

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 novembre 2017

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Neu, juge, et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Valérie Burnens, juriste à Morges,

et

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

Art. 6 ss et 17 LPGA ; 28, 28a et 29 LAI ; 88a RAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1969, mère de trois enfants nés en 1994 et 1997, a été employée à 80 % en qualité d'aide-soignante auprès de l'Institution de T._____ du 1^{er} janvier 2008 au 30 septembre 2010, date pour laquelle l'employeur a résilié les rapports de travail. L'intéressée a été en incapacité totale de travail depuis le 14 avril 2010. Le X._____, assureur perte de gain de l'Institution de T._____, a versé des indemnités journalières.

Dans un rapport du 3 septembre 2010 au X._____, le Dr J._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen depuis début 2010, de difficultés liées à l'entourage immédiat, ainsi que de cervico-brachialgies et lombalgies récurrentes. L'incapacité de travail était totale depuis le 14 avril 2010 et de durée indéterminée.

Dans un rapport du 30 septembre 2010, le Dr P._____, médecin-conseil du X._____, a conclu que l'état psychologique de l'intéressée ne lui permettait pas de reprendre une activité professionnelle quelconque et proposait de l'indemniser jusqu'à mi-novembre 2010, puis de requérir un nouveau rapport du médecin traitant.

L'assurée a déposé le 17 décembre 2010 une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) pour des motifs de maladie.

A la demande du X._____, une expertise psychiatrique a été réalisée par le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a examiné l'assurée le 6 janvier 2011. Dans son rapport d'expertise du 7 janvier 2011, le spécialiste a posé le diagnostic, avec une répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif léger (F32.0). Il a relevé que cet épisode devait être compris comme l'amélioration du

tableau initial d'épisode dépressif moyen, dont il ne retrouvait pas les critères. En outre, l'examen n'avait notamment pas montré de signe de dépression majeure ou de décompensation psychotique. Le Dr W. _____ a conclu que l'assurée avait, semblait-il, présenté un épisode dépressif moyen dans un contexte de surcharge professionnelle et personnelle, et qu'une lente amélioration permettait d'envisager la reprise du travail dès le 1^{er} février 2011. La capacité de travail était donc totale dès cette date dans toute activité.

Le 7 janvier 2011, l'assurée a indiqué à l'OAI que si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé, elle aurait travaillé à un taux d'activité de 80 à 100 % depuis le 1^{er} octobre 2010, ceci pour des raisons personnelles et financières.

Le 18 janvier 2011, se fondant sur l'expertise du Dr W. _____, le X. _____ a informé l'intéressée qu'elle avait été jugée médicalement apte à reprendre une activité professionnelle à compter du 1^{er} février 2011 et qu'il verserait des indemnités journalières jusqu'à cette date.

Le 18 février 2011, en réponse aux questions de la protection juridique de l'assurée, Fortuna, en lien avec l'expertise précitée, le Dr J. _____ a exposé que les symptômes présentés par la patiente ne correspondaient pas à un diagnostic d'épisode dépressif léger, mais devaient faire retenir au moins celui d'un état dépressif moyen. De plus, il y avait encore lieu d'ajouter les diagnostics de difficultés liées à l'entourage immédiat (Z63), d'événements entraînant une perte d'estime de soi pendant l'enfance (Z61.3), ainsi que d'autres difficultés liées à l'éducation (Z62). Le Dr J. _____ a relevé que les plaintes de la patiente semblaient systématiquement minimisées dans l'expertise, laquelle ne mettait en outre pas en évidence l'aggravation constante de la symptomatologie dépressive qu'il constatait depuis un an lors de ses consultations régulières. Depuis l'expertise, il avait noté une légère péjoration de l'état de santé en lien avec l'angoisse de ne pas avoir été comprise. L'état dépressif actuel ne permettait pas la reprise d'une

activité lucrative. Des douleurs à la hanche droite constituaient également un facteur limitant.

Dans un rapport du 25 février 2011 à l'OAI, le Dr J._____ a posé les diagnostics avec un effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen et d'instabilité de la hanche droite depuis janvier 2010, ainsi que le diagnostic sans effet sur ladite capacité de canal carpien bilatéral opéré en 2010. Il a fait état de symptômes dépressifs moyennement sévères dans le cadre d'un conflit professionnel et de difficultés familiales. Le pronostic était réservé. L'incapacité de travail était totale depuis le 14 avril 2010 et continuait encore actuellement. L'activité exercée n'était plus exigible et la reprise d'une autre activité professionnelle n'était pas envisageable pour le moment.

Le 10 mars 2011, le Dr D._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a estimé que les éléments du dossier étaient insuffisants et a préconisé un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès du G._____ (ci-après : le G._____).

Dans un rapport du 31 mars 2011 adressé au Dr J._____, lequel lui avait adressé l'assurée pour un consilium psychiatrique, la Dresse K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué avoir examiné la patiente seule les 24 février et 29 mars 2011, et avec son mari le 17 mars 2011. Elle a posé les diagnostics de trouble dépressif persistant, sévère, sans caractéristique psychotique (F34.9) et de troubles liés à la consommation d'alcool avec une utilisation nocive pour la santé (F10.1). La capacité de travail était actuellement nulle, et ce depuis plusieurs mois, au moins depuis le licenciement, mais probablement déjà avant. La patiente estimait que le décès de sa sœur, en août 2009, était un événement déterminant dans la dégradation de sa capacité de travail. Elle présentait un score de 29 sur l'échelle de Hamilton relative à la dépression. La Dresse K._____ a pour le surplus fait état d'une situation grave et inquiétante, avec l'implication de toute la famille. Les violences conjugales étaient très importantes et les époux se sentaient dépassés en tant que parents. En outre, les troubles décrits se répercutaient forcément

dans le travail, étant rappelé que la patiente n'arrivait pas à effectuer les travaux minimaux dans le ménage. La spécialiste a précisé douter que la patiente puisse retrouver, un jour, une capacité de gagner sa vie.

