

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 septembre 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Tedeschi

Cause pendante entre :

Q._____, [...], recourante, agissant par sa curatrice Z._____, et représentée par Me Karim Hichri, avocat auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 28 et 29 LAI.

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, a exercé en qualité d'auxiliaire de santé polyvalente pour l'association I. _____ du [...] (ci-après : le I. _____) à un taux de 70 % dès le 1^{er} juillet 1997 jusqu'en 2003, puis à 50 % jusqu'en 2008.

Dès le 8 juillet 2008, l'assurée a été en incapacité de travail à 100 %.

Le 28 janvier 2009, l'intéressée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, indiquant souffrir de problèmes d'asthme, d'acouphènes et d'arthrose dans les doigts, atteintes induisant une grande fatigabilité. Ces troubles étaient accompagnés d'une surcharge aux niveaux professionnel et familial qui avait conduit à une dépression grave. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée.

Par rapport du 24 avril 2009, la Dre R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec début de syndrome somatique (CIM-10 F33.11) depuis juillet 2008. Elle a attesté d'une incapacité de travail complète depuis le 4 août 2008 et que la profession d'auxiliaire de santé n'était plus exigible, mais qu'une reprise de l'activité professionnelle était toutefois envisageable immédiatement à 50 % dans une autre activité tenant compte des limitations physiques et psychiques de l'intéressée.

Dans son avis du 2 juin 2009, le Dr V. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 F33.1) comme atteinte principale à la santé, relevant également un

asthme bronchique allergique et une bronchopneumopathie chronique obstructive (ci-après: BPCO), ces diagnostics n'étant toutefois pas du ressort de l'assurance-invalidité. Il a évalué l'incapacité de travail à 100 % et a indiqué que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'auxiliaire de santé ; toutefois, la capacité de travail exigible dans une activité adaptée restait de 50 % dès février 2009. Quant aux limitations fonctionnelles, elles correspondaient, au niveau psychique, à des difficultés de concentration, une fatigabilité psychique, une tendance aux ruminations et un manque de confiance en soi.

Selon un rapport d'enquête ménagère du 13 novembre 2009, l'enquêteur a considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée exercerait une activité lucrative à 80 % et consacrerait 20 % de son temps à des activités ménagères.

Le 30 mars 2010, l'employeur a informé l'assurée mettre fin au contrat de travail qui les liait avec effet au 8 juillet 2010.

Le 2 juillet 2010, l'OAI a communiqué prendre en charge une mesure d'observation professionnelle auprès de Y._____ de [...] du 7 juin au 24 septembre 2010, à 50 %, dans le but d'examiner les aptitudes à la réadaptation professionnelle et la capacité de travail de l'assurée.

A la suite de cet examen, l'assurée a été engagée le 20 août 2010 par Y._____ en qualité d'apprentie assistante de bureau avec attestation fédérale de formation professionnelle (ci-après : AFP). Par décision du 14 septembre 2010, l'OAI a pris en charge cette formation, à effectuer à 50 %, du 23 septembre 2010 au 31 juillet 2012.

Par rapport de synthèse du 20 décembre 2011, le directeur de Y._____ a indiqué que les problèmes de santé de l'assurée avaient causé de nombreuses absences depuis le début de sa seconde année. Il a notamment mentionné que l'intéressée avait subi une opération du tunnel carpien le 11 novembre 2011, qu'une autre opération était prévue pour 2012 et que différents éléments médicaux demeuraient en suspens. Pour

ces motifs, Y._____ - avec l'accord de l'assurée - avait mis fin à la mesure de formation d'assistante de bureau AFP avec effet au 23 novembre 2011, sa poursuite n'était plus réaliste.

Par avis du 31 janvier 2012, le Dr F._____, médecin auprès du SMR, a requis des compléments d'informations aux différents médecins traitants de l'assurée.

S'agissant de l'aspect psychiatrique, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué, dans son rapport du 25 juillet 2012, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (CIM-10 F33.01), existant depuis décembre 2011, avec effet sur la capacité de travail. Par ailleurs, il a ajouté que cette atteinte entraînait en concurrence avec des troubles somatiques importants invalidants. Ainsi, la possibilité d'une reprise de travail semblait difficile. Il attestait d'une incapacité de travail de 100 % du 20 décembre 2011 au 31 août 2012 sur le plan psychiatrique. L'activité exercée n'était plus exigible et on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.

A teneur d'un rapport SMR du 6 novembre 2012, le Dr F._____ a retenu que l'assurée avait souffert de deux atteintes somatiques successives, soit un syndrome de tunnel canal carpien droit et une arthrodèse métacarpo-phalangienne, ayant chacune entraîné une opération et des incapacités de travail temporaires. Concernant l'aspect psychiatrique, il convenait encore de réinterroger le médecin psychiatre.

A la suite de cette demande, le Dr C._____ a répondu le 6 décembre 2012 que l'état de santé était stationnaire depuis juillet 2012 et que les limitations fonctionnelles correspondaient essentiellement à une asthénie, une perte d'élan vital, des troubles du sommeil, des idées suicidaires passives, une perte de motivation et des difficultés à initier des tâches. A la question de déterminer quelle était l'évolution de la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations psychiques, ce

praticien a répondu que la patiente présentait actuellement une incapacité totale dans le premier marché de l'emploi.

