouble de l'humeur est apparu il y a de nombreuses années. Mme W. \_\_\_\_\_ le fait remonter au décès de sa mère. Le Dr [...] dans son rapport du 30 juin 2010 évoquait déjà une dépression chronique. Il est donc vraisemblable que ce trouble de l'humeur est très ancien.

Ce trouble se caractérise dans le cas de Mme W. \_\_\_\_\_ par une manière pessimiste de vivre. Certes elle a connu une enfance pauvre et a vraisemblablement manqué d'un étayage affectif. Mais elle évoque toute sa vie comme une longue souffrance sans jamais aucun signe de reconnaissance. Or, pour ne prendre qu'un exemple, lorsqu'elle est enceinte de son premier fils, elle dit que sa patronne d'alors l'a soutenue. Mais elle ne peut dire de cette patronne que sa dureté. Elle est incapable de lui être reconnaissante [...].

Ce trouble de l'humeur se caractérise d'autre part par une émotivité à fleur de peau. Mme W. \_\_\_\_\_ se dit sensible. Cette émotivité est présente même si elle ne s'est pas manifestée de manière patente lors des entretiens. C'est la raison pour laquelle la Dre G. \_\_\_\_\_ fait état des difficultés de Mme W. \_\_\_\_\_ à s'adapter à tout changement, et en particulier aux imprévus.

Ce trouble de l'humeur se caractérise par une humeur morose, parfois triste. L'humeur est fluctuante. [...]

Mme W. \_\_\_\_\_ ne présente pas d'idées de culpabilité. [...] De même les idées suicidaires sont peu élaborées et Mme W. \_\_\_\_\_ n'a jamais fait de tentative de suicide. [...]

J'exclus un diagnostic de trouble de la personnalité. L'accentuation de traits de personnalité au sens de la CIM-10 ne sont pas des diagnostics à proprement parler. Mme W. \_\_\_\_\_ a mené une vie, certes difficile, mais normale. Elle s'est mariée, a eu des enfants avec lesquels elle maintient aujourd'hui de bons contacts. Elle a pu travailler et n'a pas connu dans ses différents emplois de difficultés relationnelles particulières. Elle mène actuellement une vie que je qualifie de normale. Elle a entretient [sic] des relations interpersonnelles stables sans conflits majeurs et récurrents. [...]

#### 14. Appréciation et pronostic

[...] Il est évident que Mme W. \_\_\_\_\_ ne reprendra pas d'activité professionnelle quelle que soit la décision de votre cour. Elle est aujourd'hui âgée de cinquante-neuf ans. Elle a été confirmée par ses médecins traitants comme incapable de travailler et elle n'a aucun projet ni aucun désir de réinsertion professionnelle.

La seule question est de savoir si Mme W.\_\_\_\_\_ a une capacité de travail résiduelle « théorique ».

[...]

Il y a indiscutablement une atteinte à la santé, chronique, depuis de nombreuses années. Mme W.\_\_\_\_\_ présente un trouble persistant de l'humeur depuis de très nombreuses années. Elle-même le fait remonter au décès de sa mère en 1983. Mais dès le début de ce siècle, ce trouble est devenu patent et dès 2010, date de la première hospitalisation en milieu psychiatrique, il a été une des causes d'incapacité de travail. D'autre part une fatigue chronique a été vraisemblablement diagnostiquée par la Dre [...]. Enfin un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble douloureux somatoforme persistant a été également posé.

[...] Malgré l'ensemble des traitements entrepris, on ne note aucune amélioration de la symptomatologie aussi bien algique que thymique. [...] J'estime qu'aucune modification de la médication ne sera à même d'améliorer la symptomatologie et par là de permettre un recouvrement même partiel d'une capacité de travail. [...] J'estime que Mme W.\_\_\_\_\_ présente une atteinte chronique à sa santé et que la médecine est à la limite de ses moyens dans ce cas particulier pour soulager les douleurs aussi bien somatiques que psychiques. J'estime qu'une hospitalisation ne permettra pas de modifier de manière significative le traitement et d'amender la symptomatologie. J'estime également que des traitements supplémentaires sous forme de physiothérapie ou d'ergothérapie n'apporteront pas non plus d'amélioration notable.

[...]