L'assurée a été examinée le 13 mai 2011 par les Drs Z. _____ et M. _____, tous deux spécialistes en médecine interne générale et en rhumatologie, ainsi que par le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au sein du G. _____. Dans leur rapport du 31 octobre 2011, les experts n'ont fait état d'aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail. Quant à ceux sans répercussion sur ladite capacité, ils ont retenu un status post-syndrome du tunnel carpien bilatéral et de pouces à ressaut, opérés à gauche le 21 mai 2010 et à droite le 2 juillet 2010, de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, avec une utilisation nocive pour la santé (épisodes dépressifs secondaires liés à une consommation d'alcool) (F10.1) présents depuis l'âge de 17 ans, de difficultés avec le conjoint (Z63.0) pratiquement depuis le début de la relation, ainsi que de tabagisme chronique. Ils ont indiqué que l'assurée présentait un alcoolisme de longue date, lequel n'était pas la conséquence d'un trouble psychique préexistant. L'alcool était une substance psycho-active représentant un facteur d'exclusion pour définir formellement un épisode dépressif. Dans ce contexte, la symptomatologie dépressive de l'intéressée devait être considérée comme secondaire à une dépendance primaire à l'alcool et n'était pas invalidante. Les experts ont conclu à une capacité de travail entière sur les plans psychique et physique, dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, hormis une incapacité totale du 21 mai au 2 octobre 2010 liée aux opérations des tunnels carpiens.

Le 26 mai 2011, en réponse aux questions de Fortuna, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de surcharge lombopelvienne sur hémi-lombalisation de S1 droite, de dysplasie de la hanche droite compensée, ainsi que de conflit fémoro-acétabulaire gauche asymptomatique. Ces problèmes pouvaient entraîner une incapacité de travail en raison d'une surcharge de l'unité fonctionnelle lombo-pelvienne.

La profession d'aide-soignante entraînait des activités physiquement lourdes et pouvant « décompenser les choses ». Le spécialiste a renoncé à se déterminer sur le taux et la durée de l'incapacité de travail, étant donné qu'il n'avait pas rencontré la patiente avant avril 2011. Une activité adaptée, permettant d'alterner les positions assise et debout, et évitant les positions statiques prolongées de même que le port de charges lourdes, était théoriquement exigible, à un taux qu'il lui était impossible de fixer.

Le 1^{er} novembre 2011, l'assurée a été admise au Département de psychiatrie du C._____ (ci-après : le C._____), site de [...], où elle a été hospitalisée jusqu'au 24 novembre 2011, date du retour à son domicile. La Dresse S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès de cet établissement, a attesté une incapacité totale de travail du 1^{er} novembre au 1^{er} décembre 2011 (cf. certificat médical du 24 novembre 2011).

Par avis médical du 3 novembre 2011, le Dr D._____ a retenu que le rapport du Dr H._____ ne contenait pas de description des symptômes, de l'examen clinique et de l'imagerie médicale. En outre, le Dr H._____ mentionnait que ces problèmes pouvaient entraîner une incapacité de travail, sans toutefois se déterminer sur le taux. Par ailleurs, selon le rapport d'expertise du G._____, les radiographies du bassin et des hanches [réd. : du 19 avril 2011] ne mettaient pas en évidence de coxarthrose, ni d'atteinte osseuse, et l'examen clinique des hanches s'était révélé normal et symétrique. Le Dr D._____ a estimé que l'expertise du G._____ était probante. Il a ajouté que selon celle du Dr W._____, il y avait eu une incapacité totale de travail du 14 avril 2010 au 1^{er} février 2011, date à partir de laquelle la capacité de travail était entière.

Le 15 novembre 2011, l'assurée, par Fortuna, a contesté la valeur probante de l'expertise du G._____, soutenant qu'elle n'avait pas été établie en connaissance du rapport susmentionné de la Dresse K._____.

Par avis médical du 30 novembre 2011, le Dr D._____ a constaté que l'expertise du G._____ était postérieure à l'examen de la Dresse K._____ et qu'il n'y avait pas eu d'éléments sémiologiques nouveaux susceptibles de modifier les diagnostics posés par les experts.

Dans un rapport du 9 mars 2012 à l'OAI, O._____, psychologue, a indiqué suivre l'assurée depuis le 19 mars 2009, en précisant qu'il l'avait déjà vue lors d'une première démarche psychothérapeutique en 2005. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif persistant sévère sans caractéristiques psychotiques (F34.9) existant depuis 2009 en ce qui concernait l'épisode actuel, ainsi que de troubles liés à la consommation d'alcool avec une utilisation nocive pour la santé (F10.1). Le pronostic était réservé. L'incapacité de travail était totale depuis le 14 avril 2010 et se poursuivait encore actuellement. L'activité exercée n'était plus exigible. La reprise d'une autre activité pourrait peut-être être envisagée progressivement d'ici quatre à six mois. O._____ a joint en annexe un rapport du 16 janvier 2012 que lui avait adressé la Dresse S._____, laquelle posait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F.33.11) et de troubles liés à l'utilisation de l'alcool avec une utilisation nocive pour la santé (F10.1). Le motif d'hospitalisation était une mise à l'abri d'un risque auto-agressif. Lors de son séjour, la patiente avait pris la décision de quitter son mari et le départ de ce dernier du domicile était prévu au 1^{er} décembre 2011. L'évolution avait été favorable et la patiente était retournée à son domicile, avec un suivi pendant encore un mois par une infirmière de transition.

Par avis médical du 30 juillet 2012, le Dr CC._____, médecin au SMR, a indiqué que le rapport d'O._____ n'apportait pas d'élément clinique nouveau et qu'il s'agissait encore d'une dépendance primaire à l'alcool. La capacité de travail restait entière dans toute activité, théoriquement depuis toujours, sans limitation fonctionnelle.

Le 30 janvier 2013, en réponse aux questions de Fortuna, le Dr J._____ a exposé qu'une dépendance à l'alcool n'était de loin pas le diagnostic principal chez la patiente. Selon le rapport précité de la Dresse K._____, un diagnostic de trouble dépressif persistant sévère était au premier plan, même s'il était également mentionné au second plan un trouble lié à la consommation d'alcool. En outre, l'assurée présentait des lombalgies chroniques et une dysplasie de la hanche droite avec un conflit fémoro-acétabulaire gauche. L'avis du Dr CC._____ ne tenait pas compte des différents problèmes limitant la capacité de travail actuelle de la patiente. Le Dr J._____ a annexé un rapport du 12 août 2011 du Dr Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, lequel retenait que l'intéressée se plaignait de lombosciatalgies à caractère mécanique, sans trouble irritatif neurogène, avec en avant-plan un état dépressif sévère qui perturbait profondément la rééducation dite active. Le Dr Q._____ notait une discordance entre l'importance des plaintes et la pauvreté du status clinique. Selon ce spécialiste, en l'état actuel, il était illusoire d'envisager une reprise d'activité professionnelle, ce d'autant plus qu'il existait un substratum structurel clairement démontré.