Le 21 mai 2013, le Dr F._____ a requis qu'il soit procédé à une expertise psychiatrique avec contrôles sériques.

Par rapport d'expertise psychiatrique du 25 février 2014, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a constaté un trouble somatoforme, sans précision (CIM-10 F45.9), depuis 2007-2008, indiquant que ce trouble n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail actuelle et qu'il n'existait pas d'état dépressif. En conclusion, il a déterminé que la capacité de travail était entière sur le plan psychiatrique.

S'agissant des atteintes somatiques, la Dre D._____, médecin praticienne, a diagnostiqué, dans un rapport du 28 octobre 2014, des cervicalgies chroniques avec irradiation radiculaire bilatérale non déficitaire et une gonarthrose tricompartmentale débutante avec ostéophytose et entéropathies à droite. Concernant la capacité de travail dans l'activité habituelle d'auxiliaire de vie, celle-ci était nulle ; en revanche, dans une activité adaptée, elle était de 50 % depuis le 15 mai 2012.

Par avis SMR du 20 novembre 2014, la Dre N._____, médecin au SMR, s'est intégralement référée à l'opinion de la Dre D._____, retenant que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais était de 50 % dans une activité adaptée depuis 2012.

Dans ce contexte, l'OAI a proposé le 6 mai 2015 un entraînement à l'endurance auprès de J._____ à [...] du 4 mai au 21 août 2015, prolongée jusqu'au 31 décembre 2015. Dans un rapport du 18 septembre 2015, le Dr C._____ a indiqué que l'évolution psychiatrique était favorable et que cette mesure de réinsertion professionnelle se révélait positive.

Aux termes d'un courrier du 5 janvier 2016, l'OAI a octroyé à l'assurée le droit à un bilan de compétence à effectuer auprès de B._____, à [...], du 12 janvier au 9 février 2016. Toutefois, l'assurée a rapidement interrompu cette mesure, laquelle était trop exigeante psychologiquement et émotionnellement, tel qu'indiqué dans la note d'entretien du 19 janvier 2016 d'un collaborateur de l'OAI.

Se déterminant sur cet évènement dans un rapport du 12 avril 2016, le Dr C._____ a confirmé le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F33.2), et a ajouté le diagnostic de structure de personnalité, état limite, avec traits dépendants, anxieux et dépressifs. Ce psychiatre a indiqué que l'évolution depuis son dernier rapport du 18 septembre 2015 était clairement défavorable avec une rechute dépressive en fin d'année 2015 qui s'était nettement péjorée en lien avec le changement de mesure proposé par l'OAI. Selon ce médecin, l'assurée était dans l'incapacité complète d'effectuer une activité lucrative dans le premier marché de l'emploi depuis le 20 janvier 2016, même dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles correspondaient en outre à des difficultés relationnelles, une hypersensibilité au stress, une difficulté d'adaptation aux changements, ainsi qu'une fatigabilité accrue.

A la suite de ce rapport et sur requête du 26 mai 2016 de la Dre N._____, l'OAI a mandaté le centre d'expertise médicale A._____ (ci-après : A._____) pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, orthopédique et de médecine interne.

Par rapport d'expertise du 31 octobre 2016, les Drs L._____, spécialiste en médecine interne générale, H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu comme diagnostics avec incidence sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans symptôme psychotique (CIM-10 F.33.1) et des cervicobrachialgies gauches. S'agissant des troubles n'ayant pas d'effet sur la capacité de travail, ces

experts ont fait état d'un trouble de l'adaptation avec perturbations mixtes des émotions et des conduites (CIM-10 F43.2). Ils ont conclu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle d'auxiliaire de santé depuis le 31 août 2008 ; en revanche, elle était actuellement de 50 % dans une activité d'auxiliaire de santé indépendante (soins à domicile) ou dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée, avec adaptation du trajet et des horaires. Toutefois, selon eux, le pronostic demeurait réservé à faible, selon l'évolution de l'épisode dépressif et sa stabilisation.

En particulier, à teneur du volet psychiatrique du 16 septembre 2016 du rapport d'expertise pluridisciplinaire, le Dr S._____ a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, l'épisode actuel variant d'intensité légère à moyenne et inversement, selon le contexte de la vie et les événements qui s'y rapportaient (survenue d'une maladie physique par exemple), avec le stress comme facteur favorisant. S'agissant des conclusions du 25 février 2014 du Dr G._____ - selon lesquelles il n'existait aucun trouble psychiatrique ayant une incidence sur la capacité de travail -, le Dr S._____ a considéré que cet expert avait dû rencontrer une assurée en « wash out », c'est-à-dire comme si elle avait été « lavée » de tout trouble psychiatrique. Pour terminer, le Dr S._____ est arrivé aux conclusions suivantes :

« 5. Epicrise et évaluation de la capacité de travail du point de vue de psychiatrie

[...] **Profil d'effort** : sur un poste d'auxiliaire de santé, à 50 %, l'humeur dépressive de l'épisode dépressif actuel moyen, réduit considérablement les efforts de travail, et ce durablement, compte-tenu de la nature chronique du trouble.

