

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 décembre 2020

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

Mmes Férolles et Silva, assesseuses

Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 28 et 28a LAI ; art. 88a RAI

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], Suisse d'origine [...], sans formation, travaillait en qualité d'opératrice/régleuse à plein temps auprès de U._____ SA depuis le 1^{er} mai 2009. Mariée, elle est mère de trois enfants nés en 2000, 2005 et 2011.

Le 30 mars 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), déclarant être totalement incapable de travailler depuis le 16 août 2010 en raison de maux de dos, de tête et des jambes et de dépression existant depuis février 2010.

Dans un formulaire de détermination du statut (part active / part ménagère) du 26 avril 2011, l'intéressée a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 % en qualité d'opératrice d'usine, par intérêt personnel et nécessité financière.

Selon un questionnaire pour l'employeur signé le 26 avril 2011 par U._____ SA, avant l'atteinte à la santé, l'assurée travaillait quarante heures par semaine (100 %) depuis le 1^{er} mai 2009. Elle percevait un salaire mensuel de 3'755 fr. payable treize fois l'an depuis le 1^{er} juillet 2010 ; ce salaire correspondait au rendement.

Le dossier de l'assureur perte de gain maladie de l'employeur a été versé au dossier AI le 28 avril 2011.

Dans un rapport médical du 13 mai 2011, le Dr Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11). S'agissant du pronostic qu'il a qualifié de bon, le psychiatre a retenu que la patiente présentait un état dépressif lié à un contexte spécifique des grossesses, qu'elle avait été en arrêt de travail au

risque de dépression post-partum et que l'évolution était favorable. Il a ajouté que, d'un point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible à 100 %, sans diminution de rendement.

Dans un rapport médical du 13 mai 2011, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif depuis août 2010 et de dorso-lombalgies récidivantes depuis 2004. Il a expliqué ne pas avoir revu la patiente depuis le 8 octobre 2010. Lorsqu'il l'avait vue, elle se plaignait d'angoisse au travail, de troubles du sommeil, d'insomnie, d'anhédonie et de nausées qui n'étaient plus à mettre sur le compte d'une troisième grossesse dont le terme était prévu pour le printemps 2011. Devant la persistance de cette symptomatologie, il avait conseillé à l'assurée de contacter le Dr Z._____ qu'elle avait déjà consulté auparavant. Il a estimé ne pas pouvoir se prononcer sur l'exigibilité éventuelle de l'activité exercée d'un point de vue médical et les mesures de réadaptation professionnelle possibles, avant d'ajouter que la principale raison de l'absentéisme au travail était d'origine psychiatrique, les douleurs dorso-lombaires passant au second plan et pouvant être liées à l'état anxio-dépressif.

Dans un rapport du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 14 juin 2011, le Dr P._____, médecin au SMR, a retenu sous la rubrique « atteinte principale à la santé » qu'il n'y avait aucune atteinte à la santé au sens du droit applicable mais a relevé un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique dans le contexte d'une grossesse et des dorso-lombalgies récidivantes à titre de facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI. Il a estimé que l'intéressée ne présentait pas d'incapacité de travail durable et disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité, sans limitation fonctionnelle.

Il ressortait d'une note de suivi du 28 juin 2011 que l'intéressée allait bien et que la date pour la reprise du travail, après congé maternité, était le 2 août 2011. L'intéressée avait demandé une baisse de son temps de travail à 50 %, pour une courte durée, pour s'occuper de son bébé.

Selon une note intitulée « IP - Proposition de DDP » du 1^{er} juillet 2011, l'assurée avait été en incapacité de travail du 16 août 2010 au 31 mars 2011 mais ne l'était plus depuis son accouchement. En congé maternité à ce moment-là, elle reprendrait son travail dès le 2 août 2011.

Par décision du 17 août 2011 confirmant un projet de décision du 8 juillet 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de l'intéressée, au motif que cette dernière avait été en incapacité de travail du 16 août 2010 au 31 mars 2011 et que « *dès le 1^{er} avril 2011 (sic), [elle avait] repris [son] activité professionnelle à plein temps* ». Elle n'avait dès lors pas présenté d'incapacité de travail durable (une année au moins) au sens du droit applicable.

B. Le 2 mai 2014, C._____ a déposé une seconde demande de prestations AI auprès de l'OAI. Il en ressortait qu'elle était incapable de travailler à 100 % depuis le 6 janvier 2014 en raison d'hémorragies répétitives et de dépression.

Le dossier de l'assureur perte de gain maladie de l'employeur a été versé au dossier AI ce même 2 mai 2014.

Selon un questionnaire pour l'employeur signé le 14 mai 2014 par U._____ SA, avant l'atteinte à la santé, l'assurée travaillait vingt-quatre heures par semaine (60 %) depuis le 1^{er} janvier 2012. Son salaire mensuel s'élevait à 2'300 fr. payable treize fois l'an depuis le 1^{er} juillet 2013 et correspondait au rendement.

Dans un rapport médical du 19 mai 2014, le Dr T._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de « *F 33.2.80* » depuis décembre 2013 et d'anémie ferriprive et métrorragies récidivantes post fausse-couche en mai 2013. Il a observé que suite à sa fausse couche, la patiente avait développé une anémie ferriprive importante et

un état dépressif non accepté jusqu'en décembre 2013. Il a relevé une fatigabilité, une anhédonie et des troubles du sommeil. Le praticien a également estimé que le pronostic était favorable sur le plan purement médical, mais réservé sur le plan psychiatrique. Il a renvoyé au Dr Z._____ s'agissant des limitations fonctionnelles, des mesures de réadaptation professionnelle possibles et de l'exigibilité d'une reprise du travail, précisant qu'il n'avait pas revu la patiente depuis qu'elle était suivie par le psychiatre et le gynécologue. Enfin, il a considéré qu'une activité professionnelle était exigible sans monter sur une échelle ou un échafaudage et en se penchant mais avec limitation, la capacité de concentration et de résistance étant limitée par l'état psychique.