Par avis médical du 16 juillet 2013, le Dr R._____ du SMR a indiqué avoir joint le Dr W._____ par téléphone, lequel lui avait confirmé que l'assurée présentait une pleine capacité de travail dès le 1^{er} février 2011. Toutefois, l'expertise du G._____ s'était déroulée plus tard et une hospitalisation avait eu lieu à la fin de l'année 2011, de sorte qu'un complément d'expertise psychiatrique auprès du G._____ se révélait nécessaire.

L'assurée a été examinée le 11 novembre 2013 par la Dresse F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la Dresse M._____ du G._____. Dans leur rapport du 10 janvier 2014, les expertes ont précisé qu'en raison d'éléments discordants, il avait été décidé de compléter l'expertise au plan somatique afin d'évaluer l'état général. Elles ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.10) depuis janvier 2011 [réd. : les différentes périodes et stades

décrits étant reportés ci-dessous], de discarthrose lombo-sacrée sans myélopathie ni radiculopathie (M51.9), de signes de chondropathie fémoro-patellaire compensés dans un contexte de genua valga, ainsi que de suspicion de conflit acétabulaire et de dysplasie de hanche compensés, sans coxarthrose actuelle (Q65.8). En tant que diagnostics sans effet sur la capacité de travail, elles ont retenu des troubles mentaux et des troubles du comportement avec une utilisation nocive d'alcool pour la santé (F10.10) présents depuis l'âge de 17 ans, d'excès pondéral (R63.2), de déconditionnement par manque d'exercices physiques (M62.5), de fibromyalgie (M79.0), ainsi que de status après cures des tunnels carpiens et de pouces à ressaut en 2010. Quant à la capacité de travail, elles ont fait état de ce qui suit sur le plan psychique, valable tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée :

« Capacité de travail 0 % d'avril 2010 à janvier 2011 ; capacité de travail entière depuis le 1^{er} février 2011 (expertise du Dr W. _____ : épisode dépressif léger) ; de 0 % de fin février 2011 à avril 2011 (consilium de la Dresse K. _____ : trouble dépressif persistant sévère) ; de 100 % de mai 2011 à octobre 2011 (expertise du Dr N. _____ : épisode dépressif [léger] secondaire à l'utilisation d'alcool) ; de 0 % de novembre 2001 [recte : 2011] à décembre 2012 [recte : 2011] (hospitalisation puis suivi à V. _____ : épisode dépressif moyen avec syndrome somatique) ; de 50 % de janvier 2012 (nouvelle relation affective) à juillet 2013 [épisode dépressif moyen sans syndrome somatique], puis de 100 % dès août 2013 (vacances au [...], diminution progressive puis arrêt des médicaments psychotropes ; épisode dépressif léger) jusqu'à ce jour. »

Au plan somatique, elles ont admis une incapacité de travail de l'ordre de 30 % dans l'activité habituelle depuis juillet 2011, période où le médecin traitant avait adressé l'assurée à un spécialiste du dos, le Dr Q. _____, au vu d'une aggravation de son état. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (éviter les charges de plus de 6-8 kg de manière répétée et de plus de 10-15 kg de manière occasionnelle ; permettre l'alternance des positions ; éviter la station à genoux de longue durée), la capacité de travail était totale.

Dans un rapport SMR du 21 janvier 2014, le Dr R. _____ a retenu en tant qu'atteinte principale à la santé un épisode dépressif léger sans syndrome somatique et, comme pathologies associées du ressort de

l'AI, une discartrhose lombo-sacrée sans myélopathie ni radiculopathie, une chondropathie fémoro-patellaire, ainsi qu'un conflit acétabulaire sans coxarthrose. Les diagnostics ne ressortant pas à l'AI étaient un excès pondéral, une fibromyalgie, un déconditionnement, un status après cures des tunnels carpiens et des pouces à ressaut, ainsi qu'une utilisation nocive d'alcool pour la santé. Reprenant les différentes périodes d'incapacité de travail retenues par les expertes, il a pour le surplus indiqué que l'assurée présentait, sur le plan psychique, une capacité de travail totale depuis août 2013 et, sur le plan somatique, une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle dès juillet 2011 et de 100 % dans une activité adaptée depuis lors.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 14 avril 2014 au domicile de l'intéressée. L'enquêtrice a conclu à un statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 %, avec un empêchement dans les activités ménagères de 16 %.

Le 24 octobre 2014, Valérie Burnens, représentant désormais l'assurée, a transmis un courrier du 28 mai 2014 d'O._____, lequel expliquait qu'il n'adhérait pas aux conclusions psychiatriques de l'expertise précitée. Il relevait qu'elle n'avait pas pris en considération certaines observations des Drs J._____ et K._____, de même que les siennes. S'agissant du fait qu'une capacité de travail de 100 % était retenue depuis août 2013 avec la mention « vacances au [...], diminution puis arrêt des médicaments psychotropes », O._____ précisait, au vu des informations en sa possession, que la décision d'arrêter la médication avait été prise par la patiente en collaboration avec ses thérapeutes, mais non sur leur indication. Celle-ci était insatisfaite de la stagnation de son état, ne ressentant plus les bénéfices de la médication. Soucieuse de vouloir trouver de nouvelles solutions pour se préparer à une reprise d'activité professionnelle future, elle avait souhaité effectuer une tentative de sevrage. Cette décision avait été mise en œuvre dès le mois de mai 2013, soit avant le séjour au [...] du mois d'août. Ceci pouvait être éventuellement vu comme un signe d'un regain de vitalité chez la

patiente, mais pouvait difficilement être interprété comme un signe de rémission.

Par avis médical du 6 janvier 2015, le Dr R. _____ a confirmé ses précédentes conclusions, estimant que le courrier d'O. _____ constituait une appréciation différente d'une même situation.

Dès le 10 février 2016, l'assurée a débuté une activité à 50 % auprès d'une garderie dans le cadre d'une mesure destinée aux personnes en attente d'une rente de l'assurance-invalidité proposée par le F. _____ (cf. contrat de travail du 9 février 2016).