Le trouble persistant de l'humeur se manifeste sans grand bruit. Il n'y a pas de tentative de suicide, pas de pleurs bruyants ou de sentiments de culpabilité. Il n'y a pas [de] ralentissement psychomoteur ou idéique. Mais ce trouble persistant de l'humeur teinte toute la vie de Mme W.\_\_\_\_\_. Elle ne peut que penser son histoire de vie que comme une longue suite de souffrances, de séparations, d'échecs. [...]

## 15. Capacité de travail

[...]

Si l'on se réfère au Mini-ICF, je considère que la majorité des ressources sont soit légèrement limitées (adaptation aux règles et aux routines, planification et structuration des activités, capacité de contact avec les autres et soins personnels) soit moyennement ou sévèrement limitées (flexibilité et capacité d'adaptation au changement, utilisation de compétences spécifiques, capacité de décision, persévérance, capacité de s'imposer, capacité de relation dans les groupes, activités spontanées et capacité de se déplacer). Seules les relations familiales et intimes sont préservées. J'estime donc que les ressources que peut aujourd'hui mobiliser Mme W.\_\_\_\_\_ sont limitées et qu'en conséquence sa capacité de travail est limitée.

Néanmoins cela ne signifie pas que la capacité de travail de Mme W.\_\_\_\_\_ est nulle. Il est imaginable qu'elle puisse mettre en valeur une capacité de travail résiduelle.

Il est évident que toutes les activités exigeant de la force sont proscrites selon les limitations fonctionnelles émises par le Dr T.\_\_\_\_\_. Dans une activité adaptée, qui reste à définir de manière plus précise, Mme W.\_\_\_\_\_ devrait pouvoir travailler quelques heures par jour. J'estime qu'elle serait à même de travailler deux à trois heures par jour.

Une activité adaptée est une activité simple qui n'est pas soumise à un rythme soutenu, défini par une machine, qui implique des positions variées au cours du temps et qui n'exige pas d'effort de concentration important. Il est difficile de mieux préciser une telle activité. Enfin il n'est pas de la compétence de l'expert de savoir si une telle activité est concrètement possible dans le premier marché économique ou seulement dans un environnement protégé. »

Invitée à se déterminer, la recourante a, par écriture du 4 janvier 2018, confirmé et précisé ses conclusions, soit la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 décembre 2014, subsidiairement le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'un stage d'observation professionnelle et nouvelle décision.

Par écriture du 18 janvier 2018, l'intimé a contesté la valeur probante du rapport du Dr H.\_\_\_\_\_, considérant que ce dernier se basait dans une très large mesure sur les dires de la recourante et tenait énormément compte de ses plaintes. Selon lui l'expert émettait des jugements de valeurs qui démontraient une certaine subjectivité. L'intimé a également relevé une appréciation contradictoire de la capacité de travail, que l'expert jugeait de quelques heures par jour, alors qu'il affirmait par ailleurs qu'aucune modification de la médication ne serait à même d'améliorer la symptomatologie et de permettre un recouvrement même partiel de la capacité de travail.

La recourante a écarté les observations de l'intimé par écriture du 8 février 2018.

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

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**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 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid 2.1).

**b)** Le litige porte sur le caractère limité dans le temps de la rente octroyée, au motif d'un retour à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tel que fondé sur l'examen de la Dresse E. \_\_\_\_\_ et du Dr T. \_\_\_\_\_, nonobstant les atteintes à la santé psychique de la recourante. L'évaluation des atteintes à la santé physique n'étant ni contestée, ni critiquable, elle ne sera pas remise en question.

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

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**b)** Chez les assurés n'exerçant que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode

générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA). Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. 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). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27<sup>bis</sup> RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; également ATF 137 V 334 et 131 V 51 consid. 5.1.2).

Pour l'évaluation de l'incapacité sur la part ménagère, 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 130 V 61 consid. 6.1 ; TF 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 et les références).

**4.** Pour pouvoir fixer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins -

d'autres spécialistes le cas échéant – doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_58/2013 consid. 3.1).

Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (cf. art. 61 let. c LPGa). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 précité consid. 4.2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré 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 ; il convient dès lors 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 références ; TF 8C\_862/2008 précité consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2).

