

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 juin 2021

Composition : M. NEU, président
Mmes Dormond Béguelin et Silva, assesseures
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante, représentée par Me Marc Mathey-Doret,
avocat à Genève,

et

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

Art. 6s., 16, 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. **a)** Ressortissante serbe, T._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est établie en Suisse depuis [...]. Elle est mariée, avec deux enfants. Sans formation professionnelle, elle a travaillé, de janvier 2001 à février 2011, comme employée d'exploitation, à 80 %, pour le compte de la société F._____ SA à [...]. Depuis le mois de mars 2011, elle était inscrite en tant que demandeuse d'emploi à l'assurance-chômage. Le 26 mai 2012, se trouvant en vacances dans les Balkans, elle a été victime d'un accident de la circulation en tant que passagère, au cours duquel elle a été blessée à la main droite (déchirure des ligaments collatéraux internes et externes de l'articulation métacarpo-phalangienne du 5^{ème} rayon de la main droite). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris le cas en charge sur la base d'une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 28 février 2013. Dans l'intervalle, l'assurée a présenté un carcinome du sein droit diagnostiqué à l'automne 2012, traité par tumorectomie et curage de ganglions sentinelles le 21 novembre 2012, radiothérapie et sous hormonothérapie depuis 2013 (rapport du 10 juin 2013 des médecins de la Policlinique médicale universitaire [PMU] du CHUV).

b) Le 30 mai 2013, T._____ a déposé une demande de prestations AI (mesures professionnelles et/ou rente) en raison de douleurs (manque de force) à la main droite et cancer du sein droit.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, après s'être vu communiquer le dossier médical de l'assurée constitué par la CNA (pièces 13, 72, et 102) et avoir obtenu le rapport de l'employeur complété le 5 juillet 2013 (pièce 24), l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux utiles auprès des médecins consultés par l'assurée. Dans un rapport du 8 mai 2014 consécutif à une consultation du 5 mai 2014, le Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté, pour les atteintes du membre supérieur droit, une incapacité de travail totale du 27 mars 2013 au 31 juillet 2013,

sans limitation fonctionnelle. De leur côté, les oncologues du CHUV ont attesté d'une incapacité de travail de 100 % du 21 novembre 2012 au 31 décembre 2013, puis de 50 % depuis une date non précisée et nulle au moins depuis la fin du mois de mars 2014 (rapports des 10 juin et 9 décembre 2013 ainsi que des 26 avril et 9 septembre 2014).

Sur le plan psychiatrique, l'assurée a débuté le 11 mars 2014 un suivi (à la fréquence d'une séance par semaine) auprès de la Consultation Psychothérapeutique [...] ([...]) d'[...] à [...], avec l'introduction d'un traitement médicamenteux le 20 mai 2014 (Paroxétine® 20 mg [1-0-0-0]). Selon les psychiatres traitants, l'incapacité de travail de l'intéressée était totale dans sa profession habituelle de « vendeuse F. _____ [...] », à tout le moins depuis le début de la prise en charge. Les limitations fonctionnelles étaient une diminution des capacités de concentration, d'attention, d'organisation, une thymie abaissée et des difficultés mnésiques (rapports des 5 juin 2014 et 16 février 2015 de la Dre E. _____, cheffe de clinique, et de la psychologue-psychothérapeute FSP K. _____).

L'assurée a bénéficié, de la part de l'OAI, d'une mesure d'observation professionnelle (au sens de l'art. 69 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]) de type stage COPAI auprès du Centre Orif de [...] (communication du 2 juin 2015). Au terme de quatre semaines de stage, le médecin-conseil de l'Orif a évalué le rendement de l'assurée entre 25 et 50 % dans des travaux simples ne nécessitant que des consignes faciles (rapport du 7 septembre 2015 du Dr I. _____).

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 30 septembre 2015 au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 2 octobre 2015, l'enquêtrice a retenu un statut de 80 % active et 20 % ménagère. Au total, l'enquête a mis en évidence une entrave de 37.2 % (1 % [conduite du ménage] + 19.2 % [alimentation] + 8 % [entretien du logement] + 1 % [emplettes et courses diverses] + 8 % [lessive et entretien des vêtements]) dans l'accomplissement des travaux habituels.