Par avis médical du 1^{er} mars 2016, le Dr R. _____ a apprécié le cas de l'intéressée à la lumière des nouveaux critères retenus par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, précisant que la fibromyalgie y était apparentée. Se fondant sur l'expertise précitée du 10 janvier 2014 du G. _____, il a notamment relevé que les spécialistes avaient décrit plusieurs incohérences. En outre, l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique invalidante, l'épisode dépressif étant léger, ni de trouble de la personnalité. Sur le plan des ressources, il n'y avait pas de perte d'intégration sociale. Il existait de toute évidence un bénéfice secondaire avec mobilisation de l'entourage. Le Dr R. _____ a conclu que la fibromyalgie n'avait pas un caractère invalidant.

Par projet de décision du 24 juin 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a fait état de ce qui suit :

« Vous exercez l'activité d'aide-soignante à 80 %. Nous vous considérons donc comme une femme active à 80 % et ménagère à 20 %.

Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail sans interruption notable dès le 14.04.2010. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit au 14.04.2011, votre incapacité de travail était de 100 % pour la part active et le droit à la rente était théoriquement ouvert.

Pour la part ménagère (20 %), selon le rapport d'enquête, vos empêchements se chiffrent à 16 %.

Toutefois, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations. Vous avez déposé votre demande le 17.12.2010, la rente ne peut donc être allouée au plus tôt que dès le 01.06.2011.

Après examen de l'ensemble des éléments médicaux au dossier nous pouvons admettre les incapacités de travail suivantes :

Sur le plan psychiatrique

Incapacité de travail de 100 % du 14.04.2010 à la fin avril 2011 (dès le 01.05.2011 à nouveau pleine capacité de travail).

Incapacité de travail de 100 % du 01.11.2011 au 30.01.2012.

Sur le plan somatique

Capacité de travail limitée à 70 % dans l'activité habituelle depuis juillet 2011, mais pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis cette même date.

En résumé, à l'échéance du délai de carence d'une année (14.04.2011) votre invalidité globale était la suivante :

<u>Activité partielle</u>	<u>Part</u>	<u>Empêchemen</u>	<u>Degré d'invalidité</u>
Active	80 %	100 %	80.00 %
Ménagère	20 %	16%	3.20 %
Degré d'invalidité			<u>83.20 %</u>

Toutefois, si la capacité de travail s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement modifie, le cas échéant, le droit à la rente dès qu'il a duré trois mois.

De ce fait, en tenant compte que [le] délai de 6 mois de l'article 29 al. 1 LAI finit pendant le délai de 3 mois d'amélioration de l'article 88a al. 1 LAI, le droit à la rente n'est pas ouvert, car au terme des 6 mois il n'y a plus de perte économique. »

Le 30 juin 2016, l'assurée a fait part de son désaccord avec le projet précité, soutenant que sa situation n'avait pas changé depuis le 14 avril 2010. Depuis son licenciement en 2010, elle avait été incapable de travailler sur le marché du travail. Elle avait intégré les ateliers protégés du PP. _____ depuis février 2016 au taux de 60 % [recte : 50 %].

Le 2 septembre 2016, l'assurée, par Valérie Burnens, a complété ses observations en expliquant qu'elle était toujours suivie par les Drs J. _____ et K. _____, de même que par O. _____. Se référant à un rapport du 18 août 2016 que la Dresse K. _____ lui avait adressé en réponse à ses questions, elle a indiqué qu'elle présentait bel et bien une perte d'intégration sociale. De plus, selon cette spécialiste, elle souffrait d'anxiété généralisée et de trouble dépressif persistant sévère à moyennement sévère, diagnostics qui constituaient précisément des

comorbidités invalidantes dont l'OAI devait tenir compte à la lumière de la jurisprudence récente relative aux troubles somatoformes douloureux. Enfin, au bénéfice d'une mesure du PP._____, sa capacité de travail s'était améliorée à partir de février 2016, ce qui ne permettait toutefois pas une activité à plus de 50 %, qui plus est, dans un milieu particulier. L'assurée a joint le rapport précité de la Dresse K._____, laquelle retenait une incapacité totale de gain depuis au moins avril 2010 et une capacité de travail de 50 % au sein d'une structure spécialisée dans une activité adaptée depuis le 1^{er} février 2016. La Dresse K._____ posait les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble dépressif persistant sévère à moyennement sévère (F34.9), et relevait que la consommation d'alcool ne semblait plus être un problème depuis la séparation d'avec le mari. Cette séparation, ainsi que la nouvelle relation, n'avaient probablement aucun impact sur sa capacité de gain, mais probablement un impact favorable sur l'amélioration de sa santé. A la question de savoir comment se manifestait la perte d'intégration sociale de la patiente, la Dresse K._____ répondait que celle-ci restait beaucoup seule à son domicile, qu'elle avait peu d'amies et qu'elle n'avait pas de loisirs, de sorties ou de hobby.

Par décision du 17 octobre 2016, l'OAI a confirmé le refus de l'octroi d'une rente d'invalidité, en reprenant intégralement les explications figurant dans le projet de décision.

Par courrier du 18 octobre 2016, l'OAI a exposé que les arguments soulevés n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé dudit projet. Il s'était essentiellement fondé sur les conclusions du rapport d'expertise du 10 janvier 2014 du G._____, lequel revêtait une valeur probante. Les experts avaient retenu que le diagnostic de fibromyalgie ne se répercutait pas sur la capacité de travail, évaluation qui n'avait pas été modifiée à l'aune des critères développés par le Tribunal fédéral. En effet, le critère de gravité minimal inhérent au diagnostic semblait faire défaut. En outre, l'assurée ayant interrompu sa médication psychotrope, on ne saurait considérer qu'elle était résistante à tout traitement. De surcroît, les limitations des niveaux d'activités allégués

n'étaient pas uniformes dans tous les domaines de la vie. Par ailleurs, le rapport précité de la Dresse K._____ ne constituait qu'une appréciation différente d'un même état de fait et ne remettait pas en cause la valeur probante de l'expertise du G._____. Enfin, la mesure dont bénéficiait l'intéressée auprès du PP._____ tendait à démontrer qu'elle disposait de certaines ressources pour mettre en valeur sa capacité de travail malgré les atteintes à la santé alléguées.