Sur un poste adapté, en prenant en considération le trajet et les horaires, dans le domaine du centre d'intérêt, l'assurée, une fois l'humeur dépressive améliorée, possède encore des ressources, potentielles, pour intégrer une activité de son choix, sur un temps limité, l'amenant à sortir de son isolement social, une activité ergothérapique, pouvant aller jusqu'à 50 %. Dans ce cas, elle me paraît volontaire, motivée.

Evaluation en vue de la synthèse pluridisciplinaire : [...]

A un poste adapté : dans le domaine de la création artistique, comme la poterie, la peinture et le dessin ou le secteur du social et l'animation, la capacité de travail pourrait aller de 20 à 50 %, avec exigence de rendement progressif, en aménageant les horaires compte-tenu de l'état de fatigue et du trajet quotidien. [...]

Pronostic : à court terme, un pronostic faiblement favorable, si l'humeur dépressive n'est pas améliorée, revenant à l'intensité légère ».

Se déterminant par avis SMR du 7 décembre 2016, la Dre N. _____ a écarté l'avis du 25 février 2014 du Dr G. _____ (lequel portait sur une période de rémission selon elle) et a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, avec des périodes de rémission et des épisodes moyens à sévères. En prenant également en considération les atteintes somatiques – soit les troubles dégénératifs responsables de cervicobrachialgies et de gonalgies à droite –, cette médecin a retenu que l'activité d'auxiliaire de santé n'était plus adaptée, tout comme celle de soins à domicile. Elle a dès lors arrêté la capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée depuis 2008.

B. Par projet de décision du 24 avril 2017, l'OAI a informé l'assurée que les conditions d'octroi du droit à la rente étaient remplies. Il a reconnu un droit à un quart de rente, basé sur un degré d'invalidité de 43 % dès le 1^{er} juillet 2009. Se basant sur l'enquête ménagère du 13 novembre 2009, il a considéré qu'en bonne santé, l'intéressée aurait exercé l'activité d'auxiliaire polyvalente à 80 %, les 20 % restants étant dédiés à la tenue du ménage. De surcroît, une capacité de travail de 50 % pouvait raisonnablement être exigée dans une activité adaptée. L'OAI a dès lors déterminé que l'assurée en bonne santé aurait réalisé un revenu de 50'517 fr. à 80 %. En prenant en compte un salaire mensuel statistique, le gain avec invalidité s'élevait à 52'453 fr. 44 à 100 %, soit 26'226 fr. 72 à 50 %. Après comparaison des revenus et pondération du degré d'invalidité en fonction de l'enquête ménagère, le taux d'invalidité global s'élevait à 43.22 %, arrondi à 43 %.

Aux termes de son courrier du 22 mai 2017, l'assurée, représentée par son conseil, a contesté ce projet de décision. Le 23 juin suivant, elle a complété ses déterminations en concluant à l'octroi d'une

demi-rente du 1^{er} juillet 2009 au 31 mars 2016 et à une rente entière du 1^{er} avril 2016 au 30 novembre 2016. Au-delà de cette date, une instruction complémentaire devait être menée. Elle s'est en particulier prévalu du rapport du 12 avril 2016 du Dr C._____. S'agissant ensuite du calcul du degré d'invalidité, elle a fait valoir, d'une part, qu'un abattement de 15 % devait être appliqué au vu de son âge, ses limitations fonctionnelles et son taux d'occupation, et, d'autre part, que le revenu avec invalidité statistique devait être fixé à 52'446 fr. 36 à 100 %. Avec la prise en compte de ces corrections, le taux d'invalidité était de 56 %.

Le 25 juillet 2017, l'assurée a produit un rapport additionnel du 18 juillet 2017 du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et son médecin traitant depuis octobre 2016. Ce dernier a indiqué que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 31 octobre 2016 contenait des données pertinentes, mais que les difficultés de l'intéressée dans les relations interpersonnelles étaient grandement sous-estimées. Au-delà des traits dépendants, anxieux et dépressifs, il a constaté plusieurs graves troubles relationnels qui rendaient l'assurée totalement incapable d'avoir des relations harmonieuses avec autrui. Partant, en sus du diagnostic de trouble dépressif récurrent (CIM-10 F.33), ce psychiatre a posé le diagnostic de trouble de la personnalité de type mixte (CIM-10 F.61) - étant donné les manifestations cliniques et le caractère durable des troubles -, avec des aspects borderline (sentiment de vide, perturbation de l'image de soi, crainte du rejet, aspects impulsifs et persécutaires par moments), mais aussi dépendants (soumission excessive à la volonté d'autrui, crainte de ne pouvoir se prendre en charge seule) et anxieux-évitants (évite les relations sociales ou professionnelles par crainte d'être critiquée ou rejetée). Selon lui, ce trouble constituait le noyau de la problématique et influençait l'entier des compétences et des relations avec le monde de l'assurée, bien au-delà des limitations que le trouble dépressif récurrent impliquait. En ce sens, le trouble dépressif récurrent pouvait être compris comme une conséquence de l'incapacité de l'assurée à gérer les relations aux autres, plutôt que comme la pathologie principale. De

surcroît, ce médecin a écarté le diagnostic - sans effet sur la capacité de travail - de trouble de l'adaptation, avec perturbation mixte des émotions et des conduites. S'agissant finalement de la capacité de travail dans un poste adapté, ce psychiatre a considéré qu'elle était nulle ; toute éventuelle reprise de travail, même si l'assurée pouvait l'effectuer, se solderait par d'importants problèmes relationnels qui mèneraient à un échec.