Selon un formulaire de détermination du statut (part active / part ménagère) du 20 mai 2014, sans atteinte à la santé, l'intéressée aurait travaillé à 80 % depuis janvier 2012 en qualité d'opératrice, par nécessité financière.

Il ressortait en particulier d'un rapport initial IP du 20 octobre 2014 que le contrat de travail de l'assurée avait été résilié par l'employeur avec effet au 31 décembre 2014 en raison des absences.

Par communication du 24 octobre 2014, l'OAI a informé l'intéressée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, au motif que sa situation médicale n'était pas encore définie et ne permettait pas la mise en œuvre de telles mesures.

Dans un rapport médical du 3 novembre 2014, le Dr Z._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques (F 33.3). Dans l'anamnèse, il a notamment relevé que l'assurée vivait en [...] au moment de la guerre civile de partition et que, impactée par le massacre de [...], sa famille avait pris la fuite en montagne. Ses parents, sa sœur et elle avaient obtenu l'asile en Suisse où ils avaient émigré en 1993, tandis que deux frères avaient reçu l'interdiction de quitter le pays. Le psychiatre a en outre considéré que la fausse couche semblait avoir été le déclencheur d'un état précaire à plusieurs niveaux, notamment son

vécu pendant les grossesses précédentes qui causait un important désarroi, et des symptômes dépressifs sévères, avec en parallèle, une résurgence des traumatismes de la guerre civile. Qualifiant le pronostic de réservé, il a observé que la patiente présentait un état d'épuisement physique et psychique se manifestant sur le lieu de travail notamment par une intolérance au stress, une irritabilité et une colère contre elle-même et autrui. L'activité exercée n'était plus exigible, mais une activité aurait pu être possible environ deux ou trois heures par jour dans une activité protégée.

Interpellé par le SMR, le Dr T. _____ a précisé le 1^{er} mars 2015, que l'anémie ferriprive de l'intéressée avait fait l'objet d'un traitement marial per os. Un contrôle était prévu au printemps 2015.

Interpellé par le SMR, le Dr Z. _____ a répondu le 1^{er} mai 2015 que le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail était un trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptôme psychotique (F 32.2), que l'état de santé de sa patiente depuis le dernier rapport s'était péjoré et que la capacité de travail était nulle dans une activité habituelle et adaptée. S'agissant des limitations fonctionnelles d'ordre strictement psychiatrique, il a relevé un ralentissement psychomoteur, une agressivité, une irritabilité, un trouble de la concentration mnésique, une humeur effondrée, une aboulie, une anhédonie et une perte de l'élan vital. Le psychiatre a estimé qu'une reprise du travail n'était pas envisageable prochainement. La patiente était « *compliant*e » avec le traitement psychiatrique intégré et il y avait eu trois changements d'antidépresseurs.

Dans un avis médical SMR du 18 mai 2015, les Drs S. _____ et W. _____, médecins au SMR, ont notamment relevé qu'ils avaient présenté le cas à un psychiatre du SMR et qu'il lui apparaissait qu'il existait une évolution torpide, certes somatique dans un premier temps, mais dont les motifs de péjoration ne convainquaient pas et dont le degré

de gravité devait être contrôlé rapidement, sous peine de voir se pérenniser une situation chez l'assurée. Dans ce contexte, ils ont préconisé un examen ou une expertise psychiatrique.

Par courrier du 6 novembre 2015, l'OAI a averti l'assurée que le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avait été mandaté pour effectuer une expertise médicale psychiatrique.

Par courrier du 24 novembre 2015, le Dr Z._____ a informé l'OAI que l'intéressée avait été expertisée sur le plan psychiatrique le 28 novembre 2014 par le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à la demande de l'assurance perte de gain de l'employeur.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique daté du 1^{er} décembre 2014 faisant suite à un entretien avec l'assurée le 28 novembre 2014, le Dr B._____ a résumé des extraits du dossier médical, fait une anamnèse (professionnelle, familiale, psychosociale et psychiatrique), décrit le déroulement du quotidien de l'intéressée et rapporté ses plaintes et symptômes. Il a ensuite détaillé son status psychiatrique, avant de poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2). On extrait en outre ce qui suit de la partie « discussion et appréciation » de son rapport :

"Troubles de la personnalité : [...] La période de l'adolescence, moment de bouleversements et de profonds remaniements psychiques, a été marquée par le fait que Madame C._____ a été mêlée à la guerre de [...], entre l'âge de 13 ans et l'âge de 15-16 ans.

Malgré les conditions et événements défavorables de l'enfance et de l'adolescence, l'assurée ne souffre pas d'un trouble de la personnalité au sens des classifications psychiatriques officielles (CIM-10 ; DSM-V).

[...]

Dépression : [...] Actuellement, l'humeur est déprimée, avec un découragement, un discours négatif, une tristesse permanente, trois épisodes de larmes aux yeux, une perte de l'élan vital, un abattement, ainsi qu'une mimique, une gestuelle et une modulation de la voix abolies.

Il existe une anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir) en ce sens que plus aucune activité n'est même source d'une relative satisfaction. En effet, dans le passé, le fait d'aller voir les magasins, de sortir entre amies, l'activité professionnelle et le fait d'être en famille étaient des activités qualifiées d'agréables.

Est présente une réduction de l'énergie.

Il existe une perte de la confiance en soi.

Sont présents des sentiments de culpabilité en ce sens que les reproches que s'adresse Madame C. _____ ont un caractère excessif ou inapproprié. Ainsi, par exemple, elle s'en veut d'être fautive de l'avortement spontané qui a eu lieu en 2013.