Par courrier du 10 novembre 2016, l'assurée, par Valérie Burnens, a relevé que l'OAI n'avait notamment pas tenu compte de l'incapacité de travail de 50 % de février 2012 à juillet 2013 retenue par l'expertise précitée du G._____. En outre, l'échéance du délai de trois mois dès le début de l'amélioration constatée à la fin du mois de février 2011 [recte : au mois de mai 2011] reportait l'extinction du droit à la rente à la fin du mois de juin [recte : juillet] 2011, alors que le droit à la rente était ouvert dès le 1^{er} juin 2011, soit à l'échéance du délai de six mois dès le dépôt de la demande de prestations.

Le 14 novembre 2016, l'OAI a informé qu'il maintenait sa décision.

B. Par acte du 18 novembre 2016, B._____, toujours représentée par Valérie Burnens, recourt contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2011 sans limitation temporelle, subsidiairement à l'octroi d'une rente limitée dans le temps selon les incapacités de travail figurant dans les expertises du G._____. Elle soutient que selon tous les médecins qui la suivent, elle souffre d'un état dépressif moyen à sévère, ainsi que d'affections somatiques, soit une discarthose lombo-sacrée et une chondropathie fémoro-patellaire, ainsi qu'un conflit acétabulaire sans coxarthrose associée. S'agissant du début du droit à la rente, elle expose que l'OAI a admis une incapacité de travail totale du 14 avril 2010 au 30 avril 2011, puis du 1^{er} novembre 2011 au 30 janvier 2012. L'amélioration de l'état de santé reconnu par l'OAI ayant débuté le 1^{er} mai 2011, il ne

pouvait en être tenu compte avant le délai de trois mois prévu par la loi, de sorte qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité au minimum depuis le 1^{er} juin 2011 - à l'échéance du délai d'attente de six mois après le dépôt de sa demande de prestations - et jusqu'au 31 juillet 2011. Pour la suite, reprenant les périodes d'incapacité de gain retenues par l'expertise du 10 janvier 2014 du G._____, elle fait valoir qu'une rente d'invalidité limitée dans le temps devrait lui être reconnue de novembre 2011 à fin janvier 2012 à 100 %, puis de février 2012 à juillet 2013 à 50 %. Par ailleurs, aucun des médecins traitants n'ayant posé le diagnostic de fibromyalgie, l'OAI a fait fausse route en réexaminant le dossier à l'aune des critères développés par la jurisprudence. En tout état de cause, elle conteste l'appréciation faite par le SMR, car elle se trouve bien en perte d'intégration sociale et s'est vue poser les diagnostics d'anxiété généralisée et de trouble dépressif persistant sévère à moyennement sévère par la Dresse K._____, lesquels constituent des comorbidités invalidantes. Enfin, elle effectue actuellement une mesure du PP._____, ce qui démontre qu'elle ne tire aucun bénéfice de sa maladie.

Dans sa réponse du 12 janvier 2017, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il explique que la recourante interprète la loi de manière erronée lorsqu'elle soutient qu'il ne peut être tenu compte d'une amélioration de son état de santé que trois mois après celle-ci. En effet, la modification positive de l'état de santé pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations n'est déterminante qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période. Cela signifie que le changement de situation est pris en considération dans son intégralité s'il a duré en tout cas trois mois, ce qui est le cas en l'espèce. Par ailleurs, le diagnostic de fibromyalgie a été confirmé par l'experte M._____. L'intimé renvoie à son courrier du 18 octobre 2016 concernant l'application des nouveaux critères développés par la jurisprudence.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 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 en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 et ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) Le présent litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, ainsi que, cas échéant, sur la date de naissance de ce droit.

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. 27bis 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).

c) Selon l'art. 17 al. 1 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.

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, 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 duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon la jurisprudence, en cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition ; TF 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1, TFA I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3 in RCC 1984 p.

137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (TF 9C_1022/2012 du 16 mai 2013 consid. 3.3.1).

Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie. Cette dernière disposition prévoit que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi. Le but de l'art. 29bis RAI est ainsi de faciliter, à certaines conditions, un nouvel octroi d'une rente à l'assuré qui présente un regain d'invalidité après la suppression de sa rente, sans qu'il doive subir une deuxième fois le délai d'attente (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3087 pp. 837 s).

Lorsqu'en cas d'aggravation de la même atteinte à la santé, l'application par analogie de l'art. 29bis RAI conduit plus tôt au droit à une rente supérieure, on appliquera cette disposition, c'est-à-dire que l'on tiendra compte des délais d'attente déjà écoulés (ch. 4011 CIIAI [Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, édictée par l'Office fédéral des assurances sociales, dans sa teneur en vigueur au 1^{er} mars 2016]). La Circulaire expose l'exemple suivant : un assuré souffre d'un emphysème pulmonaire. Du 3 février 2006 au 8 janvier 2007, il a présenté une incapacité de travail de 100 %. Par la suite, il a pu retravailler à mi-temps. Il a donc été mis au bénéfice d'une demi-rente dès le 1^{er} février 2007. En raison de l'aggravation de cette maladie, il doit cesser toute activité lucrative le 15 octobre 2007. Selon l'art. 88a al. 2, 1^{re} phrase, RAI, il aurait droit à une rente complète à partir du 1^{er} janvier

2008. Cependant, l'application par analogie de l'art. 29bis RAI fait que le droit à une rente complète existe dès le 1^{er} octobre 2007, car l'incapacité de travail moyenne pendant le délai d'attente d'un an, de février 2006 à février 2007, était déjà supérieure à 70 %. Aussi convient-il d'appliquer la seconde solution, plus favorable à l'assuré (ch. 4011 CIIAI).

d) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI). S'il veut préserver tous ses droits, l'assuré doit ainsi déposer une demande à l'AI au plus tard six mois après la survenance de son incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (Valterio, op. cit., n° 2190 p. 538) La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

4. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, 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 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit

organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1) et la fibromyalgie (ATF 132 V 65).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2).