A l'appui de sa correspondance du 2 octobre 2017, l'assurée a porté au dossier un rapport du 29 août 2017 du Dr E._____, spécialiste en pneumologie et médecine interne générale, qui a confirmé le diagnostic de BPCO de stade 3B selon GOLD 2017. Selon ce médecin, le résultat de l'assurée lui permettrait d'effectuer un travail en position assise sans port de charge, ceci pour une activité à 100 %. En revanche, une activité en position debout serait limitée à deux heures par jour, toujours sans port de charge.

Se déterminant sur les deux rapports produits par l'assurée, la Dre N._____ a maintenu ses conclusions dans un rapport SMR du 10 novembre 2017. S'agissant de l'axe psychiatrique, elle a indiqué qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux, mais une appréciation différente d'un même état de fait.

Par décision du 11 mai 2018, l'OAI a maintenu son projet du 24 avril 2017, prenant en compte une capacité de travail exigible de 50 % dans une activité adaptée et sans appliquer d'abattement supplémentaire au revenu avec invalidité de l'assurée, qui a par ailleurs été porté à 52'446 fr. 36 à 100 %. L'OAI a dès lors reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente du 1^{er} juillet 2009 au 31 décembre 2017, basé sur un degré d'invalidité de 43 %. En application de la nouvelle méthode d'évaluation mixte de l'invalidité introduite au 1^{er} janvier 2018, l'OAI a arrêté le taux d'invalidité à 52 % dès cette date et a par conséquent augmenté le droit de l'assurée à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2018.

C. Par acte du 14 juin 2018, Q._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 11 mai précitée, concluant, principalement, à sa réforme en ce sens qu'un trois-quarts de rente d'invalidité lui soit alloué pour la période du 1^{er} juillet 2009 au 31 décembre 2017, et une rente entière à partir du 1^{er} janvier 2018. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant la dispense d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri. En substance, la recourante a contesté la valeur probante du rapport d'expertise du 31 octobre 2016 des médecins du A._____. D'après elle, il fallait retenir une capacité de travail oscillant entre 0 % et 20 %, ce qui lui ouvrirait dans tous les cas le droit à une rente. De surcroît, un taux d'abattement supplémentaire allant de 10 à 15 % pouvait encore être appliqué sur le revenu avec invalidité, dont le montant statistique de 52'446 fr. 36 n'était pas remis en cause.

Par décision du 9 juillet 2018, le Juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 14 juin 2018 et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri, avec exonération de toute franchise mensuelle.

Dans sa réponse du 16 août 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Le 2 avril 2019, la recourante a porté au dossier copie d'un courrier du 5 octobre 2018 de la Justice de paix [...] selon lequel une curatelle de représentation et de gestion, sans restriction des droits civils, sur la personne de la recourante avait été ordonnée lors d'une séance du 28 septembre 2018.

D. Le 29 mai 2019, le Juge instructeur a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bi-disciplinaire par un rhumatologue ou un orthopédiste, d'une part, et un psychiatre, d'une

autre part. Ce mandat a été confié le 6 août 2019 à W._____ (ci-après : W._____).

Déposé le 25 février 2020, le rapport d'expertise multidisciplinaire était signé par la Dre T._____, spécialiste en médecine interne générale, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et le Dr U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport de synthèse interdisciplinaire, ces experts ont retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de BPCO de stade sévère IIIb (CIM-10 J44.9), de cervico-dorsolombalgies chroniques non spécifiques avec troubles dégénératifs (CIM-10 M54.2, M54.9 et M54.5) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (CIM-10 F33.1). Le Dr U._____, dont l'examen a fait l'objet du volet psychiatrique du 22 janvier 2020, a en particulier souligné que le diagnostic de trouble dépressif récurrent figurait dans tous les rapports et expertises précédents, excepté celui du 25 février 2014 du Dr G._____. Cette divergence pouvait s'expliquer par le fait que ce dernier aurait rencontré l'assurée dans un bref moment de mieux-être. Les experts judiciaires ont également évoqué le diagnostic d'accentuation de traits de personnalité borderline (CIM-10 Z73.1), sans répercussion sur la capacité de travail, diagnostic retenu en raison des difficultés rencontrées dans les relations interpersonnelles, telles que décrites dans les différents rapports médicaux. Ce diagnostic s'était imposé en place de celui de trouble de la personnalité borderline, posé par le Dr P._____. En effet, d'une part, les difficultés relationnelles n'avaient pas entravé le parcours de vie, tant professionnel que sentimental, jusqu'en 2008, l'assurée ayant pu travailler à satisfaction, se défendre dans un divorce difficile et élever seule ses enfants. D'autre part, l'intéressée ne présentait pas de « déviations extrêmes des perceptions, des pensées, des sensations et des relations avec autrui » présentent depuis l'enfance ou l'adolescence, tel que défini par la Classification internationale des maladies (CIM-10). Concernant la capacité de travail, les experts judiciaires ont indiqué ce qui suit :