Il n'y a pas, actuellement, d'idées de mort ou de suicide.

On constate une diminution de l'aptitude à penser comme manifestation de la dépression.

Est présent un ralentissement psychomoteur.

Sur le plan des conduites instinctuelles, sont présents des troubles du sommeil (troubles de l'endormissement ; réveils nocturnes), une baisse de l'appétit mais une prise de poids (attribuée à la médication) et une perte de la *libido*.

Les critères 1, 2 et 3 de B. ainsi que les critères 1, 2, 4, 5 et 6 de C. pour la présence d'un épisode dépressif sévère sont vérifiés. Le critère 7 de C. (modification de l'appétit) n'a pas été retenu en l'absence de variation pondérale correspondante (présence d'une prise de poids).

Il n'y a pas d'éléments psychotiques (psychose ; idées délirantes ; hallucinations ; désorganisation prononcée du comportement et/ou de la pensée) en lien avec la dépression, congruents à l'humeur ou non.

[...]

Il y a suffisamment d'arguments pour la présence d'un trouble dépressif récurrent (c'est-à-dire la présence d'au moins deux épisodes de dépression d'une durée minimale de 2 semaines, séparés entre eux par une période d'au moins 2 mois). [...]

Au vu de la discussion qui précède, le diagnostic de Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) doit être posé.

Concernant les éléments-clé de la dépression potentiellement incapacitants (diminution de l'énergie, diminution de la volonté, ralentissement idéomoteur, diminution de l'aptitude à penser, perte de la confiance en soi), la perte de l'énergie se vérifie à l'observation clinique avec une absence d'élan vital et la présence d'un abattement. La perte de l'énergie a tendance à se vérifier à l'analyse du déroulement du quotidien, avec peu d'activités au jour le jour. L'assurée doit se forcer pour avoir quelques activités et plus particulièrement les tâches ménagères. Pour cela, elle doit être aidée par une personne. De même, elle n'arrive pas à s'occuper de son fils cadet.

Il n'y a pas d'aboulie (perte de la volonté) en ce sens que Madame C. _____ explique, par exemple, qu'elle se force à faire les choses, sans quoi elle est confortée dans sa croyance qu'elle est incapable et qu'elle ne sert à rien.

Il existe un ralentissement idéique (initiative, fluidité idéiques) et moteur.

La diminution de l'aptitude à penser est le fait de difficultés pour maintenir l'attention, les troubles de la concentration et de la mémoire. Cela se manifeste par des hésitations, un temps de latence accru des réponses aux questions, le fait que l'assurée doit fournir visiblement un effort pour répondre aux questions et que les réponses manquent de précision. Cela a rendu difficile le processus de recueil de renseignements anamnétiques au cours de l'entretien d'expertise psychiatrique du 28 novembre 2014. Le fait que Madame C._____ n'assume plus les tâches administratives, qu'elle ne lise pas ni ne s'occupe à l'ordinateur, a tendance à confirmer ce qui précède.

Enfin, la perte de la confiance en soi est marquée et influence négativement l'aptitude au travail.

Ce qui précède signifie que l'intensité de certains aspects déterminants de la dépression susceptibles d'interférer avec l'aptitude au travail est telle que celle-ci est nulle.

Les limitations fonctionnelles sont constituées par la perte de l'énergie (marquée), le ralentissement idéomoteur (degré moyen), la diminution de l'aptitude à penser (prononcée) ainsi que la perte de la confiance en soi (marquée).

ESPT : L'assurée a été confrontée, dans le contexte de la guerre de [...], [...] de manière prolongée à des situations et à des événements stressants exceptionnellement menaçants ou catastrophiques. Par conséquent, la question d'un état de stress post-traumatique doit être posée.

[...] il n'y a pas de certitude suffisante pour la vérification du critère D. du diagnostic d'état de stress post-traumatique.

En tout état de cause, la présence de plusieurs éléments d'état de stress post-traumatique complique le traitement de la dépression ; à ce titre, cet aspect ajoute aux facteurs de pronostic défavorable.

[...] Conclusion : Il s'agit d'une assurée de [...] ans qui présente un trouble dépressif récurrent, dont l'épisode actuel est de degré sévère mais sans symptômes psychotiques. À cela se surajoutent des éléments d'état de stress post-traumatique, mais sans que le diagnostic formel ne puisse être posé. La capacité de travail est nulle. À l'heure actuelle, il n'y a pas de perspective de reprise de l'activité professionnelle en termes de courte ou moyenne échéance."

Le Dr J._____, qui a eu deux entretiens avec l'assurée, a fait part de ses constatations et conclusions dans un rapport daté du 2 avril 2016. Dans ce cadre, il a en particulier fait une anamnèse (familiale, personnelle, socioprofessionnelle et affective), décrit l'historique médical, les plaintes et les descriptions subjectives de l'assurée et fait un résumé du dossier médical. Il a ensuite rapporté ses constatations cliniques (observations cliniques par l'expert, observations cliniques résumées selon

le système AMDP [Association pour la Méthodologie et la Documentation en Psychiatrie] et échelle de ralentissement, échelle de MADRS [Montgomery-Åsberg depression rating scale]). Dans la partie « discussion » de son rapport, l'expert a notamment retenu ce qui suit :

"[...] L'assurée a fait en 2013 une fausse couche qui a été très mal vécue. En dehors des nombreux symptômes gynécologiques et somatiques, l'apparition d'un état dépressif qui a été décrit d'abord par ses médecins comme réactionnel, ensuite moyen, et encore plus tard comme sévère. Dans l'expertise du Dr B. _____ de novembre 2014, le tableau est même particulièrement pessimiste avec un pronostic sombre et d'atteinte durable.