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

5. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF

9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

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 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, 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, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir

le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

Selon la Haute Cour, 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_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

6. En l'espèce, la recourante, se référant aux rapports de ses médecins traitants, fait valoir qu'elle présente une incapacité totale de travail depuis le 14 avril 2010. Quant à l'OAI, il se fonde sur le rapport d'expertise du 10 janvier 2014 du G._____ pour conclure qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail dès le 1^{er} mai 2011, mise à part une période d'incapacité totale du 1^{er} novembre 2011 au 30 janvier 2012.

a) Sur le plan somatique, les expertes du rapport précité du G._____ ont retenu comme diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail une discarthrose lombo-sacrée sans myélopathie ni radiculopathie (M51.9), des signes de chondropathie fémoro-patellaire compensés dans un contexte de genua valga, ainsi qu'une suspicion de conflit acétabulaire et de dysplasie de hanche compensés, sans coxarthrose actuelle (Q65.8). Elles ont tenu compte de ces atteintes pour définir la capacité de travail de la recourante, fixée à 70 % dans l'activité habituelle dès juillet 2011, période où elle avait été adressée par son médecin traitant au Dr Q._____ en raison d'une aggravation de son état. En revanche, selon les expertes, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, soit évitant la station à genoux de longue durée, le port de charges de plus de 6-8 kg de manière répétée et

de plus de 10-15 kg de manière occasionnelle, et permettant l'alternance des positions. Elles ont précisé qu'il n'y avait aucun diagnostic justifiant un arrêt de travail total prolongé. Par ailleurs, elles avaient proposé différents exercices physiques à l'assurée, laquelle avait vivement rejeté toute proposition thérapeutique ou liée à une perte de poids, centrant son discours sur la nécessité de recevoir une rente (cf. pages 26 ss).

Le rapport d'expertise du G._____, faisant suite à l'examen clinique de l'intéressée, a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Les expertes ont notamment tenu compte de l'appréciation des Drs H._____ et Q._____. De plus, les plaintes de la recourante ont été prises en considération. La description du contexte médical est claire et les conclusions motivées. Cette expertise remplit ainsi les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions ont au demeurant été confirmées par le Dr R._____ dans son rapport SMR du 21 janvier 2014.

Les autres rapports médicaux figurant au dossier, bien plus anciens, ne sont pas de nature à remettre en cause lesdites conclusions. En particulier, dans son rapport du 26 mai 2011, le Dr H._____ a indiqué que les atteintes présentées par la patiente pouvaient entraîner une incapacité de travail, mais il a renoncé à se déterminer sur le taux et la durée d'une telle incapacité. Il a ajouté qu'une activité adaptée était théoriquement exigible, en précisant qu'il lui était également impossible de fixer un taux. Ses observations, peu précises et sous la forme du conditionnel, ne suffisent pas à remettre en question l'appréciation des expertes du G._____, ceci d'autant plus que, tel que relevé par le Dr D._____, le rapport du Dr H._____ ne contient pas de description des symptômes, de l'examen clinique et de l'imagerie médicale (cf. avis médical du 3 novembre 2011 du Dr D._____). Les limitations fonctionnelles décrites par le Dr H._____ rejoignent au demeurant celles retenues par les expertes du G._____. Quant au rapport du 12 août 2011 du Dr Q._____, il en ressort surtout une discordance entre l'importance des plaintes de la patiente et la pauvreté du status clinique. En outre, même si ce spécialiste en médecine physique et réadaptation a conclu

qu'il était illusoire d'envisager la reprise d'une activité professionnelle, il apparaît que son appréciation était surtout fondée sur le fait qu'il existait selon lui en avant-plan un état dépressif sévère qui perturbait profondément la rééducation. Enfin, les différents rapports du Dr J._____, qui n'est au demeurant pas un spécialiste, ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions ou en établir le caractère incomplet.

Sur le plan somatique, il convient ainsi de se rallier aux conclusions du rapport d'expertise du 10 janvier 2014 du G._____, selon lesquelles l'assurée présentait une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle dès juillet 2011, cette capacité demeurant toutefois entière dans une activité adaptée.

b) Au plan psychiatrique, se fondant sur l'expertise précitée, l'OAI a admis une incapacité totale de travail du 14 avril 2010 à la fin du mois d'avril 2011, ce qui n'est pas contesté. En revanche, la recourante soutient que cette incapacité s'est prolongée au-delà de cette date. Cependant, les expertes du G._____ ont reconnu une pleine capacité de travail dès le mois de mai 2011 en retenant un épisode dépressif léger, ceci en se basant sur le premier rapport d'expertise du G._____, lequel était consécutif à un examen de l'assurée du 13 mai 2011 (cf. rapport d'expertise du G._____ du 31 octobre 2011). Dans leur rapport du 10 janvier 2014, les expertes du G._____ ont toutefois relevé que l'état de santé de la recourante s'était dégradé dès novembre 2011, à la suite d'une récurrence du conflit conjugal et d'une hospitalisation psychiatrique avec, après le retour au domicile, un suivi par une infirmière de transition durant un mois. Les expertes ont ainsi conclu, pour les mois de novembre et décembre 2011, tout au plus jusqu'à fin janvier 2012 (cf. p. 37), à une incapacité totale de travail en raison d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Pour la période courant dès la fin du mois de janvier 2012 et jusqu'en juillet 2013, elles ont retenu un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, avec une incapacité de travail de 50 %, puis

dès août 2013, un épisode dépressif léger avec une pleine capacité de travail. Selon les expertes, ces améliorations progressives étaient notamment liées à une nouvelle relation affective débutée au mois de janvier 2012 et à un voyage au [...] en été 2013, couplés avec une diminution, puis un arrêt de la médication sans rechute dépressive majeure. L'assurée avait expliqué elle-même qu'elle allait mieux depuis la séparation avec son mari et sa nouvelle relation. Les expertes ont relevé que lors de l'examen clinique, malgré les allégations de l'intéressée, aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur n'avait été mis en évidence. L'énergie vitale était bien conservée. Les spécialistes ont noté que bien que l'intéressée ait déclaré ne rien pouvoir effectuer dans son ménage, elle voyait quotidiennement son compagnon et préparait le repas du soir pour sept personnes, dont les enfants de celui-ci. Une diminution de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables était présente, mais ces symptômes correspondaient tout au plus à un épisode dépressif léger. En effet, elles ont expliqué que lors d'un épisode dépressif moyen, voire sévère, les patients étaient abattus, asthéniques, peu expressifs et peu diserts, ce qui n'était pas le cas de l'assurée, laquelle s'était montrée prolixe, tonique et ne nécessitait pas de temps de latence entre les questions et les réponses.