Après avoir obtenu des renseignements complémentaires (rapports des 7 juin et 13 décembre 2016 de la [...] d'[...]; rapport du 12 juin 2017 du Dr A. _____ avec annexes) et le dossier médical actualisé constitué par la CNA (pièce 111) ainsi qu'un relevé des indemnités journalières versées pour l'année 2015 auprès de la Caisse de compensation AVS [...], l'OAI, suivant l'avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR ; avis du 4 juillet 2017 du Dr W. _____), a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, psychiatrie, neurologie et rhumatologie) au Centre médical d'expertises D. _____, à [...]. Dans leur rapport du 23 janvier 2018, complété le 18 mai 2018, les Drs S. _____, spécialiste en rhumatologie, M. _____, spécialiste en médecine interne générale, H. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, et O. _____, spécialiste en neurologie, ont retenu, avec répercussion sur la capacité de travail, le diagnostic de trouble dissociatif de conversion avec troubles moteurs (F44.4) ainsi que ceux, sans incidence sur la capacité de travail, d'anxiété généralisée (F41.1), d'épisode dépressif d'intensité légère avec syndrome somatique (F32.01), de status après déchirure des ligaments collatéraux internes et externes de l'articulation métacarpo-phalangienne du 5^{ème} doigt de la main droite, d'origine traumatique en mai 2012, de légère neuropathie ulnaire droite au coude droit, de status après carcinome du sein droit pT1bpNO, avec carcinome invasif tubuleux du cadran supéro-interne du sein droit, grade I, et carcinome canalaire in situ, avec : statuts post tumorectomie et curage de ganglions sentinelles (3 ganglions) le 21.11.2012 ; status post traitement de radiothérapie début 2013, actuellement terminé ; sous hormonothérapie depuis 2013, de status après hystérectomie pour myome, d'hypertension artérielle traitée et de status après ulcère gastrique. Les experts ont conclu que la capacité de travail était nulle depuis l'accident jusqu'au 6 septembre 2015, de 50 % du 7 septembre 2015 (soit la date du rapport du Dr I. _____) au 30 novembre 2017, puis de 100 % dès le 1^{er} décembre 2017 (soit la date de l'examen clinique du Dr H. _____), ceci dans toute activité.

L'OAI a soumis l'expertise et son complément au SMR (rapport du 27 mars 2018) ainsi qu'à son service juridique (avis juriste du 14 août 2018), lequel a, sur la base des éléments du dossier, estimé qu'il convenait de se distancier de l'évolution de la capacité de travail retenue par le D._____, retenant : « IT [incapacité de travail] de 100% du 26.05.2012 au 31.12.2013 [en] raison de l'accident à la main puis du cancer du sein et une IT de 50% de janvier 2014 à fin mars 2014. Dès le 01.04.2014, CT [capacité de travail] de 100 % dans une activité adaptée à l'autolimitation de la main droite ».

Par projet d'acceptation de rente du 22 août 2018, l'OAI a informé le conseil de l'assurée qu'il entendait lui reconnaître le droit à une rente entière du 1^{er} novembre 2013 au 31 mars 2014 et à un quart de rente du 1^{er} avril 2014 au 30 juin 2014. Ses constatations étaient les suivantes :

“Selon nos observations, sans atteinte à la santé, Mme T._____ continuerait d'exercer son activité habituelle d'employée d'exploitation à un taux de 80 %.

Les 20 % restants correspondent à ses travaux habituels dans la tenue du ménage. Nous la considérons donc comme une personne active à 80 % et ménagère à 20 %.

Suite à un accident survenu en date du 26 mai 2012, il s'avère que Mme T._____ ne peut plus exercer son activité habituelle. Elle a effectivement présenté une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité lucrative du 26 mai 2012 au 31 décembre 2013. Dès lors, pour cette période son préjudice économique pour la part active est de 100 %.

Selon l'enquête réalisée à son domicile, Mme T._____ présente des empêchements dans la tenue du ménage, qui s'élèveraient à 37.2 %, dans l'hypothèse où elle consacrerait 100 % de son temps à cette activité.

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines pour la période du 26 mai 2012 au 31 décembre 2013 est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	80 %	100 %	80 %
ménagère	20 %	37.2 %	7.44 %
Taux d'invalidité global :			87.44 %

Un degré d'invalidité de 87 % donne droit à une rente entière.

Selon les renseignements médicaux en notre possession, du 1^{er} janvier 2014 au 31 mars 2014, Mme T. _____ présente une capacité de travail de 50 % (sur un 100 %) dans une activité adaptée à sa situation, tel un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple, montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrière dans le conditionnement.

Pour évaluer le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel, il convient d'une part de déterminer le préjudice économique subi dans la part professionnelle (part active) et d'autre part de prendre en considération les empêchements dans la tenue du ménage (part ménagère).

Le degré d'invalidité qui résulte de ces deux domaines doit ensuite être pondéré en tenant compte du taux d'occupation professionnel que Mme T. _____ aurait eu si elle n'avait pas été invalide et du taux consacré à ses travaux habituels.

Jusqu'au 31 décembre 2017, le préjudice économique se calcule en comparant le revenu que Mme T. _____ aurait pu réaliser en bonne santé à 80 %, avec celui auquel elle pouvait prétendre dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles.

Dans sa situation, étant donné que Mme T. _____ n'a pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence prévoit de se référer aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique pour évaluer son revenu avec invalidité.

En l'occurrence, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 26'896.50 à 50 %, en 2014.

Par ailleurs, ses limitations fonctionnelles ainsi que l'âge de Mme T. _____ justifient d'appliquer un abattement de 10 % sur le salaire statistique précité. Son revenu d'invalide est donc de CHF 24'206.85.