À ce moment-là, Mme C. _____ a pris la décision d'une stérilisation pour ne plus aller plus loin dans la complexification et la charge familiale. Elle avait par ailleurs déjà auparavant (2011) réduit son taux de travail volontairement à 60 % pour des raisons familiales. Elle était outrée de constater qu'elle devait payer de sa poche les mesures de stérilisation. Nous avons constaté encore aujourd'hui ici une certaine colère contre le système en place et ses règles. Elle était autrement, comme mentionné, déjà dans un discours spontané très centré sur les atteintes somatiques, en particulier la notion centrale de fatigue en permanence. Du côté psychique elle a évoqué une sensibilité au stress, de l'anxiété, des moments de retrait, des moments de tristesse, une diminution des plaisirs et de disponibilité pour les choses de la vie et autres symptômes.

Objectivement, nous avons vu et décrit une femme dans une présentation correcte, non souriante, hésitante, tendue, en manque d'élan et d'amplitude corporelle, adéquate dans le contact mais lente et ralentie pour la plupart des fonctions. L'application de l'échelle de ralentissement a montré effectivement une valeur significative de moyenne intensité.

Les fonctions cognitives proprement dites étaient en ordre, mais elle manquait de flexibilité et de fluidité. Du côté affectif, il y avait un état de tristesse sous-jacent invariable, également des expressions dysphoriques prononcées, un élan vital abaissé, un manque d'accès aux plaisirs. Elle n'était pas particulièrement anxieuse. Au niveau de sa personnalité, elle était centrée sur les symptômes somatiques, les problèmes de famille, préoccupée par la situation financière de la famille. Dans l'ensemble, nous avons retenu un état dépressif de moyenne intensité, ce qui s'est également vérifié avec l'application de l'échelle MADRS.

Nous avons effectué un monitoring médicamenteux qui a montré une observance correcte pour l'antidépresseur prescrit. En parallèle, nous avons effectué un contrôle des paramètres de la thyroïde qui se sont avérés normaux. Force est donc de constater qu'il y a un état dépressif significatif en vigueur malgré le traitement appliqué.

Il y a cependant une différence intervenue par rapport au constat de novembre 2014. À ce moment-là (expertise du Dr B. _____), l'assurée ne pouvait pas s'occuper de ses enfants, elle était dans une symptomatologie sévère, il y avait une absence de l'élan vital et très peu d'activités possibles. Le conseil de l'expert de changer la

substance antidépressive a été suivi (Cipralext vers Eflexor) et visiblement un certain résultat a été obtenu.

Aujourd'hui, l'élan vital était réduit mais pas absent. Il y avait également abattement, mais l'assurée pouvait moyennement participer aux activités de la famille et de son entourage. Elle n'est de loin pas déconnectée. Remarquons aussi que nous avons vu l'assurée pour un deuxième entretien où nous avons fait le constat qu'elle était légèrement plus détendue et même quelque fois subtilement souriante.

En résumé, il s'agit donc d'une part d'une situation familiale assez lourde, associée à des sensibilités physiques particulières (syndrome prémenstruel, anémie) et d'une sensibilité dépressive certaine. Après analyse de l'ensemble des facteurs et données, nous sommes arrivés à la conclusion qu'il existe pour la fonction de mère et d'épouse une diminution de rendement/capacité d'assumer de 30 % et pour une activité extérieure à la famille/professionnelle, une incapacité de travail de 50 %. Cette évaluation ne tient pas compte des facteurs personnels, contextuels, culturels, financiers et autres."

Dans un point « VIII. Résumé, diagnostics et conclusions », l'expert J. _____ a retenu que, sur le plan psychiatrique, l'atteinte à la santé de l'intéressée prenait essentiellement la forme d'une atteinte dépressive. Il existait des limitations fonctionnelles relativement importantes liées à l'atteinte dépressive (tristesse permanente, anhédonie, asthénie, diminution de l'élan vital, fatigue, fatigabilité), étant précisé qu'il avait fait une différenciation avec les facteurs extramédicaux (situation financière, situation complexe de la famille, conditions de logement et faible réseau d'entraide) et fait abstraction des facteurs somatiques (anémie et syndrome prémenstruel). Il a également retenu qu'il n'y avait ni motif d'exclusion, ni maladie addictive ni indice pour un trouble clinique de la personnalité. L'assurée disposait d'une certaine volonté et de résilience, mais était à ce stade aux limites de ses capacités adaptatives. S'agissant du contexte social, l'expert a retenu que d'après toutes les informations obtenues, l'assurée assumait son ménage, mais avec difficulté, peine et un ralentissement objectivé. Elle bénéficiait d'un faible réseau social, d'une bonne communication, au fond d'une bonne motivation et d'une adhésion à la thérapie. Le Dr J. _____ a ensuite posé le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.10). Il a relevé que les thérapies avaient été suivies d'une manière correcte, le monitoring médicamenteux ayant montré une observance, et que la collaboration était bonne. A ce stade, il n'y avait pas d'autre mesure

imaginable. Le diagnostic allait probablement s'améliorer dans la mesure où des facteurs contextuels s'amélioreraient (enfants qui grandissent, changement d'appartement, etc.). S'agissant de la cohérence, l'expert a observé qu'il avait constaté une concordance entre le comportement de l'assurée et les symptômes, les descriptions d'autres intervenants et les siennes (exception faite de l'amélioration graduelle constatée) et les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assurée. L'état dépressif avait un impact relativement important sur la capacité de travail, un peu moins sur les activités domestiques, et il y avait eu une nette réduction du niveau d'activité après l'apparition de l'atteinte à la santé. Finalement, l'expert s'est prononcé sur la capacité de travail de l'intéressée comme suit :

"F. Capacité de travail :

1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici (depuis quand réduite ?)

Nous évaluons la capacité de travail dans une activité professionnelle à 50 % dès maintenant, de 70 % dans des activités domestiques.