Les expertes du G. _____ ont encore posé le diagnostic de fibromyalgie (M79.0). Elles ont expliqué que tous les points de fibromyalgie étaient positifs et que l'intéressée gémissait à la moindre mobilisation et à l'effleurement de la peau. Elles ont notamment analysé le cas à l'aune des anciens et des nouveaux critères de l'American College of rheumatology avant de conclure à cette atteinte. Elles ont précisé que ce trouble ne s'accompagnait pas d'une comorbidité de durée et d'acuité sévère, que l'assurée ne présentait pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (vacances au [...], relation affective en cours, repas quotidiens en famille) et que des bénéfices secondaires étaient présents avec une mobilisation de l'entourage. Au vu du fonctionnement au quotidien, l'intéressée était manifestement en mesure de surmonter ses douleurs. En outre, on ne pouvait parler d'échec des traitements car elle avait cessé tout psychotrope de son propre chef, ceci

sans péjoration de son humeur. Les expertes ont ainsi conclu que cette atteinte n'avait aucun effet sur la capacité de travail.

Sur le plan psychique également, l'expertise du 10 janvier 2014 du G._____ a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse et a pris en considération les plaintes de la recourante. En outre, l'appréciation des expertes est claire. Elles ont expliqué les différents éléments les ayant amenées à leurs conclusions, qui sont bien motivées, ceci pour chacune des différentes périodes relevées. L'expertise dispose ainsi d'une pleine valeur probante. D'ailleurs, dans son rapport SMR du 21 janvier 2014, le Dr R._____ a fait siennes les conclusions de cette expertise. S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, ce médecin a en outre constaté que les points de Smythe étaient positifs chez une assurée qui évoquait des douleurs diffuses intenses dans un contexte de conflit émotionnel et psycho-social (cf. avis médical du 1^{er} mars 2016). Concernant précisément cette atteinte, le Dr R._____ a expliqué que l'évaluation de la capacité de travail n'était pas modifiée à l'aune des critères développés par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative aux troubles somatoformes douloureux et aux troubles assimilés. En effet, les expertes avaient décrit des incohérences. Entre autres, l'assurée avait déclaré « marcher comme un canard », ce qui la gênait pour sortir, alors que les expertes n'avaient pas observé de boiterie et l'avaient même aperçue marchant d'un pas dynamique dans la rue. De surcroît, malgré les douleurs décrites comme permanentes et de haute intensité, l'intéressée ne prenait plus de médicament. Il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique invalidante, l'épisode dépressif étant léger, ni de trouble de la personnalité. Sur le plan des ressources, il n'y avait pas de perte d'intégration sociale (cf. avis médical du 1^{er} mars 2016). L'appréciation du Dr R._____ a été complétée par l'intimé dans son courrier du 18 octobre 2016, exposant à juste titre que la limitation des niveaux d'activités alléguée n'était pas uniforme dans tous les domaines de la vie, puisque l'assurée conservait des liens familiaux, parvenait à se rendre en vacances à l'étranger et même à nouer une nouvelle relation affective. Ainsi, il y a lieu de retenir que même au regard des nouveaux

critères développés par la jurisprudence, la fibromyalgie présentée par la recourante n'entraîne pas d'incapacité de travail.

Les autres documents médicaux au dossier ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions de l'expertise du G._____. Selon la jurisprudence, 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 (cf. consid. 4 supra). Les diagnostics posés par le Dr J._____, médecin généraliste, ainsi que par O._____, psychologue, ne peuvent ainsi remettre en cause ceux de l'experte psychiatre, ce d'autant plus qu'en tant que médecin et thérapeute suivant l'assurée depuis de nombreuses années, leurs constatations doivent être admises avec réserve (cf. consid. 5b supra). Par ailleurs, dans leurs différents rapports, ils ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions ou en établir le caractère incomplet.

Quant au rapport du 18 août 2016 de la Dresse K._____, il convient de retenir, comme l'intimé, qu'il n'apporte aucun élément médical nouveau et qu'il constitue une appréciation différente d'une même situation. En outre, même si la Dresse K._____ a indiqué que la séparation avec le mari et la nouvelle relation nouée par l'assurée n'avaient probablement aucun impact sur la capacité de gain de cette dernière, elle a reconnu que cela constituait un impact favorable sur l'amélioration de sa santé. Sur cet aspect, il y a lieu de considérer, à l'instar des expertes du G._____, que cette nouvelle relation sentimentale traduit une amélioration de l'état de santé de la recourante, qui se répercute sur sa capacité de travail. Par ailleurs, s'agissant de la perte d'intégration sociale alléguée par l'assurée en se fondant sur le rapport précité de la Dresse K._____, il sied de relever que la spécialiste a répondu à une question fermée de la part de la mandataire, soit « comment se manifeste la perte d'intégration sociale ».

Enfin, la mesure du PP. _____ dont la recourante bénéficie à 50 % depuis le mois de février 2016 n'est pas propre à modifier l'appréciation de sa capacité de travail. Tel que relevé par l'intimé, elle tend au contraire à démontrer que l'intéressée dispose de certaines ressources.

c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de se rallier aux conclusions du rapport d'expertise du 10 janvier 2014 du G. _____. Ainsi, au plan somatique, l'intimé était fondé à retenir une incapacité de travail de 30 % dans l'activité habituelle depuis juillet 2011 et, dès cette date, une capacité totale dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, l'intimé a reconnu à juste titre une incapacité totale de travail du 14 avril 2010 à la fin du mois d'avril 2011, une entière capacité de travail de mai à octobre 2011, puis une incapacité totale de novembre 2011 à la fin du mois de janvier 2012. Toutefois, il n'a pas tenu compte, à tort, d'une incapacité de travail de 50 % de février 2012 à juillet 2013. Depuis août 2013, la capacité de travail est à nouveau totale.

7. Il reste ainsi à examiner, par rapport à ces différentes périodes, le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

a) L'intimé a retenu à juste titre que l'intéressée avait présenté une incapacité totale de travail sans interruption notable dès le 14 avril 2010 et que c'était à partir de cette date que devait être fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI (cf. consid. 3a supra). L'assurée avait ainsi théoriquement droit à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2011 (cf. cependant consid. 7e infra).