Sans atteinte à la santé, dans [son] ancienne activité, son revenu annuel brut s'élèverait à CHF 43'034.40 pour un 80 % en 2014.

Comparaison des revenus :	
Revenu sans atteinte à la santé :	CHF 43'034.40
Revenu avec atteinte à la santé :	CHF 24'206.85
Perte de revenu	CHF 18'827.55
Degré d'invalidité	43.75 %

Au vu de ce qui précède, le préjudice économique pour la part active est de 43.75 %.

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines pour la période du 1^{er} janvier 2014 au 31 mars 20[1]4 est le suivant :

Activité	Part	Empêchement	Degré
----------	------	-------------	-------

partielle			d'invalidité
active	80 %	43.75 %	35.00 %
ménagère	20 %	37.2 %	7.44 %
Taux d'invalidité global :			42.44 %

Un degré d'invalidité de 42 % donne droit à un quart de rente.

Par la suite, soit dès le 1^{er} avril 2014, il ressort de l'instruction médicale du dossier de Mme T. _____, qu'elle présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Dès lors, le revenu d'invalidé, pour l'année 2014, s'élève à 38'730.96 pour un taux de 80%.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé :	CHF 43'034.40
Revenu avec atteinte à la santé :	CHF 38'730.96
Perte de revenu	CHF 4'303.44
Degré d'invalidité	10.00 %

Au vu de ce qui précède, le préjudice économique pour la part active est de 10.00 %.

Après pondération, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines dès le 1^{er} avril 2014 est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	80 %	10 %	8.00 %
ménagère	20 %	37.2 %	7.44 %
Taux d'invalidité global :			15.44 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente.

Au vu de ce qui précède, au terme du délai de carence d'une année, soit le 26 mai 2013, le droit à une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 87 % est ouvert.

Toutefois, la demande de prestations de Mme T. _____ du 30 mai 2013 est tardive. Dès lors, la rente ne peut être versée qu'à compter du 1^{er} novembre 2013, soit au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, selon l'article 29, alinéa 1, LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20].

La rente entière est remplacée par un quart de rente, basé sur un degré d'invalidité de 42 %, dès le 1^{er} avril 2014, soit après le délai de trois mois d'amélioration de la capacité de travail et de gains, selon l'article 88a, alinéa 1, RAI.

La rente est supprimée au 30 juin 2014, soit après le délai de trois mois prévu à l'article 88a, alinéa 1, RAI, susmentionné. [...]"

Par actes des 27 septembre et 4 décembre 2018 ainsi que du 20 mars 2019, l'assurée, assistée de son conseil en la personne de Me Marc Mathey-Doret, a signifié son désaccord avec ce projet, demandant le

maintien d'une rente entière au-delà du 31 mars 2014. Dans le cadre de ces objections, l'OAI s'est vu remettre un rapport du 21 décembre 2018 des Dres G._____ et N._____, respectivement spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie et médecin assistante en psychiatrie et en psychothérapie, de la [...] d'[...], qui ont répondu comme suit aux questions de l'avocat :

1. Madame a été suivie à la [...] ([...]) d'[...] depuis le mois de mars 2014 par Mme. K._____ (psychologue - psychothérapeute FSP), adressée par la Dre. [...], médecin assistante à la consultation de médecine générale de la [...] ([...]) de [...].

Suite au départ de sa thérapeute principale Mme. K._____, et la Dre. E._____ (médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), le suivi de Mme T._____ a été assuré par la Dre. N._____, supervisée par la Dre. G._____. Les entretiens ont eu lieu à raison de 1 fois tous les quinze jours, à l'exception de la période de ses vacances. Les entretiens se sont toujours déroulés en triologie avec l'interprète communautaire Mme. [...].

2. Les diagnostics actuels sont ceux d'Etat de stress post traumatique (F43.1 selon la CIM-10) et de Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2 selon la CIM-10). Madame présente un anhédonie, aboulie, thymie abaissée toute la journée avec des pleurs fréquents, manque de motivation et une négligence de l'entretien de son aspect physique, idées de désespoir et de ruine. Pas de symptômes florides de lignée psychotique.
3. Traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré (TPPI). Le traitement psychopharmacologique est assuré actuellement par le service de médecine générale de la [...] et consiste en Lyrica 100 mg et paroxetine 20 mg 1 fois par jour. Nous lui avons proposé une hospitalisation que Madame a refusé[e]. Les critères pour une hospitalisation sous mode PLAFa ne sont pas réunis. Madame compte avec l'accompagnement engagé de son mari et de sa fille.
4. Depuis notre reprise du suivi nous n'avons pas constaté d'amélioration clinique.
5. En raison de la mauvaise évolution clinique nous envisageons de revoir le traitement pharmacologique début de l'année 2019.
6. La capacité de travail est nulle.
7. En raison de la longue évolution de la clinique présentée par Madame T._____ notre pronostic est défavorable."

Se déterminant sur ce rapport, le SMR a estimé qu'il ne rendait compte d'aucune modification, aggravation ou amélioration de l'état de santé psychique depuis le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 23 janvier 2018.