A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43 ; 9C\_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3 ; 8C\_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C\_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2 ; 9C\_341/2010 du 12 octobre 2010 consid. 2.2 ; 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4 ; 8C\_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3 et 9C\_289/2007 du 29 janvier 2008 consid. 4.2).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de

manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

**5.** Selon la jurisprudence (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3 et la référence), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

En vertu de l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). 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 130 V 343 consid. 3.5 ; 113 V 273 consid. 1a p. 275). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372, 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une

comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; TF 9C\_97/2011 du 21 juillet 2011 consid. 4).

**6.** 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. 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 193 consid. 2).

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. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références). 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 125 V 193 consid. 2 ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2).

**7. a)** En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport des Drs T.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ pour octroyer à la recourante une rente limitée dans le temps. Les médecins traitants ont émis une opinion divergente quant à l'évaluation de la capacité de travail en lien avec l'état de santé psychique de la recourante. Leurs rapports, détaillés et motivés ont conduit le juge instructeur à ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, dont l'intimé remet en cause la valeur probante.

L'intimé ne peut être suivi dans ses critiques. L'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ remplit les conditions de la jurisprudence pour se voir

reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 4). En effet, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, le rapport se fonde sur deux examens de la recourante, son dossier médical complet et procède à une discussion fine d'un cas manifestement délicat, par une approche d'exclusion des diagnostics pouvant entrer en ligne de compte. En particulier, l'expert explique la divergence entre les conclusions des médecins traitants et celles du SMR. Il expose de manière convaincante pourquoi il retient le diagnostic de trouble de l'humeur persistant. Contrairement à ce que soutient l'intimé, on ne saurait reprocher à l'expert d'avoir pris en compte les plaintes de la recourante dès lors que cela relève précisément du mandat d'expertise. Cette dernière n'est pas non plus emprunte de jugements de valeurs, mais procède bien d'une discussion du cas quant à la nature du trouble de l'humeur persistant et son impact sur la capacité de travail résiduelle. L'intimé reproche en particulier à l'expert d'avoir exposé qu'il était évident que la recourante ne reprendrait pas d'activité professionnelle, ce qui démontrerait une certaine subjectivité. On ne voit pas en quoi le fait que l'expert rapporte la démotivation de la recourante à reprendre une activité invaliderait son appréciation de la capacité de travail. Il était au contraire de son devoir de le relever, ceci afin de distinguer appréciation subjective de la recourante et éléments objectifs. L'intimé reproche finalement à l'expert une contradiction dans son appréciation de la capacité de travail puisqu'il dit qu'un changement de médication n'en permettrait pas un recouvrement même partiel, mais retient tout de même une capacité de travail de deux à trois heures par jour. Ceci ne suffit pas à nier la valeur probante de l'appréciation de l'expert. Ce dernier est en définitive clair lorsqu'il affirme que la capacité de travail n'est pas complètement nulle. On comprend finalement qu'une modification de la médication ne serait pas susceptible d'améliorer dite capacité. En définitive, le rapport d'expertise a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et de toutes les pièces médicales pertinentes, la description de l'atteinte à la santé est claire et les conclusions sont dûment motivées, de sorte qu'il convient de leur conférer pleine valeur probante.

Au vu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire d'examiner les griefs de la recourante à l'encontre des différents rapports du SMR.

**b)** Le Dr H. \_\_\_\_\_ retient une capacité de travail dans une activité adaptée, soit une activité simple non soumise à un rythme soutenu, qui implique des positions variées et ne demande pas d'effort de concentration important, de deux à trois heures par jour. On retient dès lors que la recourante présente une capacité de travail de 2.5 heure par jour, soit 12.5 heures par semaine, ce qui représente 29.97 % (arrondi à 30 %) pour un plein temps (soit 41.7 heures par semaine conformément aux statistiques sur la durée normale du travail dans les entreprises publiées par l'Office fédéral de la statistique).

**8. a)** Dès lors que la recourante présente une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à son état de santé, il convient de procéder à une comparaison des revenus selon la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (cf. supra consid. 3b).

La recourante soutient que sa capacité de travail est, sur la base des conclusions du Dr H. \_\_\_\_\_, de 30 %, ce qui n'influence pas son droit à la rente. Cela serait vrai si elle devait être considérée comme active à 100 %. Or son statut est de 70 % active et 30 % ménagère, ce qu'elle n'a pas contesté. Le calcul du degré d'invalidité doit tenir compte de cette pondération.