« L'activité habituelle d'auxiliaire de santé n'est plus considérée comme adaptée à l'état de santé de l'assurée depuis 2008. Dans cette activité, la capacité de travail de l'assurée, du seul fait de la

pathologie psychiatrique est considérée comme nulle depuis 2008. Dans une activité adaptée, en prenant en compte la pathologie psychiatrique et rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée est estimée à 50 % dans une activité adaptée de 2008 à 2016. Sur cette période, la pathologie pulmonaire n'est pas incapacitante.

Une aggravation de l'état dépressif est annoncée par le psychiatre traitant en janvier 2016 à l'origine d'une incapacité de travail totale. Cette incapacité de travail totale de nature psychiatrique se poursuit.

Concernant la pathologie pulmonaire, elle n'a pas de répercussion sur la capacité de travail au vu des explorations fonctionnelles réalisées jusqu'en 2017. [...] A partir de juin 2019, l'invalidité respiratoire théorique est entre 75-80 %. [...]

De 2008 à 2016, l'assurée avait une capacité de travail de 50 % dans une activité peu contraignante pour le rachis, sans exposition aux intempéries, aux poussières et aux fumées. Depuis 2016, l'assurée est en incapacité de travail totale. [...]

Synthèse, pronostic et conclusions

Madame Q._____ présente une récurrence d'épisode dépressif de gravité sévère depuis 2016. Malgré une prise en charge thérapeutique adaptée, l'épisode dépressif est encore jugé moyen dans un contexte de ressources évaluées comme effondrées. La capacité de travail de Madame Q._____ est de ce fait considérée comme nulle depuis 2016. L'évolution chronique, l'absence d'évolution significative malgré un traitement optimal, rend le pronostic mauvais. Par ailleurs, la pathologie pulmonaire de l'assurée qui continue à se dégrader est devenue incapacitante depuis 2017. Cette pathologie ne peut être améliorée et ne peut évoluer que vers l'insuffisance respiratoire chronique. »

E. Invitée à se déterminer sur les résultats de l'expertise, la recourante a modifié ses conclusions par acte du 18 mars 2020 et requis que la décision litigieuse du 11 mai 2018 soit réformée en sens qu'un quart de rente d'invalidité lui soit alloué pour la période du 1^{er} juillet 2009 au 31 mars 2016, et une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} avril 2016.

A l'appui de ses déterminations du 18 mars 2020, l'intimé a, quant à lui, produit un rapport SMR du 12 mars précédent de la Dre N._____ et, sur cette base, requis qu'il soit procédé à un complément d'expertise. Cette médecin a relevé qu'une activité légère était parfaitement envisageable d'un point de vue rhumatologique. S'agissant de l'axe psychiatrique, elle a indiqué que rien dans l'anamnèse ne venait soutenir que l'intéressée bénéficiait par le passé d'un étayage social et

que le retrait ne dénotait pas d'un choix personnel. Par ailleurs, elle ne comprenait pas sur quelles observations objectives l'expert psychiatrique retenait une aggravation de l'état dépressif en début 2016. S'agissant finalement de l'axe pneumologique, elle a exposé que l'appréciation de la capacité de travail dépassait les compétences des experts mandatés (psychiatrie, rhumatologie et médecine interne) et qu'aucun élément objectif ne permettait de s'écarter des conclusions du Dr E._____.

Par courrier du 16 avril 2020, le Juge instructeur a informé les parties que la cause était en l'état d'être jugée, ajoutant qu'un complément d'expertise ne paraissait pas nécessaire, un avis contraire de la Cour de céans demeurant néanmoins réservé. Il a également invité Me Karim Hichri à produire sa liste des opérations, précisant qu'à défaut, le tribunal fixerait équitablement le montant de son indemnité.

E n d r o i t :

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

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

2. Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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.

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).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 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 ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle

expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1er mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

d) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

e) Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une

appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

4. En l'espèce, la recourante s'est prévalu de contradictions dans le rapport d'expertise du 31 octobre 2016 du A._____ quant à sa capacité résiduelle de travail, qu'elle a dans un premier temps évaluée entre 0 et 20 %, remettant ainsi en question la valeur probante de ce rapport. Dans un second temps, elle s'est rangée aux conclusions du 25 février 2020 des experts judiciaires W._____.