Malgré les objections formulées par l'assurée, l'OAI a, par décision du 25 juillet 2019, confirmé la teneur de son projet de décision du 22 août 2018.

B. Par recours déposé le 11 septembre 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, T._____, représentée par Me Marc Mathey-Doret, a conclu à l'annulation de la décision précitée en tant qu'elle réduit la rente d'invalidité à un quart de rente dès le 1^{er} avril 2014 et la supprime avec effet au 30 juin 2014, respectivement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 juin 2014. Elle a reproché à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas en se fondant sur les conclusions du volet psychiatrique du rapport d'expertise D._____ du 23 janvier 2018 pour lui refuser le droit à la rente au-delà du 30 juin 2014, sans prendre en compte les rapports médicaux postérieurs produits au cours de la procédure administrative. La recourante a requis, à titre de mesure d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise neutre et produit un rapport du 27 août 2019 rédigé à l'intention de son représentant par le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, de la [...] d'[...], dont on extrait ce qui suit :

“1. Diagnostics actuels :

- Etat de stress post-traumatique (F43.1 selon la CIM-10)
- Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F33.2)

2. Traitement

Augmentation de la posologie de son traitement antidépresseur :
Paroxetine 20 mg (1-0-1-0)

3. Evolution de l'état de santé

L'état dépressif reste sévère sans symptômes psychotiques.

Madame T._____ présente une humeur dépressive avec des crises de larmes fréquentes journalières, une asthénie constante, elle présente une baisse du plaisir et une perte de l'appétit. Elle présente des troubles de la concentration avec difficultés à terminer des tâches de la vie courante. Elle se sent très diminuée au niveau physique par rapport à son état antérieur et n'arrive plus à avoir

confiance en elle, elle se sent également inférieure aux autres et se sent aussi coupable de rendre malheureux son entourage. Elle a une vision pessimiste de son avenir sans idées suicidaires exprimées.

4. Oui, en effet, les affections constatées résistent aux traitements entrepris.

5. L'incapacité de travail est actuellement à 100 %

6. Suite du traitement

Poursuivre la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique en ambulatoire avec 2 à 4 consultations mensuelles, voire discussion d'une éventuelle hospitalisation selon l'évolution clinique à court terme. Les affections constatées résistent malgré l'augmentation récente du traitement antidépresseur. Le pronostic est plutôt défavorable."

Dans sa réponse du 23 octobre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Produisant un avis du 15 octobre précédent des Dres X._____ et U._____, du SMR, auquel il se ralliait, l'office intimé a estimé que le dernier rapport d'[...] laissait perplexe et ne contenait aucun élément susceptible de modifier sa position.

Au terme d'un second échange d'écritures des 12 novembre et 2 décembre 2019, les parties ont maintenu leur position respective. La recourante s'est encore déterminée le 6 janvier 2020, rejetant la proposition d'un examen des rapports médicaux des 21 décembre 2018 et 27 août 2019 par les experts du D._____ et persistant dans sa requête de mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire.

C. Le 10 février 2020, le magistrat instructeur a confié à la Dre Z._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, le soin de procéder à l'expertise psychiatrique de T._____. Se fondant sur ses propres examens cliniques (trois entretiens de deux heures les 21 mai, 13 et 20 juillet 2020 avec le concours d'une interprète), sur des entretiens téléphoniques avec les médecins consultés par l'assurée ainsi que sur l'analyse du dossier médical constitué, l'experte a rendu son rapport le 11 mars 2021. Celui-ci comporte une anamnèse familiale (médicale et psychiatrique), affective et sociale ainsi que professionnelle, rapporte les plaintes de l'intéressée, décrit une journée-type et rend compte du status

clinique. L'experte a retenu les diagnostics de personnalité dépendante (F60.7) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Elle a par ailleurs exclu un syndrome douloureux somatoforme persistant, un état de stress post traumatique ainsi qu'une dysthymie. L'experte a conclu que la capacité de travail était nulle depuis l'automne 2012, après l'annonce du cancer du sein à la fin du mois d'octobre 2012, en toute activité. Elle a précisé, dans ce contexte, que même si une discrète amélioration avait eu lieu avant le mois de février 2016, celle-ci n'avait pas été suffisante pour permettre à l'intéressée d'envisager une reprise de travail même partielle. Les limitations fonctionnelles retenues étaient un problème de motivation, des troubles de la concentration, un impact sur les mémoires à court et long terme, un élan vital altéré, une fatigabilité, une vision de soi comme étant « bonne à rien », et un désespoir patent (thymie triste).

Dans ses déterminations du 29 mars 2021, la recourante a fait siennes les conclusions de l'experte Z._____. Elle a par conséquent maintenu ses conclusions tendant à la réforme de la décision querellée dans le sens de la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité sans limitation dans le temps.