Cependant, dès le mois de mai 2011, l'état de santé de l'assurée s'est amélioré et elle a retrouvé une capacité totale de travail. Elle fait valoir que cette amélioration ne doit être prise en compte qu'après le délai de trois mois prévu par l'art. 88a al. 1 RAI. Pour sa part, l'intimé soutient que la modification positive de l'état de santé n'est déterminante qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce qu'elle se maintienne durant une assez longue période et que le changement de

situation doit être pris en considération dans son intégralité s'il a duré en tout cas trois mois. Or, selon la jurisprudence, en cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (cf. consid. 3c supra). En l'espèce, au vu des circonstances particulières, soit notamment que l'intéressée n'a pas repris un emploi à cette période et qu'elle a été hospitalisée à V. _____ dès le mois de novembre 2011, l'on ne peut retenir, du point de vue juridique, que l'amélioration de son état dès le mois de mai 2011 présentait un caractère suffisamment durable, et par conséquent stable, pour admettre une suppression de la rente avec effet immédiat dès ce mois. Il convient dès lors de tenir compte du délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 1 in fine RAI, de sorte que la rente doit être supprimée à la fin du mois de juillet 2011 seulement.

Il y a ainsi lieu d'examiner quel degré de rente doit être octroyé à la recourante pour la période - théoriquement - du 1^{er} avril 2011 jusqu'au 31 juillet 2011. L'intimé a retenu à juste titre qu'elle présentait un statut d'active à 80 % et de ménagère à 20 %, ce qui n'a au demeurant pas été contesté. Pour la part active, la capacité de travail était nulle. Quant à la part ménagère, les conclusions du rapport d'enquête ménagère fixant à 16 % le taux d'empêchement dans ces activités ne prêtent pas flanc à la critique et n'ont d'ailleurs pas non plus été contestées. Le taux d'invalidité globale s'élève ainsi à 83.2 % ($[80 \times 100 \%] + [20 \times 16 \%]$). Ce taux ouvre le droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI).

b) L'incapacité de travail sur le plan somatique de 30 % dans l'activité habituelle dès juillet 2011, avec une capacité totale dans une activité adaptée dès cette date, ne permet pas à elle seule l'octroi d'une rente ultérieure à celle accordée jusqu'au 31 juillet 2011. En effet, le taux d'invalidité globale de la recourante du fait de cette incapacité n'atteint en tout état de cause pas le seuil minimal de 40 % nécessaire pour obtenir une rente (cf. art. 28 al. 2 LAI).

c) Cependant, dès novembre 2011, l'état de santé psychique de l'intéressée s'est très fortement péjoré et elle a à nouveau présenté une incapacité totale de travail, ceci jusqu'à la fin du mois de janvier 2012. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. D'après cette disposition, la recourante aurait droit à une rente à partir du mois de février 2012. Cet article réserve toutefois l'application par analogie de l'art. 29bis RAI (cf. consid. 3c supra). En l'occurrence, l'intéressée a présenté une incapacité totale de travail durant le délai d'attente d'une année, d'avril 2010 à avril 2011. Elle a théoriquement droit à une rente d'invalidité du 1^{er} avril au 31 juillet 2011. Par la suite, au vu de l'amélioration de son état de santé, cette rente est supprimée dès le mois d'août 2011, soit moins de trois ans avant la péjoration de l'état de santé constatée en novembre 2011. En outre, cette aggravation concerne la même atteinte que celle pour laquelle la recourante doit être mise au bénéfice d'une rente d'invalidité à la mi-2011. Dans ces conditions, l'art. 29bis RAI est applicable par analogie, de sorte que l'intéressée a droit à une rente entière dès l'aggravation de son état de santé, soit dès le 1^{er} novembre 2011, solution qui lui est la plus favorable (cf. consid. 3c supra, en particulier l'exemple du ch. 4011 CIIAI ; CASSO AI 368/11 - 221/2014 du 27 août 2014 consid. 6).

d) Par la suite, l'état de santé de l'assurée s'est amélioré à compter du 1^{er} février 2012, date à laquelle elle a présenté une incapacité de travail de 50 % dans toute activité jusqu'à la fin du mois de juillet 2013. Dès lors, compte tenu du délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 1 in fine RAI, la rente entière octroyée depuis le 1^{er} novembre 2011 doit être réduite dès le mois de mai 2012. L'intéressée ayant recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité à compter du mois d'août 2013, les prestations de l'assurance-invalidité doivent être supprimées au 31 octobre 2013.

S'agissant du calcul du taux global d'invalidité pour la période du 1^{er} mai 2012 au 31 octobre 2013, il sied de considérer, pour la part active, que la recourante présentait une incapacité de travail de 50 % dans toute activité. Dans ces conditions, le degré d'incapacité de travail correspond au degré d'incapacité de gain, de sorte que le taux d'invalidité doit être fixé à 50 % pour la part active (TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010). Quant à la part ménagère, tel que mentionné ci-dessus, le taux d'empêchement est de 16 %. Ainsi, pour cette période, l'assurée a présenté un taux d'invalidité global de 43.2 % ($[80 \times 50 \text{ \%}] + [20 \times 16 \text{ \%}]$). Ce taux ouvre le droit à un quart de rente (cf. art. 28 al. 2 LAI).

e) Concernant le début du droit à la rente, c'est à juste titre que l'intimé a retenu qu'il ne pouvait avoir lieu au plus tôt que le 1^{er} juin 2011 en raison de la demande de prestations tardive de la recourante. En effet, l'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. Selon l'alinéa 3 de cette disposition, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. En l'occurrence, l'intéressée ayant déposé sa demande de prestations le 17 décembre 2010, le droit à la rente a pris naissance le 1^{er} juin 2011 seulement.

8. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2011 au 31 juillet 2011, puis du 1^{er} novembre 2011 au 30 avril 2012, et à un quart de rente du 1^{er} mai 2012 au 31 octobre 2013.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient de fixer ces derniers à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'une mandataire, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris, à la charge de l'OAI.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 17 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que B. _____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2011 au 31 juillet 2011, puis du 1^{er} novembre 2011 au 30 avril 2012, et à un quart de rente du 1^{er} mai 2012 au 31 octobre 2013.

- 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 B. _____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs), débours et TVA compris, à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Valérie Burnens (pour B. _____)
- 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 :