Quant à l'intimé, il s'est d'abord prévalu de la complète valeur probante du rapport d'expertise du 31 octobre 2016. Par la suite, il a invoqué une contradiction entre les activités maintenues par la recourante et la constatation, par les experts judiciaires, d'une aggravation de l'état dépressif en janvier 2016, faisant ainsi valoir qu'un complément d'expertise s'imposait.

a) S'agissant d'abord de l'expertise du 31 octobre 2016, les spécialistes du A._____ ont conclu, selon leur synthèse interdisciplinaire, à une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité d'auxiliaire de santé dès le 31 août 2008. Ils ont fixé la capacité de travail résiduelle à 50 %, pour les soins à domicile ou dans une activité adaptée (avec adaptation du trajet et des horaires), en raison du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans symptôme psychotique (CIM-10 F33.1). Le Dr S._____, expert psychiatre, a également mentionné, comme comorbidité psychiatrique, un trouble de l'adaptation, avec perturbations mixtes des émotions et des conduites (CIM-10 F43.2).

Bien que le rapport de synthèse fasse état d'une capacité de travail de 50 %, on observe que le Dr S._____, quant à lui, est plus nuancé dans son appréciation. En effet, il indique, dans le volet psychiatrique du 16 septembre 2016, que la capacité de travail pourrait aller jusqu'à 50 %, en fonction du type de poste envisagé et surtout de

l'amélioration de l'état dépressif, soit si celui-ci revenait à un épisode léger. A cet égard, ce psychiatre mentionne en particulier que, sur un poste d'auxiliaire de santé à 50 %, l'humeur dépressive de l'épisode dépressif actuel moyen réduit considérablement les efforts de travail, et ce durablement, compte-tenu de la nature chronique du trouble. Il ajoute encore qu'à un poste adapté, dans le domaine de la création artistique ou le secteur social et l'animation, la capacité de travail pourrait aller de 20 à 50 %, avec exigence de rendement progressif et aménagement des horaires.

Ainsi qu'allégué par la recourante, de telles constatations sont ambiguës. D'une part, il existe une divergence entre les conclusions de la synthèse pluridisciplinaire et l'appréciation de l'expert psychiatre. D'autre part, la capacité de travail résiduelle, telle que décrite par le Dr S._____, apparaît dépendre intégralement de l'évolution de l'état dépressif, dont l'intensité varie d'épisodes moyens à légers. Le rapport d'expertise du A._____ ne permet dès lors pas de déterminer clairement la capacité résiduelle réelle de travail, de sorte qu'on ne saurait lui conférer pleine valeur probante.

b) S'agissant ensuite de l'expertise judiciaire, dont la mise en œuvre a été ordonnée par la Cour de céans durant la procédure de recours, force est d'admettre que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 25 février 2020 ne prête pas le flanc à la critique et remplit tous les réquisits jurisprudentiels, rappelés sous considérants 3d, pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

aa) En effet, les experts judiciaires établissent une anamnèse complète, reprenant l'intégralité de l'historique médical, personnel, psychosocial, professionnel et asséurologique de la recourante, et décrivent de manière circonstanciée ses plaintes actuelles.

bb) La motivation quant aux diagnostics retenus fait l'objet de considérations approfondies et minutieuses. Des constatations du rapport d'expertise judiciaire, on retient que la recourante présente un état

dépressif fluctuant, de gravité actuelle moyenne (CIM-10 F33). La présence d'un épisode au moins en 2008-2009 avec une rémission jusqu'à une rechute en 2011 justifie le diagnostic de trouble récurrent, celui-ci se manifestant depuis cette période par des phases dépressives relativement sévères, alternant avec des périodes de mieux-être. On note que cette atteinte avait d'ailleurs été confirmée de longue date par les différents psychiatres traitants de la recourante (cf. notamment rapports des 24 avril 2009 de la Dre R._____, 25 juillet 2012, 6 décembre 2012, 18 septembre 2015 et 12 avril 2016 du Dr C._____ et 18 juillet 2017 du Dr P._____). Les experts judiciaires précisent encore avoir retenu ce diagnostic en raison de la présence d'un abaissement de la thymie, de fatigue et fatigabilité, d'une anhédonie, d'une perte de motivation accompagnée d'idées suicidaires, d'autodénigrement, d'hypersomnie et d'un découragement face à l'avenir.

cc) Le Dr U._____, expert psychiatre, a de plus diagnostiqué des traits de personnalité de type borderline (CIM-10 Z73.1), sans répercussion sur la capacité de travail. De tels troubles, conjugués avec l'état dépressif, rendent particulièrement difficile l'intégration dans un milieu professionnel et dans les rapports interpersonnels de l'assurée, auxquels s'ajoutent une fatigabilité accrue. De telles difficultés dans les relations sociales avaient par ailleurs déjà été décrites par les médecins traitants (cf. notamment rapport du 12 avril 2016 du Dr C._____) et avaient en particulier été relevées par le Dr P._____ dans son rapport du 18 juillet 2017. Le Dr U._____ rappelle que ce psychiatre avait toutefois diagnostiqué un trouble de la personnalité de type mixte (CIM-10 F61) avec des aspects borderline - et non des traits de personnalité de type borderline (CIM-10 Z73.1). Il a justifié cette différence par le fait que l'assurée n'avait pas été entravée dans son parcours de vie avant 2008, ne répondant ainsi pas à la description médicale de trouble de la personnalité borderline.

De même, le Dr U._____ explique de manière claire et pertinente les motifs qui lui ont permis de s'écarter des conclusions du 25 février 2014 du Dr G._____ qui retenait l'absence d'état dépressif et une

pleine capacité de travail, constatations qui s'inscrivaient dans une brève période de mieux-être ou rémission.