Le 13 avril 2021, l'office intimé a implicitement maintenu ses précédentes conclusions, en contestant la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du 11 mars 2021 qu'il estimait devoir être complété, se ralliant à un avis du SMR établi le 8 avril 2021 par la Dre X._____, dont on extrait ce qui suit :

“Discussion :

Alors que les douleurs de la main semblaient à l'avant-plan dans l'expertise de janvier 2018, les symptômes dépressifs semblent l'être actuellement. La description clinique évoque possiblement une péjoration clinique (diminution des activités, perte plus marquée d'autonomie, idées suicidaires, objectivation de troubles de la concentration et de l'attention, aspect négligé) néanmoins nous nous interrogeons sur la CT [capacité de travail] nulle retenue qui remonterait déjà à octobre 2012 alors que le RM [rapport médical] d'[...] retenait une CT de 50% en février 2015, CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 30-40% en juin 2016 (soit juste après la péjoration clinique en lien avec le décès du père) et que le tableau clinique dressé dans l'expertise de janvier 2018 décrivait

une assurée réalisant de petits travaux dans l'appartement (arrosage, lessive) ayant des loisirs (TV, films, promenade 1-2x/j). De plus le diagnostic de trouble dépressif récurrent sous-tend la présence d'au moins deux épisodes dépressifs, ce qui implique une période de rémission, pourtant l'expert affirme en p. 21 qu'« *un état exempt de symptomatologie dépressive n'a jamais pu être retrouvé malgré un suivi soutenu* ». Il est également relevé en p. 25 que l'assurée se rend 2x/année dans son pays d'origine (30h de route) alors qu'elle ne retire aucun bénéfice sur place, ce qui nous interroge. De plus les LF [limitations fonctionnelles] décrites ne sont pas telles qu'elles justifient une incapacité totale. L'expert ne se positionne pas non plus sur l'absence de modification du traitement entre le début du suivi en mars 2014 et début 2019 (paroxétine 20mg/j) ni sur le nouveau traitement en place (Cymbalta 60mg/j et Mirtazapine 2caps/j). Au vu de l'état dépressif retenu, le trouble somatoforme mentionné par le Dr H._____ est exclu d'emblée alors que c'est bien celui-ci qui limitait l'ensemble des activités de l'assurée lors de l'expertise de janvier 2018. Le délai particulièrement long entre l'expertise et le rapport (huit mois) nous interroge également.

Bien que le problème thymique soit actuellement possiblement au premier plan, il ne semble pas que la situation ait toujours été comme telle. Dans ce contexte nous émettons des doutes quant à la CT nulle depuis octobre 2012 ainsi qu'à l'absence de discussion des points litigieux par l'expert. Nous suggérons à la Cour de réinterroger le Dr Z._____ avec les questions suivantes :

1. *En page 21, vous décrivez une symptomatologie dépressive persistante mais retenez en même temps le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Merci de bien vouloir expliquer vos propos.*
2. *Vous retenez une capacité de travail nulle depuis octobre 2012 alors que vos confrères d'[...] l'évaluaient à 50% en février 2015 puis 30-40% en juin 2016 et que le Dr H._____ ne retenait pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée à l'atteinte de la main lors de l'expertise de janvier 2018. Merci de préciser pourquoi vous vous écarterez de ces appréciations ?*
3. *Comment pouvez-vous conclure à une capacité de travail nulle alors que des intérêts semblaient encore être présents lors de l'expertise de janvier 2018 (films à la télévision, promenades 5-10km/jour, arrosage des plantes...) ?*
4. *Cela correspond-il à une aggravation de l'état de santé ? Merci pour vos précisions."*

Dans d'ultimes déterminations du 26 avril 2021, la recourante a derechef conclu à l'admission du recours et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle était d'avis que les quelques critiques formulées à l'encontre du rapport de la Dre Z._____ par un médecin non titulaire d'un titre de spécialiste FMH ne justifiaient pas de procéder à un complément d'expertise.

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 compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; 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 sur le point de savoir si l'intimé était fondé, par sa décision du 25 juillet 2019, à limiter l'octroi d'une rente entière du 1^{er} novembre 2013 au 31 mars 2014, avant de la réduire à un quart de rente du 1^{er} avril au 30 juin 2014, puis de la supprimer avec effet au 1^{er} juillet 2014.

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.

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). 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).

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 (art. 29 al. 1 LAI).

b) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (VALTERIO,

Commentaire : Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n. 6 *ad* art. 31 LAI et réf. cit. p. 495). Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. notamment TF 8C_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3 et réf. cit. ; TF 9C_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 et réf. cit.).

Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3068 et réf. cit. p. 833 s. ; cf. également TF 9C_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et réf. cit.).

c) 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).

d) 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).

e) 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).

f) 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 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

4. a) En l'espèce, l'intimé conteste le caractère probant du rapport d'expertise psychiatrique judiciaire du 11 mars 2021 de la Dre Z._____, en lui opposant un avis SMR du 8 avril 2021 de la Dre X._____, émettant des doutes quant à l'absence de capacité de travail depuis octobre 2012, déplorant l'absence de discussion de certaines questions litigieuses par l'experte, et demandant au tribunal de procéder à un complément d'instruction.

b) Dans le cadre du mandat d'expertise judiciaire, la recourante a été examinée à trois reprises, la première fois en présence de sa fille, la fois suivante avec le concours d'une interprète, et la dernière fois en présence de sa fille et de l'interprète. Trois contacts téléphoniques ont également été pris avec les médecins traitants. La Dre Z._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a posé les diagnostics de personnalité dépendante (F60.7) présent depuis le début de l'âge adulte et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) présent depuis l'annonce du cancer du sein, à l'automne 2012. Dans son appréciation globale du cas, l'experte judiciaire a notamment émis les considérations suivantes (rapport d'expertise psychiatrique du 11 mars 2021 p. 18 s.) :

“La classification utilisée est la CIM-10, avec premièrement le manuel des Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic et deuxièmement le manuel de Critères diagnostiques pour la recherche CDR-10.

Il n'y a pas d'éléments en faveur d'un délire ou d'hallucinations. Il n'y a pas de trouble psychotique. Le sens de la réalité est conservé.

Il n'y a pas d'introspection ni de capacité d'élaboration. Les capacités cognitives sont limitées.

A la recherche d'un trouble présent depuis le début de l'âge adulte, impactant de façon importante la vie de l'expertisée, de type trouble de la personnalité, nous trouvons un mode de vie plutôt stable, sans grands détours. Mme M. est en couple avec le même homme, dans une relation globalement harmonieuse, elle a deux enfants qu'elle a pu élever. Elle a gardé un emploi durant de nombreuses années. Avec peu de connaissances de la langue française, elle a plutôt fait preuve de bonnes capacités d'adaptation après son arrivée en Suisse.

Elle ne semble pas avoir souffert de troubles psychiatriques avant la période qui débute en 2012.

Une démonstrativité est mentionnée dans le rapport du 7 septembre 2015 de Dr I._____. Si Mme M. se présente aux entretiens avec une certaine expressivité lorsqu'elle pleure, il n'y a pas de théâtralisme par ailleurs : son habillement est négligé, de couleurs fades, son attitude en présence de l'interprète et de sa fille est plutôt en retrait, elle ne cherche pas à se mettre au centre de l'attention. Elle n'a absolument pas d'attitude séductrice.

Les pleurs de l'expertisée donnent un sentiment d'authenticité à l'interlocutrice, sans surjeu ni superficialité ni labilité émotionnelle. Il y a congruence idéo-affective (les émotions exprimées correspondent au contenu évoqué verbalement). Le versant haut de la thymie (rire et sourires) manque totalement lors des entretiens.

Cette dame pleure également pour exprimer sa colère, qui est dirigée contre elle.

Mme M. ne semble pas souffrir d'avoir dépendu de ses proches pour vivre dans un pays dont elle connaît mal la langue. Elle s'en est accommodée sans souffrance psychique apparente. Elle n'a pas cherché de façon approfondie à apprendre la langue française.

Sur le plan administratif elle a toujours dépendu complètement de son époux et de ses enfants qui prenaient les décisions à sa place, et cela lui convient.

Une attitude soumise ainsi qu'une victimisation et un auto centrage négatif, sans discriminations possibles, ont été relevé[s] lors de l'observation professionnelle (août et septembre 2015, Dr I._____). Cela concorde avec les observations cliniques actuelles. Cette attitude soumise va de pair avec une attitude passivo oppositionnelle qui s'est vue en début d'expertise.

Elle avait peu d'initiatives personnelles, et s'en remettait aux autres membres de sa famille pour les décisions importantes (a).

Avant 2012, elle n'avait pas de centre d'intérêt autre que les besoins de ses proches mais effectuait ses tâches domestiques avec

énergie. Toute sa vie était tournée vers les besoins de son mari, de ses enfants. Il n'y avait aucune aspiration personnelle, individuelle (b).

Elle n'était pas une personne à exprimer des besoin[s] et des demandes personnelles (c).

En pratique, alors qu'elle était parfaitement en mesure de travailler, cette dame était tout simplement dans l'impossibilité de vivre seule sans le soutien concret de ses proches, et cela semblait être parfaitement normal pour elle.

En entretiens, l'experte a observé une nette exacerbation des pleurs lorsqu'on aborde la possibilité, pour la fille, de vivre seule et d'avoir sa propre existence. La peur de l'abandon est donc validée (e).

Selon la classification CIM-10, quatre critères au minimum sont réunis ici pour poser le diagnostic de **F 60.7 Personnalité dépendante**.

Cliniquement, en présence de sa fille, l'expertisée met en place des stratégies relationnelles (pleurs, victimisation) lorsqu'on parle des besoins de sa fille caractéristiques d'un F 60.7 Personnalité dépendante. Ces stratégies relationnelles, involontaires, bien qu'exprimant une souffrance réelle, ont le bénéfice de s'assurer le soutien indéfectible et culpabilisé des proches aidants, dont la fille fait clairement partie.