2. Capacité de travail dans une activité correspondant (adaptée) aux aptitudes de l'assurée (depuis quand elle peut être exigée ?) :

Capacité de travail de 50 % dans toutes les activités professionnelles imaginables.

3. Evolution de la capacité de travail ?

Nous avons constaté une amélioration entre 2014 et 2016.

4. Eventuelle diminution de rendement dans l'activité exercée et adaptée ?

Pas dans le contexte mentionné."

Dans un avis médical du 19 avril 2016, le Dr S._____ a retenu que sur le plan somatique l'anémie d'origine gynécologique était censée avoir été corrigée. Si ce n'était pas le cas, un traitement intraveineux aurait été susceptible de corriger cet état en une seule transfusion de fer, de sorte que l'anémie ne constituait pas une raison de prolonger une quelconque incapacité de travail qui restait du domaine psychiatrique. Le médecin du SMR a par ailleurs relevé que, sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail datant du 20 février 2014 avait été validée par le Dr Z._____ et qu'au jour de l'expertise du Dr B._____, l'incapacité de travailler à 100 % avait également été validée, avec un

mauvais pronostic. Il a ajouté qu'il ressortait de l'expertise psychiatrique du Dr J._____ qu'il existait une amélioration constatée à l'anamnèse, au status qui ne montrait plus une assurée négligée et renfermée. Un certain ralentissement justifiait toutefois une diminution de rendement en tant que ménagère de 30 % et une échelle d'évaluation de MADRS corroborait le degré de gravité moyen et ne permettait pas une capacité de travail de plus de 50 % en tant qu'active. Le Dr S._____ a conclu son avis médical comme suit :

- "• Début de l'aggravation de l'état de santé : 20.2.2014
- Évolution de l'IT : du 20.2.2014-2.4.2016 : 100 % ; dès le 3.4.2016 50 % en tant qu'active et 30 % en tant que ménagère
- Capacité de travail :
 - Activité habituelle : 50 % en tant qu'active ; 70 % en tant que ménagère
 - Activité adaptée : idem supra.
- Limitations fonctionnelles : fatigue, ralentissement psychique, tristesse permanente, anhédonie, asthénie, diminution de l'élan vital sans disparition, fatigue, fatigabilité
- Mesures exigibles : OUI il s'agit d'un suivi régulier chez son généraliste afin de contrôler son anémie et chez son psychiatre.
- Réadaptation : aucune mesure n'est susceptible de diminuer le dommage.
- Révision : à une année
- Remarque : l'assurée devra être informée des mesures exigibles et des conséquences auxquelles elle s'exposerait si elle devait y déroger."

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 1^{er} décembre 2016. Dans un rapport daté du 8 décembre 2016, l'enquêtrice a décrit les conditions de logement, l'équipement technique à disposition, ainsi que la situation géographique et l'environnement de l'appartement de la famille de l'assurée. Elle a retenu une part active de 80 % et une part ménagère de 20 %. Le degré d'invalidité pour la part ménagère a été évalué à 37.70 %, compte tenu notamment de l'aide apportée par l'époux, la fille aînée et la belle-sœur de l'intéressée.

Par projet de décision du 17 mars 2017, l'OAI a informé l'assurée de sa volonté de lui octroyer une rente entière du 1^{er} janvier 2015 au 31 juillet 2016, pour les motifs suivants :

"Depuis le 6 janvier 2014 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail et de gain est notablement restreinte.

Sur la base de l'enquête ménagère effectuée le 1^{er} décembre 2016, nous retenons que sans atteinte à la santé, vous auriez exercé une activité lucrative à 80 % (part active) en tant qu'opératrice auprès d'U. _____ SA. Le 20 % restant correspond à vos travaux habituels (part ménagère).

Après l'enquête effectuée sur place, les empêchements rencontrés dans la tenue de votre ménage sont évalués à 37.7 %.

Il ressort des pièces du dossier qu'à la fin du délai d'attente, soit le 6 janvier 2015, vous présentez une totale incapacité de travail et de gain dans toute activité professionnelle. Aussi, l'empêchement sur la part active est de 100 %.

Le degré d'invalidité dans ces deux domaines (actif et ménager) est donc le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Part active	80 %	100.00 %	80.00 %
Part ménagère	20 %	37.70 %	7.54 %
Degré d'invalidité			87.54 %

Le degré d'invalidité s'élève dès lors à 88 % ouvrant le droit à une rente entière.

Dès le 3 avril 2016, sur la base des éléments en notre possession, nous retenons que vous présentez une capacité de travail à 50 % (sur 100 %) dans votre activité habituelle, ainsi que dans toute activité adaptée.

Vos empêchements sur la part active s'élèvent :

$$\frac{80 \% (\text{taux d'activité en bonne santé}) - 50 \% (\text{capacité de travail résiduelle})}{x 100} = 80\% (\text{taux d'activité en bonne santé})$$

$$= 37.50 \%$$

Le degré d'invalidité dans ces deux domaines (actif et ménager) est donc le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Part active	80 %	37.50 %	30.00 %
Part ménagère	20 %	37.70 %	7.54 %
Degré d'invalidité			37.54 %

Le degré d'invalidité s'élève dès lors à 38 % n'ouvrant plus le droit à une rente d'invalidité (inférieur à 40 %).

La rente entière initialement octroyée est versée jusqu'au 31 juillet 2016 compte tenu de l'art. 88a al. 1 RAI.

En outre, des conclusions de notre spécialiste en réadaptation, aucune mesure professionnelle ne pourrait réduire le préjudice économique."