Ces explications sont convaincantes et on se ralliera dès lors aux conclusions de l'expert psychiatre judiciaire.

dd) Les experts judiciaires précisent qu'il n'est pas retenu d'incohérence entre le tableau clinique et les diagnostics retenus, que l'assurée avait reçu un traitement psychiatrique intégré mené dans les règles de l'art, adéquat et optimal depuis de nombreuses années et que, selon les dosages réalisés au cours de l'expertise judiciaire, la compliance au traitement était bonne, sans toutefois que cela ne permette de juguler durablement l'atteinte dépressive.

On rappellera également que l'assurée s'est montrée collaborante en vue des différentes mesures de réadaptation professionnelles, comme par exemple sa formation d'apprentie assistante de bureau AFP entamée auprès de Y._____ en 2010 et l'entraînement d'endurance à J._____ en 2015. Ces mesures ont toutefois toutes échoué, probablement davantage en raison des troubles psychiques et des difficultés relationnelles que des atteintes somatiques qui ont pu justifier quelques courtes périodes d'incapacité de travail (cf. rapport du 6 novembre 2012 du Dr F._____). C'est par ailleurs au cours d'un bilan de compétence auprès de B._____ - devant se dérouler sur plusieurs semaines en début d'année 2016 - que la recourante, qui avait connu une période d'évolution psychiatrique favorable en 2015 (cf. rapport du 18 septembre 2015 du Dr C._____), a présenté une phase de décompensation qui a entraîné l'interruption de la mesure (cf. rapport du 12 avril 2016 du Dr C._____).

ee) Le rapport d'expertise judiciaire expose de manière complète les ressources résiduelles de la recourante, indiquant expressément qu'elles sont actuellement effondrées, avec un isolement social quasi complet, hormis des contacts avec ses enfants. Dans ce contexte, la perte de confiance et l'autodénigrement accentuent les

difficultés relationnelles et aboutissent à l'incapacité à établir des relations avec d'autres personnes que la famille proche ainsi qu'à évoluer au sein d'un groupe. Les journées manquent totalement de routine en raison de la fluctuation de l'humeur. S'agissant de l'équitation, autrefois investie, tel ne l'est plus depuis plusieurs mois. Il en est de même du dessin.

La recourante pratique certes à nouveau l'équitation, 45 minutes une fois par semaine – jusqu'à trois fois par semaine lorsqu'elle va bien –, mais a largement désinvesti cette activité qui était autrefois sa passion ; de même, a-t-elle repris un permis de chasse cette année – une autre passion par le passé – et a été chassé avec sa fille. Ces seules circonstances ne suffisent toutefois pas à exclure l'incapacité de travail constatée par les experts W._____ et les médecins traitants, au motif d'une incohérence entre l'influence de l'état de santé sur la capacité de travail, d'une part, et la vie quotidienne, d'autre part.

Dans ce contexte, il est également souligné que la recourante a été mise sous curatelle de gestion et de représentation le 28 septembre 2018 par la Justice de paix [...]. Cela témoigne de difficultés notables, y compris en dehors du domaine professionnel, et constitue un indice sérieux du fait que l'amélioration de l'état de santé vers un épisode dépressif léger, tel qu'envisagé par le Dr S._____ dans le rapport d'expertise du 31 octobre 2016, n'a pas eu lieu, ou pas de manière durable pour le moins, comme le confirme le Dr U._____ dans le rapport d'expertise judiciaire du 25 février 2020.

ff) Quant aux limitations fonctionnelles en relation avec les atteintes psychiatriques constatées, elles ont été exposées de manière cohérente et structurée par les experts judiciaires et emportent ainsi conviction. En particulier, le Dr U._____ a mentionné, comme empêchement limitant la capacité de travail en relation avec les troubles psychiatriques, une diminution des capacités d'adaptation, de structuration d'une tâche, d'utilisation des compétences professionnelles, de la capacité à prendre une décision, de la capacité d'affirmation, de l'endurance ainsi que de la capacité à évoluer au sein d'un groupe. On

constate qu'ils correspondent aux limitations fonctionnelles décrites par les médecins (cf. notamment rapports des 2 juin 2009 du Dr V._____, 6 décembre 2012 et 12 avril 2016 du Dr C._____ et 25 juillet 2017 du Dr P._____).

c) Au vu de ce qui précède, il convient de se référer aux conclusions du rapport d'expertise judiciaire du 25 février 2020 et de retenir que l'activité d'auxiliaire de santé n'est plus exigible depuis 2008 (cela ressort d'ailleurs également de la quasi-totalité des rapports médicaux antérieurs [cf. notamment rapports du 24 avril 2009 de la Dr R._____, 2 juin 2009 du Dr V._____, 25 juillet 2012 du Dr C._____, 28 octobre 2014 de la Dre D._____, 20 novembre 2014 de la Dre N._____, 7 décembre 2016 du Dr C._____ et 25 juillet 2017 du Dr P._____]) et que la capacité de travail de la recourante, sur le plan psychiatrique et dans une activité adaptée, était de 50 % de 2008 jusqu'au 1^{er} janvier 2016, pour devenir ensuite nulle.