**b)** Compte tenu de la date de la décision administrative en cause, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (TF 9C\_446/2013 et 9C\_469/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2), il n'y a pas lieu de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018 (art. 27bis RAI et les dispositions transitoires de la modification du RAI du 1<sup>er</sup> décembre 2017, RO 2017 7581 ; voir aussi TF 9C\_8/2018 consid. 2.3 et 9C\_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 6.2).

Ainsi, le taux d'invalidité doit être calculé de la manière suivante :  $(\text{revenu sans invalidité à 70 \%} - \text{revenu d'invalidité}) / \text{revenu sans invalidité à 70 \%} \times 100 \times 0.7$  (TF 9C\_8/2018 du 14 mars 2018 consid. 5.1 ; TF 9C\_858/2017 du 20 février 2018 consid. 5.1).

**c)** Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité.

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C\_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 ; TF 9C\_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C\_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3 ; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La

jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 134 V 22 ; ATF 126 V 75).

La recourante n'ayant pas repris d'activité professionnelle, c'est à juste titre que l'intimé a déterminé le revenu d'invalidé sur la base de l'ESS, en particulier le salaire auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé, niveau de compétence 1. L'intimé peut-être suivi dans son calcul du revenu d'invalidé, à ceci près que l'indexation du montant de 51'144 fr. 10, qui correspond à l'année 2012 et tient correctement compte d'un horaire de travail normal dans une entreprise de 41.7 heures par semaine, porte le salaire annuel à 51'914 fr. 10 en 2014 (+ 0.7 en 2013 et + 0.8 en 2014) et non 51'801 fr. 21. Pour un taux d'activité de 30 %, tel que déterminé par le Dr H. \_\_\_\_\_, le revenu annuel est de 15'574 fr. 20 en 2014. C'est à raison que l'intimé a tenu compte d'un abattement de 10 %. Le revenu d'invalidité est ainsi de 14'016 fr. 80 pour l'année 2014.

**d)** Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé ; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C\_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1).

On constate en l'espèce avec la recourante que le revenu retenu par l'intimé, soit 32'137 fr., est le montant figurant sur l'extrait du compte individuel de la recourante pour l'année 2011. Il manquerait alors à ce montant une indexation à 2014. Quoiqu'il en soit, l'intimé ne pouvait prendre tel quel ce revenu comme revenu sans invalidité. Il ne correspond en effet pas à un taux d'activité de 70 %. Selon la demande de prestations de la recourante déposée en septembre 2012, son taux d'activité était de

50 %. Dans le questionnaire pour employeur du 3 octobre 2012, L. \_\_\_\_\_ SA a indiqué que la recourante travaillait 15 heures sur 40 depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2002, jusqu'à son incapacité totale de travail le 30 mai 2012. Le salaire annuel de la recourante était de 28'092 francs par année depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012, salaire qui correspondait à son rendement et à ce qu'elle aurait gagné au 3 octobre 2012 sans atteinte à la santé. Le taux d'activité de la recourante pour L. \_\_\_\_\_ SA avant son atteinte à la santé était donc de 37.5 % (15 heures x 100 / 40 heures), pour un salaire de 28'092 en 2012. La recourante faisait en outre 4 heures de ménage par semaine chez K. \_\_\_\_\_, jusqu'en septembre 2012, pour un salaire de 4'498 fr. par année, salaire qui était également celui qu'elle aurait perçu sans l'atteinte à la santé selon le questionnaire pour employeur du 5 novembre 2012. Comparé à un nombre d'heures de travail usuel en entreprise de 41.7 heures en 2012, la recourante travaillait pour K. \_\_\_\_\_ au taux d'activité de 9.6 %. Ainsi, avant l'atteinte à la santé, la recourante travaillait à 47.10 %, pour un salaire annuel de 32'590 fr. selon les données des employeurs.