Par courrier du 4 avril 2017, l'assurée a fait part de ses objections au projet de décision susmentionné. Elle a soutenu souffrir d'une dépression récurrente depuis de nombreuses années, à tout le

moins depuis 2005. Malgré ses nombreuses tentatives de renouer avec une activité professionnelle lucrative, elle ne s'était jamais sentie totalement guérie et avait été continuellement sous traitement psychiatrique pour cette maladie. Elle a considéré, dans ce contexte, que la décision de l'OAI était arbitraire. Elle ne se sentait pas du tout apte à assumer quelque activité professionnelle que ce soit en raison de sa dépression. Pour ces motifs, elle priait l'OAI de bien vouloir réexaminer son dossier pour une évaluation plus adéquate.

Par décision du 6 juin 2017 conforme au projet précité, l'OAI a accordé à l'intéressée une rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2015 au 31 juillet 2016.

C. Par acte du 5 juillet 2017 (date du timbre postal), C. _____ a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. En substance, elle a fait valoir qu'elle souffrait depuis de nombreuses années d'une dépression sévère qui l'avait fortement handicapée au quotidien. Elle avait toujours essayé de se soigner et de continuer son activité professionnelle au mieux jusqu'en 2014 où la maladie avait pris le dessus. Depuis lors, malgré un traitement important sur le plan médicamenteux et thérapeutique, la situation ne s'était guère améliorée. Elle avait de ce fait perdu son travail, auquel elle tenait énormément. La recourante a ajouté que, nonobstant de nombreux changements de médicaments, sa situation sur le plan médical n'avait pas changé. Même les activités de maintien du quotidien lui étaient extrêmement difficiles malgré l'aide importante fournie par son conjoint et ses enfants. Elle n'était, dans ce contexte, pas d'accord avec l'appréciation de l'intimé qui estimait que le degré d'invalidité en raison de sa maladie s'élevait seulement à 38 %.

Par réponse du 31 août 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours, après avoir notamment souligné qu'aucun élément au dossier ne remettait en cause les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique du

Dr J._____, selon lequel la capacité de travail de l'intéressée était de 50 %.

Dans une réplique du 15 septembre 2017 (date du timbre postal), la recourante a soutenu qu'elle était toujours sous traitement médical et que sa dépression n'avait connu aucune amélioration. Vu la médication à prendre quotidiennement, il lui était impossible d'assumer les activités usuelles pour une bonne hygiène de vie. De ce fait, elle ne pouvait imaginer assurer un emploi, quel que soit le taux d'activité. L'intéressée a également demandé un soutien de l'intimé afin de pouvoir envisager une reprise du travail, dès que son état général se serait amélioré. Pendant cette période, il lui était indispensable d'avoir une aide financière afin de retrouver le calme dans un stress récurrent. Pour le surplus, elle a renvoyé à son dernier courrier. A l'appui de son propos, la recourante a produit un certificat médical du Dr Z._____ daté du 12 septembre 2017. Il en ressortait que l'intéressée était suivie par le psychiatre depuis 2004 pour une affection psychiatrique récurrente, que la situation était devenue préoccupante depuis 2014 où, malgré une médication importante, elle n'arrivait pas à retrouver sa santé psychique antérieure. Le spécialiste estimait en outre que la patiente était en incapacité de travail à 100 % depuis début février 2014.

Par duplique du 3 octobre 2017, l'intimé a maintenu sa position.

La recourante s'est déterminée le 11 février 2020.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui

est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 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).

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

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il 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 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1 ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à continuer de percevoir une rente d'invalidité au-delà du 31 juillet 2016.

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 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGGA).

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge en cas de recours - se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, 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, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.3.2 et la jurisprudence citée et 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle

de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

4. a) Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 et 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1, 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 et 8C_104/2009 du 14 décembre 2009 consid. 2).

b) En vertu de 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 et 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 9C_718/2016 du 14 février 2017 consid. 6.1 et 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; TF 9C_140/2017 du 18 août 2017 consid. 4.2 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

En cas d'allocation d'une rente échelonnée ou temporaire, la date de la modification du droit doit être fixée conformément à l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201).

En vertu 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 ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son activité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a durée trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'art. 88a al. 2 RAI prévoit quant à lui que si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29^{bis} est toutefois applicable par analogie.

5. En l'espèce, la décision litigieuse de l'OAI se fondait principalement sur l'avis SMR du 19 avril 2016, dans lequel le Dr S. _____ a exclu tout diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail en raison de l'anémie et a fait siens le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (avec ou sans symptômes psychotiques) posé en 2014 par les Drs Z. _____ et B. _____, ainsi que le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique posé en 2016 par l'expert J. _____. Il a retenu une incapacité de travail totale du 20 février 2014 au 2 avril 2016, suivie dès le 3 avril 2016 d'une capacité de travail à 50 % en tant qu'active et 70 % en tant que ménagère. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : fatigue, ralentissement psychique, tristesse permanente, anhédonie, asthénie, diminution de l'élan vital sans disparition, fatigue et fatigabilité.

Aucun élément au dossier ne permet de s'écarter de cette appréciation.

a) Sur la plan somatique, le Dr T. _____ a posé dans son rapport médical du 19 mai 2014 le diagnostic avec effet sur la capacité de

travail d'anémie ferriprive et métrorragies récidivantes post fausse-couche. Il a qualifié le pronostic de « favorable » au plan purement médical et considéré qu'une activité professionnelle était exigible sans monter sur une échelle ou un échafaudage et en se penchant mais avec limitation et que la capacité de concentration et de résistance était limitée par l'état psychique. Il a toutefois renvoyé au Dr Z. _____ s'agissant des limitations fonctionnelles, des mesures de réadaptation professionnelle possibles et de l'exigibilité d'une reprise du travail, après avoir précisé qu'il n'avait pas revu l'intéressée depuis qu'elle était suivie pas ses confrères. Le 1^{er} mars 2015, le Dr T. _____ a encore indiqué que l'anémie ferriprive de l'intéressée avait fait l'objet d'un traitement martial per os et qu'un contrôle était prévu au printemps 2015. Aucun élément médical n'a toutefois été produit après 2015 pour justifier de la persistance d'une incapacité de travail en raison de cette pathologie, de sorte qu'aucun trouble somatique invalidant ne peut être retenu.

b) Sur le plan psychique, dans son rapport médical du 3 novembre 2014, le Dr Z. _____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques (F 33.3) et a estimé que l'intéressée était totalement incapable de travailler, sous réserve d'une activité protégée deux ou trois heures par jour. Le 1^{er} mai 2015, il a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode sévère, sans symptôme psychotique (F 32.2) et considéré que la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité. Les limitations fonctionnelles étaient un ralentissement psychomoteur, une agressivité, une irritabilité, un trouble de la concentration mnésique, une humeur effondrée, une aboulie, une anhédonie et une perte de l'élan vital.