Pour ce qui est de la problématique rhumatologique, les experts judiciaires ont considéré qu'en prenant en compte la pathologie psychiatrique et rhumatologique, la capacité de travail était globalement de 50 % dans une activité adaptée, la diminution de rendement de 20 % en lien avec la pathologie rhumatologique étant prise en compte dans l'estimation d'une capacité de travail de 50 % par l'expert psychiatre. Quant au trouble pulmonaire, il n'a d'impact sur la capacité de travail qu'à compter d'août 2017. Or, les atteintes psychiatriques justifient déjà, à elles seules, une incapacité totale de travail depuis le 1^{er} janvier 2016. Au vu de ces considérations, il n'y a pas lieu d'apprécier plus avant l'état de santé somatique de la recourante.

6. Il reste encore à déterminer le degré d'invalidité de la recourante et son droit à une rente de l'assurance-invalidité. A cet égard, l'intéressée fait valoir qu'un taux d'abattement de l'ordre de 10 à 15 % devait être appliqué sur son revenu avec invalidité.

a/aa) Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux 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 atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

bb) S'agissant du revenu avec invalidité, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

cc) 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

dd) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d), ainsi que lorsqu'il examine pour la première fois le droit aux prestations pour une période pendant laquelle l'état de santé de l'assuré s'est modifié.

b/aa) En l'espèce, la recourante ayant été en incapacité de travail dès le 8 juillet 2008 sans interruption notable et ayant déposé sa demande de prestation le 29 janvier 2009, le droit à une rente d'invalidité lui est ainsi ouvert dès le 1^{er} juillet 2009 (art. 28 al. 1 et 29 al. 1 et 3 LAI).

bb) Pour la première période comprise entre 2008 et le 1^{er} janvier 2016, la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée était de 50 %. Il sied également de rappeler que, selon l'enquête ménagère du 13 novembre 2009, un statut active à 80 %, respectivement un statut ménagère à 20 %, a été reconnu à la recourante.

S'agissant de l'évaluation de l'invalidité dans la part consacrée à l'exercice d'une activité lucrative, le revenu sans invalidité, non contesté par les parties, s'élève à 50'517 fr. à 80 %. Le revenu avec invalidité statistique, calculé correctement par l'intimé sur la base de l'ESS (TA1; niveau de compétence 1) et admis par les parties, est de 52'446 fr. 40 à 100 %, revenant dès lors à 26'223 fr. 20 à 50 %. A cet égard, contrairement à ce que soutient la recourante, il ne convient pas d'appliquer un taux d'abattement supplémentaire, dans la mesure où les limitations fonctionnelles ont déjà été prises en compte dans l'évaluation

de la capacité de travail résiduelle. Par ailleurs, sa situation personnelle globale ne lui permet pas non plus de se voir reconnaître une déduction à titre d'abattement. Partant, ce grief doit être rejeté. En comparant les gains avec et sans invalidité, la perte de revenu s'élève dès lors à 24'293 fr. 80, soit un degré d'invalidité de 48.09 %. Ce taux doit encore être pondéré en fonction du statut de personne active à 80 %, de sorte que le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle s'élève à 38.47 %.

Reste encore à considérer l'invalidité dans l'activité ménagère de 20 %, pour laquelle les empêchements ont été fixés à 23.8 %, selon l'enquête ménagère du 13 novembre 2009. L'invalidité dans la sphère ménagère s'élève ainsi à 4.76 %.

Par conséquent, le taux d'invalidité global est de 43.23 % (4.76 % + 38.47 %), arrondi à 43 %, ouvrant ainsi le droit à un quart de rente à la recourante dès le 1^{er} juillet 2009.

cc) Pour la deuxième période, soit dès le 1^{er} janvier 2016, l'incapacité de travail est complète. Le degré d'invalidité dans la sphère lucrative s'élève donc à 80 %. Dans la sphère ménagère en revanche, le degré d'invalidité reste de 4.76 %.

Dès lors, le taux d'invalidité global est de 84.76 % (4.76 % + 80 %), arrondi à 85 %. La recourante a ainsi droit à une rente entière de l'assureur-invalidité dès le 1^{er} avril 2016 (art. 88a al. 1 RAI ; cf. consid. 6a/dd *supra*).

Par surabondance, on indiquera qu'en appliquant la nouvelle méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères, entrée en vigueur dès le 1^{er} janvier 2018, le droit à une rente d'invalidité entière persiste.

7. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par l'intimé, à savoir de mettre en œuvre

un complément d'expertise judiciaire, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. consid. 4e *supra*).

8. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il alloue à la recourante un quart de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 2009 au 31 mars 2016, puis une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2016.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe. Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante, qui n'a par ailleurs pas produit de liste de ses opérations.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 11 mai 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour qu'il alloue à Q._____ un quart de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} juillet 2009 au 31 mars 2016, puis une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2016.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera 2'000 fr. (deux mille francs) à Q._____ à titre de dépens.

- IV. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Armand Hichri (pour Q. _____),
- 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 :