L'intimé s'en était du reste rendu compte, puisqu'il a demandé à la recourante le 5 janvier 2015 d'expliquer pour quelle raison elle avait indiqué sur le formulaire de détermination du statut du 10 octobre 2012 qu'elle travaillerait à 70 % sans atteinte à la santé, alors que son taux d'activité était de 37.5 % L. \_\_\_\_\_ SA et de 10 % pour K. \_\_\_\_\_ avant l'incapacité de travail. La recourante a répondu avoir travaillé 20 heures par semaine chez L. \_\_\_\_\_ SA de 2002 à 2008. De 2004 à 2008, elle faisait en outre le ménage du bureau de K. \_\_\_\_\_ chez L. \_\_\_\_\_ SA pour l'équivalent d'un 10 %. Parallèlement, elle travaillait comme femme de ménage chez K. \_\_\_\_\_ à raison d'environ 4 heures par semaine, soit également 10 %. Ces trois activités cumulées correspondent à un taux d'activité de 70 %. La recourante a précisé que pour des raisons économiques, L. \_\_\_\_\_ SA l'avait contrainte à travailler une heure de moins par jour et lui avait enlevé la charge du bureau de K. \_\_\_\_\_, ce qu'elle ne souhaitait pas. Comme sa santé se dégradait déjà, elle n'avait toutefois pas cherché une autre activité pour compenser cette perte d'activité. Il ressort en effet d'un courrier datant vraisemblablement de 2007 de L. \_\_\_\_\_ SA à la recourante que, dès le 1<sup>er</sup> décembre 2007 son

taux de travail effectif quotidien serait réduit et que dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, elle n'aurait plus à effectuer le nettoyage du bureau de K.\_\_\_\_\_. Bien qu'il ne soit précisé nulle part au dossier à partir de quand la recourante a effectué les heures de ménage en privé chez K.\_\_\_\_\_, il peut être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante aurait bien travaillé à 70 % sans atteinte à la santé, ce que l'intimé a du reste admis en confirmant le statut d'active à 70 %. L'intimé ne pouvait dès lors se fonder sur un revenu sans invalidité correspondant à un taux d'activité inférieur.

La recourante expose qu'elle présentait déjà des troubles avec répercussion sur la capacité de travail depuis 2008, de sorte que le revenu sans invalidité devrait être calculé en fonction des revenus perçus antérieurement, à savoir en 2007. La recourante ne peut être suivie dans son raisonnement. Bien qu'il soit entendu que lorsque L.\_\_\_\_\_ SA a réduit son taux d'activité, c'est en raison de son état de santé que la recourante n'a pas cherché une activité complémentaire, il n'y a pas au dossier de pièce qui démontrerait que les salaires perçus par la recourante postérieurement à 2007 auraient été fixés en tenant compte de l'atteinte à sa santé. Les salaires indiqués par les deux employeurs correspondaient à son rendement et à ce qu'elle aurait gagné sans atteinte à la santé au taux de 47.10 %. On ne voit dès lors pas de motif de s'en écarter.

Il convient dès lors d'extrapoler le revenu annuel de 32'590 fr. correspondant au taux d'activité de 47.10 % pour la même activité exercée à 70 %. Dans cette mesure, la recourante aurait gagné, en 2012, 48'435 fr. 20. Indexé à 2014, ce montant est de 49'164 fr. 40.

Conformément à la formule décrite au considérant 8 supra, le degré d'invalidité de la recourante pour la part active se détermine comme suit :  $(49'164 \text{ fr. } 40 [\text{revenu sans invalidité à } 70 \text{ \%}] - 14'016 \text{ fr. } 80 [\text{revenu d'invalidité}]) / 49'164 \text{ fr. } 40 \times 70 \text{ \%}$ , soit un degré d'invalidité de 50 %.

**e)** Afin de déterminer le degré d'invalidité présenté par la recourante dans la tenue de son ménage, l'intimé a réalisé une enquête ménagère à son domicile le 24 mars 2015 et retenu un empêchement de 8.8 %, soit 2.64 % sur une part ménagère de 30 %.

Le rapport d'enquête du 26 mars 2015 peut se voir conférer pleine valeur probante selon les réquisits jurisprudentiels (cf. supra consid. 3b) et n'est du reste pas remise en cause par la recourante.

**f)** En définitive, il convient de retenir qu'au-delà du 31 décembre 2014, la recourante présente un degré d'invalidité de 52.64 % lui donnant droit à une demi-rente d'invalidité.

**9.** Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la rente entière d'invalidité octroyée à la recourante dès le 1<sup>er</sup> mai 2013 est réduite à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

**10.** 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'intimé.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 12 août 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une demi-rente d'invalidité est octroyée à W.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015.
  
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à W.\_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Karim Hichri, avocat (pour W.\_\_\_\_\_),
- 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 :