Il n'y a pas d'arguments en faveur d'autres troubles de type structurels (présents de façon continue depuis le début de l'âge adulte et faisant partie du fonctionnement habituel chez le sujet).

En ce qui concerne la présence d'un trouble de survenue plus tardive, plusieurs pistes ont été évoquées dans les précédents rapports médicaux.

Le 26 mai 2012, en [...], l'expertisée a bien été confrontée à une situation susceptible d'avoir représenté un stress exceptionnellement menaçant. Accident de voiture, bras coincé entre deux sièges, vision prolongée d'une autre covoitureuse gravement accidentée, etc.

A l'anamnèse, les stratégies d'évitement, les cauchemars nocturnes récurrents ainsi que les flashbacks diurnes de l'accident, apparus après un délai de quelques mois, ont bien été mentionnés précédemment par certains observateurs médicaux, et sont compatibles avec le diagnostic de F43.1 Etat de stress post traumatique.

Actuellement l'experte ne retrouve pas cette symptomatologie. Les flashbacks diurnes se sont amendés, la thématique onirique a évolué, et l'expertisée peut faire plus de trente heures de route deux fois par an dans un véhicule.

Ainsi le diagnostic F43.1 Etat de stress post-traumatique, s'il a bien existé auparavant, ne peut plus être posé actuellement.

Sur le plan de l'humeur, la thymie de cette dame est clairement basse. Les pleurs semblent authentiques.

Cela persiste depuis plus de deux semaines (G1). Il n'y a pas de symptômes maniaques ou hypomaniaques (G2). L'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive (G3).

L'humeur est dépressive toute la journée et presque tous les jours (B1). Cette humeur dépressive a pu être objectivée en entretien. Il y a une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir (B2). Cela est récolté de façon anamnétique mais concorde avec ce qui a été vu en entretien. Mme M. ne s'anime ni verbalement ni corporellement, à rien, même pas lorsqu'elle parle de sa petite fille.

Il y a une réduction de l'énergie (B3). Cela a été objectivé en entretien.

Des autres critères qui ont pu être objectivés lors des entretiens d'expertise nous retiendrons que :

Il y a une perte de confiance en soi (C1).

Une culpabilité excessive qui la pousse à penser qu'elle est un poids pour ses proches (C2).

Il y a des pensées récurrentes de mort (C3).

Il y a une altération de la concentration (C4).

Il y a un ralentissement psychomoteur (C5).

Certains de ces symptômes sont sévères.

Donc cela fait trois critères B et cinq critères C, ce qui amène à poser le diagnostic de Episode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques.

L'auto et l'hétéro anamnèse, dont nous devons tenir compte dans nos diagnostics psychiatriques, révèlent que ce trouble a émergé au cours de l'année 2012 avec d'abord l'apparition de troubles du sommeil en rapport avec les douleurs du membre supérieur droit. Ces insomnies ont été nettement exacerbées par l'annonce du cancer du sein. Un cortège d'autres symptômes se sont greffés au tableau clinique.

Malgré une brève amélioration partielle avant le décès du père en février 2016, suivi d'une nouvelle aggravation après cette date, un état exempt de symptomatologie dépressive n'a jamais pu être retrouvé malgré un suivi soutenu.

La chronicité des troubles de l'humeur amène à poser le diagnostic de **F33.2 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques.**

Ce diagnostic est indéniablement assorti d'un[e] composante anxieuse, sans que celle-ci donne lieu à un diagnostic séparé.

Il a été mentionné dans un rapport médical antérieur que l'expertisée sous-estime ses capacités résiduelles. Cela concorde avec le diagnostic de **F33.2 Trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques**, qui érode la vision positive de soi et lamine les capacités de l'individu à discriminer le bon du mauvais.

A posteriori on peut émettre l'hypothèse que si le licenciement et l'accident ont pu représenter des facteurs de stress, c'est l'annonce du cancer du sein qui a été l'élément précipitant de ce **F33.2 Trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques**.

Le rapport de Dr K. _____ évoque que, avant le décès du père, en février 2016, il avait été noté une légère amélioration de l'humeur, avec à nouveau quelques moments de plaisir, les pensées envahissantes liées à son accident et son cancer étant en diminution. Cette ébauche d'amélioration a été discrète, elle n'a porté que sur certains éléments constitutifs du **F33.2 Trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques**, et elle n'a pas donné lieu à une complète résorption de la symptomatologie dépressive. Elle a été brutalement stoppée dès le décès du père de l'expertisée.

Le rapport du 17 avril 2013 (électro neuro myogramme) du Dr [...] démontre une neuropathie cubitale droite au coude mais « n'explique vraisemblablement pas les douleurs de la main droite ». Ainsi il y a bien une réalité somatique, mais elle ne suffit pas à expliquer complètement les douleurs et le handicap. Cette question est secondaire du point de vue psychiatrique, car le trouble de l'humeur **F33.2 Trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques** exacerbe le vécu des douleurs, est entretenu par celles-ci et représente en lui-même un facteur d'exclusion du diagnostic de type F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant.