Le Dr B. _____, qui a examiné l'intéressée à la fin de l'année 2014, était en phase avec l'appréciation du Dr Z. _____. Il a lui aussi posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2) et estimé que l'intéressée était incapable de travailler dans toute activité (rapport d'expertise psychiatrique du 1^{er} décembre 2014). Il a observé une absence d'élan

vital et la présence d'un abattement. L'intéressée devait se forcer pour avoir quelques activités et plus particulièrement pour les tâches ménagères. Elle devait être aidée par une personne et n'arrivait pas à s'occuper de son fils cadet. Les limitations fonctionnelles étaient pour ce psychiatre une perte de l'énergie (marquée), un ralentissement idéomoteur (degré moyen), une diminution de l'aptitude à penser (prononcée) ainsi qu'une perte de la confiance en soi (marquée). Le Dr B. _____ a en outre exclu tout trouble de la personnalité et estimé qu'il n'y avait pas d'élément suffisant pour retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique.

Dans son rapport daté du 2 avril 2016, l'expert J. _____ a posé le diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.10) et relevé n'avoir décelé aucun indice pour un trouble clinique de la personnalité. Il a évalué la capacité de travail de la recourante à 50 % dans une activité professionnelle et à 70 % dans les activités domestiques, dès le jour de l'expertise. L'expert a précisé que son diagnostic avait été également vérifié avec l'application de l'échelle MADRS. Il a en outre expliqué en détails les raisons pour lesquelles il s'écartait du diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère posé par le Dr B. _____. L'expert a décrit une amélioration de l'état de santé de la recourante entre novembre 2014, moment de l'expertise du Dr B. _____, et 2016 lorsqu'il a effectué sa propre expertise. En 2014, l'intéressée ne pouvait pas s'occuper de ses enfants, elle était dans une symptomatologie sévère, il y avait une absence de l'élan vital et très peu d'activités possibles. Alors qu'en 2016, l'élan vital était réduit mais pas absent. Il y avait également abattement, mais la recourante pouvait moyennement participer aux activités de la famille et de son entourage. Elle n'était de loin pas déconnectée. L'expert a expliqué que cette évolution était visiblement le fruit d'un changement de substance antidépressive préconisé par le Dr B. _____ (Cipralex vers Efexor).

Le rapport d'expertise du Dr J._____ reposait sur un examen personnel de la recourante, au cours de deux entretiens, ainsi que sur les pièces médicales figurant au dossier. Il a récapitulé l'anamnèse de la recourante (familiale, personnelle, sociale et professionnelle) et exposé les plaintes de l'intéressée. L'expert a en outre effectué ses propres tests. Il a ensuite fait part de son diagnostic avant de discuter largement les troubles de l'intéressée. Il a exposé de manière convaincante pour quels motifs il s'écartait de l'appréciation du Dr B._____ s'agissant de la sévérité de l'épisode dépressif au moment de son expertise. Il a en particulier mis en exergue le fait que la recourante avait retrouvé un élan vital minimal et la capacité de s'occuper un minimum de sa famille. Ses conclusions sont claires et bien motivées, de sorte qu'il faut reconnaître pleine valeur probante à l'expertise J._____. Il se justifie dès lors de suivre cette expertise plus récente que celle du Dr B._____ et très fouillée pour évaluer l'état de santé de la recourante à compter du mois d'avril 2016.

Le certificat médical du 12 septembre 2017 du Dr Z._____, qui faisait état d'une incapacité de travail à 100 % depuis début février 2014, ne permet pas de s'écarter de l'expertise du Dr J._____. En effet, dans ce certificat très succinct, le Dr Z._____ n'a pas expliqué pour quelles raisons il se distancie de l'appréciation de l'expert. Il s'est contenté de mentionner une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis 2014, sans toutefois apporter le moindre élément nouveau susceptible d'objectiver son propos.

c) Au vu de ce qui précède, force est de constater que la recourante a présenté une incapacité de travail totale du 20 février 2014 au 2 avril 2016 et que, depuis le 3 avril 2016, elle présentait une capacité de travail de 50 % en tant qu'active dans toute activité professionnelle.

6. a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations (ATF 137 V 334 consid. 3.1 ; TF 9C_827/2016 du 31 juillet 2017 consid. 5.1) : la méthode générale de la

comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), la méthode spécifique pour qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et la méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou travaillant sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint (art. 28a al. 3 LAI ; ATF 130 V 393).

aa) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1). C'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI cum art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29).

bb) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels (ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). C'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI cum art. 8 al. 3 LPGA). Par travaux habituels, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI). Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI) - pratique dont le Tribunal

fédéral a admis la conformité (TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3).

cc) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.1.3). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI cum art. 27bis RAI ; ATF 131 V 51 consid. 5.1.2). L'invalidité totale de la personne assurée résulte de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146).

dd) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; TF 9C_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 3.2).

b) En l'espèce, la Cour de céans constate préalablement que c'est à juste titre que l'OAI a appliqué la méthode mixte pour évaluer le taux d'invalidité de la recourante et retenu un statut de 80 % active et 20 % ménagère, dès lors qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que, sans atteinte à la santé, cette dernière aurait exercé une activité professionnelle à 80 % (formulaire de détermination du statut du 20 mai 2014 notamment).

c) Pour déterminer le taux d'invalidité pour la part active, l'intimé a tenu compte de la capacité résiduelle de travail en pourcents (0 % du 20 février 2014 au 2 avril 2016 puis 50 % dès le 3 avril 2016), ce qui n'est pas critiquable dans la mesure où on peut admettre qu'il n'est pas possible de déterminer précisément le revenu avec et sans invalidité de la recourante (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2077 p. 551). Compte tenu de cette capacité résiduelle de travail et du taux d'activité que l'intéressée aurait exercé sans atteinte à la santé (80 %), l'empêchement pour la part active s'élève à 100 % du 20 février 2014 au 2 avril 2016, respectivement à 37.5 % dès le 3 avril 2016 ($[80\% - 50\% \times 100\%] : 80\%$). L'intéressée ayant un statut de 80 % active, le taux d'invalidité pour cette part était de 80 % du 20 février 2014 au 2 avril 2016 ($[80 \times 100] : 100$), respectivement de 30 % dès le 3 avril 2016 ($[80 \times 37.5] : 100$). Le taux d'invalidité tel que calculé par l'intimé pour la part active doit ainsi être confirmé.

A noter que le résultat serait le même si l'on se fondait sur les données statistiques résultant de l'enquête sur la structure des salaires (ESS), en considérant que la recourante n'avait plus retravaillé dans son ancien emploi depuis trop longtemps pour prendre en compte le dernier salaire réalisé. Le salaire de référence à retenir correspondrait dans ce cas au niveau de qualification 1, soit le revenu auquel peuvent prétendre les hommes et les femmes effectuant les tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services). En 2014, ce revenu s'élevait à 4'300 fr. par mois pour les femmes, part au 13^{ème} salaire

comprise (ESS 2014, TA1, niveau de qualification 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 2015 (41,7 heures [Indicateurs du marché du travail 2016 de l'Office fédéral de la statistique (OFS), tableau T18 ; les données 2016 ne sont pas encore disponibles), le revenu mensuel s'élève à 4'482 fr. 75 ($4'806 \text{ fr.} \times 41,7 : 40$), ce qui donne un salaire annuel de 53'793 francs. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2014 à 2015 (+0.4 % ; Indice suisse des salaires, Indice des prix à la consommation, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2016 [2/2]) et de 2015 à 2016 (+0.7 %), on obtient un revenu annuel de 54'386 fr. 20, dont le 80 % est égal à 43'509 fr. et le 50 % à 27'193 fr. 10. La perte de gain ainsi obtenue s'élève là encore à 100 % du 20 février 2014 au 2 avril 2016, respectivement à 37.5 % dès le 3 avril 2016 ($27'193 \text{ fr.} 10 : 43'509 \text{ fr.} \times 100 \%$).

d) Le degré d'invalidité pour la part ménagère a été calculé sur la base du taux d'invalidité arrêté dans l'enquête économique sur le ménage effectuée le 1^{er} décembre 2016, à savoir à 37.70 %.

La Cour observe à cet égard que le rapport d'enquête économique sur le ménage du 8 décembre 2016 a été établi par une personne qualifiée, qui s'est rendue chez la recourante et a pris connaissance de l'agencement de l'appartement, ainsi que de la situation géographique et de l'environnement alentour. Elle avait connaissance des limitations fonctionnelles résultant des diagnostics médicaux retenus par le SMR, l'avis médical SMR déterminant datant du 19 avril 2016. L'enquêtrice a tenu compte des indications de l'intéressée et les a consignées dans son rapport. Elle a évalué son empêchement en prenant en considération l'aide qu'elle pouvait raisonnablement exiger des membres de sa famille, ce qui n'est au demeurant pas critiquable. Ce rapport – plausible, motivé et détaillé – a ainsi pleine valeur probante.

On relèvera encore que les conclusions dudit rapport étaient superposables – quoique légèrement plus favorables à la recourante – à celles de l'expert J._____ qui, pour rappel, avait retenu un taux d'invalidité de 30 % pour la part ménagère (rapport du 2 avril 2016). Les autres éléments au dossier ne justifiaient pas non plus s'écarter du taux d'invalidité arrêté dans l'enquête économique sur le ménage.

L'intéressée ayant un statut de 20 % ménagère, le taux d'invalidité pour cette part était de 7.54 % ($[20 \times 37.70] : 100$) tant du 20 février 2014 au 2 avril 2016, qu'à compter du 3 avril 2016. La décision litigieuse doit ainsi également être confirmée sur ce point.

e) Au vu de ce qui précède, le taux d'invalidité global de l'intéressée s'élevait à 87.54 % (80 % [taux d'invalidité pour la part active] + 7.54 % [taux d'invalidité pour la part ménagère]) du 20 février 2014 au 2 avril 2016, ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité. Il était en revanche de 37.54 % (30 % [taux d'invalidité pour la part active] + 7.54 % [taux d'invalidité pour la part ménagère]) dès le 3 avril 2016, ce qui ne donnait pas droit à une rente d'invalidité.

Force est ainsi de constater que la recourante avait effectivement droit à une rente entière jusqu'au 31 juillet 2016 seulement, soit trois mois après la date à partir de laquelle elle avait recouvré une capacité de travail suffisante (art. 88a al. 1 RAI). Son droit s'étant éteint après cette date, c'est à juste titre que l'intimé lui a dénié tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} août 2016.

7. Le dossier étant complet, il n'y a pas lieu d'ordonner de compléments d'instruction. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

8. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, non représentée, n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 6 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de C._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- C. _____,
- 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).

Le greffier :