Le **F 60.7 Personnalité dépendante**, rend obligatoire la présence d'un « tuteur émotionnel et administratif » dans une période d'autonomisation des enfants et de vieillissement du conjoint. Ce trouble, de même que les faibles capacités cognitives, couplées à une lacune en introspection et à une méconnaissance de la langue de son pays d'accueil, rendent non seulement les ressources de cette dame nulles mais aggravent le pronostic.”

c) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées de l'experte Z. _____, dont le rapport d'expertise judiciaire du 11 mars 2021 remplit à l'évidence les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 3e supra). Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse particulièrement approfondie du cas, en ce qu'il se fonde sur trois entretiens avec l'assurée (ainsi que sa fille et une interprète) et sur un contact avec les médecins traitants ; l'anamnèse est très complète, exhaustive et fouillée ; l'examen

clinique est complet, systématique, particulièrement clair et cohérent dans son élaboration ; la discussion des avis divergents est systématique et cohérente et les conclusions exemptes de contradiction, les réponses aux questions étant absolument claires et convaincantes, en tant que fondées sur un examen du cas *lege artis*.

d) Au demeurant, contrairement à ce que soutient le SMR, il n'y a pas eu de réelle rémission, mais de brèves périodes d'amélioration péjorées par des rechutes. L'experte Z._____ explique en effet qu'un état exempt de symptomatologie dépressive n'a jamais pu être retrouvé malgré un suivi soutenu et que la brève amélioration partielle avant le décès du père de l'assurée en février 2016 évoquée par les psychiatres traitants - ne portant que sur certains éléments constitutifs du « F33.2 Trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques » - a été très discrète, sans donner lieu à une réelle rémission de la symptomatologie dépressive ; l'exclusion du trouble somatoforme (tel qu'inclus dans le trouble dépressif) et du syndrome post-traumatique (en rémission) est dûment motivée et l'ampleur des limitations fonctionnelles décrite de manière convaincante, sur la base de trois examens cliniques. On relèvera en particulier que si l'accident du 26 mai 2012, en [...], a mis l'assurée dans une situation de stress particulièrement intense propre à créer un état de stress post-traumatique, ce diagnostic (F43.1) n'a plus été retenu au jour de l'expertise, la rémission de cette symptomatologie expliquant qu'elle puisse à nouveau voyager durant plusieurs heures par la route. Pour le reste, on ne voit pas que des éléments objectivement vérifiables auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise. A ce propos, la mention par le SMR « des intérêts [qui] semblaient encore être présents en 2018 (films à la télévision, promenade 5-10 km/jour, arrosage des plantes, ...) » n'est pas apte à porter atteinte au crédit de l'évaluation de la capacité de travail par la Dre Z._____, qui s'est montrée particulièrement systématique et rigoureuse dans l'accomplissement de son mandat.

e) Des conclusions du rapport d'expertise judiciaire probant de la Dre Z._____, il ressort donc qu'en raison d'un trouble dépressif

récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) qui s'est installé dans le courant de l'automne 2012, et d'un trouble de la personnalité dépendante (F60.7), en lien avec les faibles capacités cognitives que l'assurée présente, une capacité de travail nulle dans toute activité doit être retenue, ceci sans interruption notable depuis octobre 2012 et pour une longue durée.

Par ailleurs, selon l'enquête économique réalisée à son domicile, l'assurée présente des empêchements dans la tenue de son ménage, qui s'élèveraient à 37.2 %, dans l'hypothèse où elle consacrerait 100 % de son temps à cette activité, après pondération.

Cela étant, le début du droit à la rente est fixé à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assurée a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, et la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI).

Compte tenu du dépôt de la demande de prestations en date du 30 mai 2013, le degré d'invalidité global résultant des deux domaines pour la période courant dès le 1^{er} novembre 2013 est le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
active	80 %	100 %	80 %
ménagère	20 %	37.2 %	7.44 %
Taux d'invalidité global :			87.44 %

Supérieur à 70 % (cf. art. 28 al. 2 LAI), le degré d'invalidité de la recourante ouvre en conséquence le droit à une rente entière dès le 1^{er} novembre 2013, sans qu'il se justifie de la limiter dans le temps.

5. a) En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, et la décision litigieuse réformée en ce sens que T. _____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2013, sans limitation dans le temps.

b) 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.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un avocat, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Le mandataire n'ayant pas déposé de liste d'opérations, il convient d'arrêter l'équitable indemnité de partie à laquelle il a droit en tenant compte de l'importance et de la complexité du litige ainsi que du temps requis pour le traitement d'une telle affaire. Au regard de ces éléments, il se justifie de fixer forfaitairement l'indemnité à 3'000 fr., débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée (art. 10 et 11 du tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative [TFJDA ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 25 juillet 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que T. _____ a le droit à une rente entière à compter du 1^{er} novembre 2013.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à T._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Marc Mathey-Doret (pour T._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :