

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 avril 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Bidiville, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A.A. _____, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 s., 16, 17 et 61 let. c LPGA ; 28, 28a al. 3 et 29 al. 2 LAI ; 88a RAI

E n f a i t :

A. A.A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], de nationalité portugaise, est mariée et mère de deux enfants. Elle travaillait en qualité d'aide-soignante à 100 % auprès de la Fondation des G. _____ à [...] depuis le 17 septembre 1990, puis à 80 % dès le 1^{er} mars 2005. Dans l'intervalle, elle avait baissé son taux d'activité à 80 % pour suivre une formation en cours d'emploi et a obtenu un certificat d'aide-soignante délivré le 25 février 2005. En 2005, elle a été opérée d'une hernie discale L5-S1 droite, ce qui n'a pas empêché la reprise du travail habituel.

En raison d'une hernie cervicale C6-C7 droite avec conflit radiculaire C7 en 2008, en péjoration depuis fin 2009, et d'une hernie discale L4-L5 avec irritation L5 gauche, d'antécédents de cure de hernie L5-S1 droite en 2005 ainsi que de dépression réactionnelle, l'assurée a présenté une première incapacité de travail de 50 % attestée depuis le 1^{er} octobre 2009. Après une reprise du travail (au taux de 80 %) en décembre 2009, une incapacité de travail totale a été attestée dès le 19 février 2010 par le médecin traitant de l'époque (rapport du 28 juin 2010 du DrE. _____, généraliste). Q. _____ Assurances, assureur perte de gain maladie de l'assurée, a pris en charge le cas et a annoncé, le 4 mai 2010, l'intéressée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre d'une démarche de détection précoce. Cette procédure a débouché sur le dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 16 juin 2010.

D'après le questionnaire 531bis du 29 juin 2010, l'assurée en bonne santé travaillerait à 80 % depuis octobre 2003 par nécessité financière et intérêt personnel.

Selon le questionnaire complété le 29 juin 2010 par l'employeur et ses annexes, pour son activité exercée à 80 % (33h11 par semaine), depuis le 1^{er} janvier 2010 le salaire mensuel brut de l'assurée s'élevait à 4'296 fr. 80, treizième salaire non compris.

Retenant comme atteinte principale à la santé des cervicobrachialgies droites non déficitaires sur hernie discale C6-C7 droite (M51.1), le médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que, compte tenu des limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de dix kilos ; pas de travaux avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale ; pas de porte-à-faux ; alternance des positions) l'exercice de l'activité d'aide-soignante n'était plus exigible. Par contre, la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée (rapport du 30 août 2010 du Dr D._____, du SMR).

L'assurée a été licenciée par l'employeur avec effet au 30 juin 2011.

Dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations, A.A._____ a bénéficié de la part de l'OAI de la prise en charge d'un entraînement à l'endurance progressif auprès de M._____ (au sens de l'art. 14a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]) et du versement d'indemnités journalières, du 22 août au 20 novembre 2011. Cette mesure a ensuite été prolongée jusqu'au 25 décembre 2011 (communications des 13 juillet et 22 novembre 2011 de l'OAI).

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 14 septembre 2011 au domicile de l'assurée. En lien avec la détermination du statut, elle a déclaré qu'en 2005, une fois sa formation terminée et réussie, elle avait maintenu un taux d'activité à 80 % pour une meilleure qualité de vie. Dans ces conditions, le statut proposé par l'enquêtrice était 80 % active et 20 % ménagère. En page 6 de son rapport, l'enquêtrice a indiqué que la fille de l'assurée (née en 1993) accomplissait sa troisième

année de gymnase alors que son fils (né en 1996) était en première année gymnasiale. Le rapport d'enquête économique sur le ménage du 26 septembre 2011 a conclu à un empêchement de 11,5 % dans l'accomplissement des travaux habituels.

L'OAI a pris en charge un entraînement progressif de l'assurée auprès de l'Atelier [...] de la Fondation S._____ au [...] avec des indemnités journalières, du 16 janvier au 15 juillet 2012 (communication du 13 janvier 2012 de l'OAI). Par rapport du 24 janvier 2012 les responsables de la Fondation S._____ ont indiqué que l'intéressée présentait de bonnes dispositions pour le stage ; elle respectait les règles de l'atelier parfaitement, parvenait à s'adapter et à s'intégrer, retenait les consignes données, avec un soutien et la prise de notes. Elle était motivée et engagée pour débiter un stage.

Le 19 avril 2012, la Dre L._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, consultée depuis le 3 février 2011, a posé les diagnostics incapacitants de trouble dépressif réactionnel aux problèmes somatiques, chronicisé ([F34.8] depuis 2009), de status post cure de hernie discale L5-S1 (en 2005), de hernie discale L4-L5 (depuis 2009) et de hernie discale cervicale C6-C7 (depuis 2009). Sans effet sur la capacité de travail, figurait le diagnostic de status post tentamen médicamenteux (en 2009). Le pronostic était réservé en raison du développement par l'assurée d'un état dépressivo-anxieux chronicisé ; elle présentait une thymie franchement déprimée avec des fluctuations, ressentait un grand découragement avec un sentiment d'inutilité, une grande fatigabilité et fatigue, se sentait dévalorisée et coupable au regard de ses douleurs et limitations physiques avec des angoisses face à l'avenir. La médication psychotrope consistait en la prise de Sertraline® 150 milligrammes par jour. De l'avis de la Dre L._____, l'activité habituelle d'aide-hospitalière n'était plus exigible. La mesure auprès de la Fondation S._____ l'avait été à raison de cinq demi-journées par semaine ; il en résultait la mise en évidence d'un rendement d'environ 40 %. En outre, la reprise d'une activité à moyen terme était attendue. Sur le long terme, une amélioration de la capacité de travail était toutefois conditionnée par l'évolution des

atteintes à la santé. Concernant le stage en cours, la capacité résiduelle de travail ne devait très probablement pas dépasser 50 %.

Dans un rapport du 23 avril 2012 à l'OAI, le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale, en neurologie ainsi qu'en médecine physique et réadaptation, suivant l'assurée depuis le 12 mars 2012, a posé les diagnostics incapacitants de lombo-sciatalgies gauches dans le cadre d'une hernie discale L4-L5 gauche ; statut après hémiotomie L4-L5 droite (en 2005), de cervicalgies résiduelles, dans le cadre d'une protrusion C6-C7 droite (2009), et d'état dépressif existant depuis le mois d'octobre 2009. Sans effet sur la capacité de travail, figurait le diagnostic d'obésité « BMI [Body Mass Index] 30.1 kg/m² » depuis 2009. A l'examen clinique, l'assurée était triste, pleurait durant la séance lorsqu'elle parlait de ses soucis. Il existait une bonne fonction cognitive et la collaboration était parfaite. Au vu de la symptomatologie douloureuse et handicapante depuis 2009, le pronostic était réservé. L'intéressée était, pour sa part, motivée à retrouver un travail qui lui convienne. La médication alliait la prise de morphine (MST®) 160 milligrammes par jour et de Sertraline® 150 milligrammes le matin. L'activité habituelle n'était plus exigible et une amélioration de la capacité de travail pouvait être attendue selon les conclusions de l'atelier professionnel de la Fondation S._____, ceci tant sur le plan qualitatif, quantitatif et temporel ; les capacités de concentration, de compréhension ainsi que la résistance n'étaient pas limitées.

Le 22 mai 2012, la Dre X._____, généraliste et médecin traitant, a confirmé à l'OAI qu'en raison de son état de santé global, la capacité de travail de l'assurée était nulle comme aide-soignante. Dans une activité adaptée, la capacité était de 40 - 50 % depuis l'automne 2012.

Les rapports de stage auprès de la Fondation S._____ des 26 avril, 31 mai et 5 juillet 2012 ont mis en évidence une capacité de travail de l'assurée de 40 % « actuellement » ; dans le dernier rapport, il est écrit qu'elle avait besoin d'un encadrement soutenant pour lui permettre

d'évoluer et d'avancer en confiance compte tenu de ses peurs et angoisses face à l'avenir susceptibles de bloquer l'évolution. Les connaissances de l'intéressée en bureautique devaient lui permettre de débiter une formation de réceptionniste-standardiste.

Au vu des divergences de points de vue entre le SMR d'une part, et le médecin traitant ainsi que les rapports d'observation des mesures de réadaptation suivies, d'autre part, sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée dans une activité adaptée (cf. avis du 25 juillet 2012 du Dr D._____, du SMR), des expertises médicales (rhumatologique et psychiatrique) ont été mandatées par l'OAI. Dans son rapport d'expertise du 21 janvier 2013, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics incapacitants de lombosciatalgies chroniques sur des discopathies L3 à S1 (M47.9) et d'arthrose facettaire L5-S1 irritant S1 droit, status après opération pour une hernie discale L5-S1 (M51.1) depuis 2005, ainsi que de cervicobrachialgies droites chroniques sur une hernie discale C6-C7 (M50.1) depuis 2008. Cet expert a constaté une capacité de travail de l'assurée nulle comme aide-soignante depuis octobre 2009, mais de 100 %, depuis lors, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de cinq kilos ; pas de mouvements répétés du rachis cervical et lombaire ; pas de position à genou ; pas de montée sur une échelle ou un escabeau ; pas de mouvements d'élévation des bras au-dessus de l'horizontale ; pouvoir changer de position toutes les quarante-cinq minutes). Dans son rapport d'expertise du 13 mars 2013, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a, quant à lui, diagnostiqué un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) présent depuis 2009. Cet expert psychiatre a retenu une incapacité de travail de l'assurée de 50 % du 3 février 2011 au 31 décembre 2012, puis de 20 % dès le 1^{er} janvier 2013 en raison du stress constitué par les douleurs permanentes.

Par sommation du 20 septembre 2013, l'OAI a imparti à l'assurée un délai au 15 octobre 2013 pour lui confirmer par écrit qu'elle

acceptait de participer et collaborer pleinement à une mesure de formation dans le domaine de la bureautique qui lui avait été proposée.

Le 14 octobre 2013, par l'intermédiaire de son conseil en la personne de Me Flore Primault, l'assurée a notamment annoncé à l'OAI avoir repris un emploi du 1^{er} novembre 2013 au 14 octobre 2014 à 50 % au CHUV en qualité d'aide médico-technique.

Répondant à un questionnaire de l'OAI sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée, son médecin traitant a indiqué que la capacité de travail était nulle comme aide-soignante depuis 2012, mais de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles inchangées (rapport de la Dre X. _____ non daté, mais enregistré au dossier le 17 février 2014 par l'OAI).

Un complément d'enquête économique sur le ménage a été demandé par l'OAI. On extrait ce qui suit du rapport corrélatif du 27 novembre 2014 :

"L'assurée conteste le statut de 80% active et 20% ménagère. Selon la lettre de son avocat du 14.10.2013, l'assurée n'aurait pas repris son taux initial à 100% suite à sa formation en raison de ses douleurs et que ses enfants n'étaient pas encore indépendants. On peut effectivement relever que l'assurée a travaillé de nombreuses années à plein temps mais que dès 2003, elle a baissé son taux à 80% pour suivre une formation d'aide-soignante, puis elle a choisi de continuer à ce taux jusqu'à la fin de son travail à la Fondation des G. _____ en février 2010.

Lors de notre entretien pour l'enquête ménagère du 14.09.2011, l'assurée mentionne qu'elle regrette beaucoup son travail d'aide-soignante à la Fondation des G. _____ et qu'en bonne santé, elle aurait continué d'y travailler au taux de 80% pour une meilleure qualité de vie car ce travail demande beaucoup d'investissement.

Il est également mentionné qu'actuellement, la fille de l'assurée est à l'Université de [...] et que son fils termine sa dernière année du gymnase et ne nécessite plus la présence de sa mère au foyer. Lors de l'enquête ménagère, les enfants de l'assurée étaient déjà en âge d'être considérés comme autonomes étant tous les deux au gymnase et ne nécessitant pas une présence au foyer pour les repas.

D'autre part, sur le questionnaire 531bis, complété par l'assurée le 29.06.2010, cette dernière indique qu'elle exercerait une activité

lucrative à 80 % depuis octobre 2003 comme aide-soignante par nécessité financière et intérêt personnel.

Au vu de ce qui précède, force [est] de constater que tous les éléments vont dans le sens d'un statut de personne active à 80%. Nous pouvons de plus nous référer à la Jurisprudence selon laquelle les 1ères déclarations de l'assuré font foi."

Le 8 janvier 2015, l'assurée a fait savoir à l'OAI qu'à la suite de son inscription à l'assurance-chômage le 1^{er} décembre 2014, elle recherchait un poste à mi-temps. En annexe, elle a notamment remis la copie d'une assignation du 17 décembre 2014 reçue de l'Office régional de placement (ORP) de [...] à un entretien préalable relatif à sa participation à une entreprise de pratique commerciale organisée par J. _____ à [...], du 17 décembre 2014 au 17 janvier 2015 ; le taux d'activité prévu pour cette mesure était de 100 %.

Le 7 juillet 2015, l'assurée a indiqué à l'OAI avoir retrouvé un poste de travail à un taux de 60 % débuté par un stage d'observation de deux semaines dès le 9 juin 2015. Après discussion avec son médecin traitant, elle disait avoir tenté d'assurer cet emploi même à un tel taux d'activité ; une réévaluation de la situation était prévue en fonction de l'évolution de son état de santé.

L'arrêt de travail de l'assurée a régulièrement été prolongé envers l'OAI ; ainsi, par certificat médical du 1^{er} février 2016 (pièce 219), la Dre X. _____ a précisé avoir attesté d'une incapacité de travail à 50 % du 13 janvier 2014 au 7 août 2015, puis à 40 % depuis le 8 août 2015.

Le 10 octobre 2016, l'assurée a fait savoir à l'OAI que malgré ses nombreux efforts la capacité de travail était restée à 60 %. Selon l'estimation de son médecin traitant, hormis une stabilisation, aucune amélioration de la capacité de travail n'était attendue. De nouveaux certificats médicaux de la Dre X. _____, attestant d'incapacités de travail de 40 %, ont par la suite été versés au dossier.

Après avoir recueilli le point de vue du SMR (avis du 3 mai 2017 du DrR. _____), le 13 juin 2018 l'OAI a rendu un projet

d'acceptation de rente allouant à l'assurée un quart de rente limité dans le temps du 1^{er} février 2012 au 31 mars 2013.

A l'appui de sa contestation du 15 août 2018 sur ce préavis de l'OAI, l'assurée, sous la plume de son conseil Me Primault, a contesté le statut de femme active 80 % - 20 % retenu pour l'évaluation du droit à la rente en alléguant qu'il se justifiait de la considérer en tant que femme active à 100 %. Elle expliquait ne pas avoir repris son activité professionnelle à plein temps en raison de ses douleurs importantes en ajoutant que depuis octobre 2013 ses enfants étaient indépendants, sa fille étant en première année à l'université et son fils achevant le gymnase. Elle a également expliqué ne pas avoir pu augmenter son taux d'activité à 60 % repris à la suite de son stage d'observation en juin 2015 ; elle qualifiait de « purement théorique » une reprise d'emploi au taux de 80 %. Enfin, elle a contesté la capacité de travail retenue dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles par le Dr B. _____, opposant l'avis de son médecin traitant ainsi que l'échec de la reprise immédiate d'une activité à plein temps. Elle a demandé à l'OAI l'octroi d'une rente fondée sur sa capacité de travail de 60 % dans son activité actuelle dès le 1^{er} octobre 2010 (soit le terme du délai d'attente d'un an), puis une rente entière dès le 3 février 2012 et enfin, une demi-rente au moins dès le 1^{er} janvier 2013.

Après avoir obtenu un avis juriste du 29 mars 2019 et procédé à un nouvel examen du cas (fiche d'examen du dossier établie le 2 mars 2020), l'OAI a, par courrier du 24 mars 2020, confirmé son projet d'octroi d'une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps. Ses constatations étaient notamment les suivantes :

“Concernant, l'évaluation médicale, nous disposons au dossier d'une expertise rhumatologique et psychiatrique effectuée respectivement en novembre 2012 et mars 2013.

L'expert rhumatologue confirme les atteintes lombaires et cervicales ainsi que les limitations fonctionnelles pour le rachis avec une capacité de travail nulle en tant qu'aide-soignante et entière dans une activité adaptée depuis octobre 2009.

S'agissant du volet psychiatrique, l'expert a conclu à l'existence d'un épisode dépressif léger présent depuis 2009. La capacité de travail a en premier lieu été de 50% du 3 février 2011 au 31 décembre 2012, puis de 80 % dès le 1^{er} janvier 2013.

Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : rhumatologiques : pas de port de charges de plus de 10kg, pas de travaux les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, pas de travail en porte-à-faux, alternance des positions. Psychiatriques : légère diminution de l'énergie, diminution de la confiance en soi, labilité émotionnelle.

Ainsi, nous pouvons retenir une capacité de travail nulle dans l'activité d'aide-soignante depuis le 1^{er} octobre 2009 et une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, ceci depuis le début de l'incapacité de travail durable.

[...]

Sans atteinte à la santé, Mme A.A. _____ serait en mesure de percevoir un salaire annuel de CHF 56'416.98.- en 2010, à un taux de 80%. Ce montant représente son revenu sans invalidité.

Dans la situation de Mme A.A. _____, étant donné qu'elle 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 52'849.46.- à 80% en 2010.

Par ailleurs, les limitations fonctionnelles justifient d'appliquer un abattement de 10% sur le salaire statistique précité. Le revenu d'invalidé est donc de CHF 48'044.97.-.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF 56'416.98.-
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 48'044.97.-
Perte de revenu	CHF 8'372.01.-
Degré d'invalidité	<u>14.83%</u>

Jusqu'au 31 décembre 2017, 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 vous auriez eu si vous n'aviez pas été invalide et du taux consacré à vos travaux habituels.

Ainsi, nous pouvons procéder au calcul de l'invalidité globale en tenant compte d'un empêchement de 14.83% dans la part active et de 11.5% dans la part ménagère.

Activité partielle d'invalidité	Part	Empêchement	Degré
Part active		80%	14.83%
11.86%			
Part ménagère	20%	11.5%	
<u>2.3%</u>			

Degré d'invalidité
14.16%

Au terme du délai de carence d'une année, soit au 1^{er} octobre 2010, Mme A.A. _____ ne présente pas de préjudice économique ouvrant le droit à une rente.

S'agissant du droit aux mesures professionnelles, celui-ci existe si, malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible qui ne nécessite pas de formation particulière, le manque à gagner durable est encore de 20% au moins, ce qui n'est pas le cas de Mme A.A. _____ au vu des indications qui précèdent.

Par la suite, nous pouvons admettre une aggravation de l'état de santé d'un point de vue psychiatr[iqu]e, avec une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées du 3 février 2011 au 31 décembre 2012.

Sans atteinte à la santé, Mme A.A. _____ serait en mesure de percevoir un salaire annuel de CHF 56'963.00.- en 2012, à un taux de 80%. Ce montant représente son revenu sans invalidité.

Toujours selon la jurisprudence et aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 23'720.56.- à 50 % en 2012.

Par ailleurs, des mesures d'ordre professionnel ne paraissent pas envisageables au vu de la capacité de travail exigible, les limitations fonctionnelles justifiant d'appliquer un abattement de 10% sur le salaire statistique précité. Le revenu d'invalidité est donc de CHF 23'148.50.-.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF 56'963.00.-
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 23'148.50.-
Perte de revenu	CHF 33'814.50.-
Degré d'invalidité	<u>59.36%</u>

Ainsi, nous pouvons procéder au calcul de l'invalidité globale en tenant compte d'un empêchement de 59.36% dans la part active et de 11.5% dans la part ménagère.

Activité partielle d'invalidité	Part	Empêchement	Degré
---------------------------------	------	-------------	-------

Part active	80%	59.36%
47.48%		
Part ménagère	20%	11.5%
<u>2.3%</u>		

Degré d'invalidité
49.78%
Arrondi à
50%

Au terme du délai de carence d'une année, soit dès le 1^{er} février 2012, le droit à une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 50% est ouvert.

Suite à l'amélioration de son état de santé, Mme A.A._____ présente une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1^{er} janvier 2013.

Sans atteinte à la santé, Mme A.A._____ serait en mesure de percevoir un salaire annuel de CHF 57'266.39.- en 2013, à un taux de 80%. Ce montant représente son revenu sans invalidité.

Toujours selon la jurisprudence et aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 41'440.97.- à 80% en 2013.

Par ailleurs, aucun abattement n'est justifié, car malgré notre sommation du 20 septembre 2013, Mme A.A._____ n'a pas voulu donner suite aux mesures d'ordre professionnel proposées. Il convient donc [de] prendre en compte le revenu d'invalidité comme si elle avait suivi ladite mesure.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF 57'266.39.-
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 41'440.97.-
Perte de revenu	CHF 15'825.42.-
Degré d'invalidité	<u>27.63%</u>

Ainsi, nous pouvons procéder au calcul de l'invalidité globale en tenant compte d'un empêchement de 34.87 [recte : 27.63]% dans la part active et de 11.5% dans la part ménagère.

Activité partielle d'invalidité	Part	Empêchement	Degré
Part active		80%	27.63%
22.10%			
Part ménagère	20%	11.5%	
<u>2.3%</u>			

Degré d'invalidité
24.40%

Ainsi, en application de l'article 88 bis al 1 RAI, le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, le droit à la demi-rente s'éteint au 1^{er} avril 2013, soit après trois mois d'amélioration de l'état de santé.

Depuis le 1^{er} janvier 2018 est entrée en vigueur une nouvelle méthode d'évaluation de l'invalidité pour les personnes partiellement actives et partiellement ménagères (art. 27bis RAI).

Désormais, pour évaluer le taux d'invalidité dans la part active, nous devons nous baser sur un taux d'occupation théorique de 100%, quel que soit le taux de travail réellement exercé avant l'atteinte à la santé.

Sans atteinte à la santé, Mme A.A. _____ serait en mesure de percevoir un salaire annuel de CHF 73'965.30.- en 2018, à un taux de 100%. Ce montant représente son revenu sans invalidité.

Toujours selon la jurisprudence et aux données salariales de l'Office fédéral de la statistique, le salaire que peut percevoir une femme dans des activités non qualifiées du domaine de la production et des services est de CHF 49'370.45.- à 80% en 2018.

Aucun abattement n'est justifié. Mme A.A. _____ n'a pas voulu donner suite aux mesures d'ordre professionnel proposées. Il convient de prendre en compte le revenu d'invalidé comme si elle avait suivi ladite mesure, après formation.

Comparaison des revenus :

Revenu sans atteinte à la santé	CHF 73'965.30.-
Revenu avec atteinte à la santé	CHF 49'370.45.-
Perte de revenu	CHF 24'594.85.-
Degré d'invalidité	<u>33.25%</u>

Ainsi, nous pouvons procéder au calcul de l'invalidité globale en tenant compte d'un empêchement de 33.35% dans la part active et de 11.5 % dans la part ménagère.

Activité partielle d'invalidité	Part	Empêchement	Degré
Part active		80%	33.25%
26.60%			
Part ménagère	20%	11.5%	
<u>2.30%</u>			
Degré d'invalidité			<u>28.90%</u>

Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, le droit à la rente n'est pas reconnu.

S'agissant du droit aux mesures professionnelles, celui-ci existe si, malgré l'exercice d'une activité raisonnablement exigible qui ne nécessite pas de formation particulière, le manque à gagner durable est encore de 20% au moins. Toutefois, Mme A.A. _____ n'est pas preneuse des mesures d'ordre professionnel proposées.

[...]

En l'espèce, le rapport des experts en médecine interne, psychiatrie et rhumatologie revêt une pleine valeur probante. [...]

En conclusion, nous ne pouvons que confirmer notre projet d'octroi d'une rente limitée dans le temps, avec octroi d'une demi-rente (invalidité 50%) du 1^{er} février 2012 au 31 mars 2013.

Un nouveau projet de décision n'est pas nécessaire dans la mesure où la conclusion finale, soit l'octroi d'une rente limitée dans le temps reste valable, seuls les taux se modifient. [...]"

Le 20 avril 2020, l'OAI a fait part à l'avocate de l'assurée d'une erreur dans son projet de décision du 13 juin 2018 ainsi que dans ses lignes du 24 mars 2020. Il a relevé que compte tenu du versement d'indemnités journalières de l'assurance-invalidité du 16 janvier 2012 au 15 juillet 2012, conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, le droit à la demi-rente ne pouvait être reconnu qu'à partir du 16 juillet 2012.

Par décision du 23 juillet 2020, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} juillet 2012 au 31 mars 2013.

B. Par acte déposé le 14 septembre 2020, A.A._____, représentée par Me Flore Primault, a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que l'intimé soit condamné à lui verser une rente supérieure à une demi-rente « fixée à dire de justice, et au-delà du 31 mars 2013 », l'OAI étant débouté de toutes autres, plus amples ou contraires conclusions. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'office intimé pour qu'il statue au sens des considérants. En premier lieu, elle conteste le début du droit à la rente fixé au 1^{er} juillet 2012 en proposant de retenir la date du 1^{er} janvier 2011, soit l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations le 16 juin 2010. La recourante reproche ensuite à l'office intimé d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante des expertises des Drs B._____ et C._____ en opposant les constatations

faites à l'occasion des stages suivis dans le cadre de l'instruction de son dossier et le fait qu'elle a repris un poste d'abord à 50 %, puis à 60 % après un stage d'observation dès le 9 juin 2015, ses efforts réguliers n'ayant pas permis d'augmenter ce taux d'activité. Ce faisant, elle conteste présenter un taux de travail supérieur dans une activité adaptée. Troisièmement, elle fait part de son incompréhension envers le statut mixte (active 80 % - ménagère 20 %) retenu, estimant qu'au vu des circonstances (personnelles, familiales, financières et professionnelles) en bonne santé elle aurait exercé un emploi à temps complet comme elle l'avait d'ailleurs déjà fait par le passé. Enfin, elle reproche à l'OAI une violation grave du droit fédéral en déplorant la référence aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour la détermination du revenu d'invalidé. Elle soutient que c'est en réalité le salaire qu'elle retire depuis plusieurs années de son activité exercée à 60 % - au besoin en retenant un taux de 80 % hypothétique (ce qu'elle conteste au demeurant) - qui doit servir de base pour le calcul de son revenu avec invalidité.

Le 5 novembre 2020, la recourante a produit un certificat médical établi le 2 novembre 2020 par la Dre X._____ la déclarant incapable de travailler à 40 %, du 19 octobre 2020 au 14 décembre 2020, à réévaluer.

Dans sa réponse du 12 novembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Il confirme le caractère probant des expertises mandatées par ses soins, sans que l'avis du médecin traitant ou les observations des stages d'évaluation entrepris ne s'avèrent suffisantes pour en rediscuter le bienfondé. S'agissant du début du droit à la demi-rente, l'intimé maintient la date du 16 juillet 2012 et estime s'être fondé à bon droit sur les données statistiques de l'ESS pour la détermination du revenu d'invalidé. Enfin, il observe que le statut de 80 % active et 20 % ménagère, confirmé lors de l'enquête économique à domicile de septembre 2011 et par la formule complétée le 29 juin 2010, n'est pas critiquable. Dans ces conditions, l'intimé est d'avis que les griefs

soulevés par la recourante ne sont pas susceptibles de modifier sa position.

Les 7 janvier et 12 février 2021, la recourante a encore produit des certificats médicaux des 4 janvier et 8 février 2021 de la Dre X._____ attestant de son incapacité de travail de 40 % du 14 décembre 2020 au 5 avril 2021.

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 droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur le moment de la naissance du droit, l'évaluation de la capacité de travail ainsi que sur le calcul du taux d'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).

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. En outre, le droit à la rente ne naît pas tant que la personne assurée peut prétendre à une indemnité journalière selon l'art. 22 LAI (art. 29 al. 2 LAI).

c) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une

modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'art. 88a al. 2 RAI prévoit en outre que, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

4. a) 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).

b) 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).

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).

5. a) 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).

b) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

6. a) En l'espèce, la recourante conteste, sur le plan médical, l'évaluation de sa capacité de travail par les experts B._____ et C._____. Elle oppose, en premier lieu, l'avis de son médecin traitant en la matière.

aa) Sur le plan somatique, le Dr B._____ a posé les diagnostics incapacitants de lombosciatalgies chroniques sur des discopathies L3 à S1 (M47.9) et d'arthrose facettaire L5-S1 irritant S1 droit, status après opération pour une hernie discale L5-S1 (M51.1), présentes depuis 2005, ainsi que de cervicobrachialgies droites chroniques sur une hernie discale C6-C7 (M50.1), présentes depuis 2008. Au moment d'appréciation la situation, l'expert mentionne un examen clinique parfaitement normal. Il ne constate aucune atteinte déficitaire rhumatologique et neurologique, l'expertisée se déplaçant tout à fait

normalement. Le bilan radiologique effectué montre une atteinte essentiellement arthrosique au niveau cervical et lombaire. Dans l'impossibilité de relier l'atteinte à l'intensité des douleurs décrites (l'expertisée se disant submergée par la douleur), l'expert somaticien évoque un possible trouble somatoforme en laissant à son confrère psychiatre le soin de discuter cette hypothèse et sa répercussion éventuelle sur la capacité de travail. Sur la base de ses propres constats cliniques, le Dr B. _____ retient une capacité de travail de l'assurée nulle comme aide-soignante depuis octobre 2009, mais de 100 %, depuis lors, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« pas de port de charges de plus de cinq kilos ; pas de mouvements répétés du rachis cervical et lombaire ; pas de position à genou ; pas de montée sur une échelle ou un escabeau ; pas de mouvements d'élévation des bras au-dessus de l'horizontale ; pouvoir changer de position toutes les quarante-cinq minutes »).

bb) Au plan psychiatrique, le Dr C. _____ a diagnostiqué un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00), présent depuis 2009. Il conclut, pour sa part, à une capacité de travail de l'assurée de 50 %, du 3 février 2011 au 31 décembre 2012, puis de 80 % dès le 1^{er} janvier 2013 en raison du stress constitué par les douleurs permanentes.

Le rapport d'expertise psychiatrique du 13 mars 2013 se fonde sur des extraits du dossier médical, comporte une anamnèse (professionnelle, familiale, psychosociale et psychiatrique), relate les plaintes et symptômes de l'expertisée, comporte le descriptif d'une journée-type, ainsi que les résultats des examens cliniques réalisés au cours de l'entretien du 11 mars 2013 (d'une durée de 02h15), complété par un contact téléphonique avec la psychiatre traitante. Il en ressort que des circonstances défavorables de l'enfance et du début de l'adolescence ont mené à un équilibre psychique précaire ainsi qu'à une fragilité chez l'assurée. Hormis une brève prise en soins (deux ou trois consultations auprès d'un psychiatre) dans l'adolescence, il n'y a jamais eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Suivie en ambulatoire depuis le 3 février 2011 par la Dre L. _____, l'assurée fait part, au jour de l'expertise,

d'une amélioration de son état de santé depuis environ un an (soit une diminution des crises d'angoisses, des pleurs et des pensées noires) avec un espacement des consultations depuis le début de l'année 2013. L'expert observe, pour sa part, une humeur légèrement déprimée avec un découragement, un discours à teinte négative, une tristesse intermittente mais l'absence de perte de l'élan vital et d'abattement ainsi qu'une mimique, une gestuelle et une modulation de la voix conservées. Il n'y a pas d'anhédonie, la marche, la vie sociale, le fait de s'occuper de son jardin potager et de faire de la couture étant des activités qui sont source de plaisir pour l'intéressée. Une diminution de l'énergie ainsi qu'un manque de confiance en soi persistant sont toutefois constatés. Pour le reste, il est noté que les pensées de mort ou les idées suicidaires se sont amendées ; il n'y a pas de diminution de l'aptitude à penser, ni de ralentissement ; il persiste une perturbation du sommeil (réveils nocturnes) pas uniquement causée par les douleurs. Face au tableau clinique, l'expert psychiatre retient que les critères à la faveur d'un épisode dépressif actuellement de degré léger sont vérifiés. Il précise qu'il n'y a pas d'éléments suffisants pour la présence d'un syndrome somatique (absence d'anhédonie ; absence de manque de réactivité émotionnelle ; absence de réveil matinal précoce ni de pôle dépressif matinal ; absence de ralentissement psychomoteur ou d'agitation psychomotrice marqués ; absence de perte marquée de l'appétit ou de perte d'au moins 5 % du poids corporel au cours du dernier mois ; absence de diminution de la libido). Le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) est par conséquent retenu. Si l'expert s'accorde avec la Dre L. _____ pour admettre le caractère chronique de la dépression il ne retient toutefois pas le diagnostic d'autres troubles de l'humeur (affectifs) persistants (F34.8) au motif que cela suppose une dépression persistante qui ne répond pas aux critères d'un épisode dépressif léger ou moyen. S'agissant des éléments-clé de la dépression, potentiellement incapacitants, lors de son examen clinique l'expert constate une diminution de l'énergie limitée en intensité. Selon lui cet aspect a tendance à se vérifier à l'analyse du déroulement du quotidien qui comporte souvent des levers tardifs, et dont il ressort que plusieurs activités sont préservées « au jour le jour » (préparation des repas ;

sorties du chien ; recherches d'emploi et lettres de candidature ; s'occuper du jardin potager et du jardin ; couture ; participation aux tâches du ménage et aux courses ; lessive et repassage ; démarches ; rencontres d'amis et de membres de la famille). Il n'y a pas d'aboulie (ou perte de la volonté), ni de ralentissement idéique ni moteur. L'aptitude à penser n'est en outre pas diminuée. Au cours de l'examen, les troubles de la concentration et de la mémoire rapportés ne se vérifient pas. Au final seul le manque de confiance en soi persistant influence négativement l'aptitude au travail. Sur un plan strictement psychiatrique, l'expert évalue la capacité résiduelle de travail à 80 %. Les limitations fonctionnelles retenues sont une réduction de l'énergie (légère) ainsi que le manque de confiance en soi (modéré) auxquels s'ajoute une labilité émotionnelle. A dire d'expert, il s'agit là de l'expression de la fragilité constitutionnelle psychique de l'assurée.

Le Dr C. _____ est d'avis que l'incertitude diagnostique au plan somatique à la faveur d'un trouble somatoforme persistant (il n'est pas clair en l'espèce si les douleurs persistantes ne sont pas entièrement expliquées par les atteintes somatiques) ne permet pas de retenir ce diagnostic. Dans le même sens, il note l'absence de document médical évoquant un tel trouble. S'agissant d'autres pathologies, il indique que l'exploration anamnétique n'a pas mis en évidence de problématique de consommation de substance psycho-actives (alcool, stupéfiants), de pathologie psychotique (psychose schizophrénique ; trouble délirant ; trouble psychotique aigu ; trouble schizo-affectif), d'autres troubles de l'humeur (trouble affectif bipolaire), et de troubles anxieux (agoraphobie ; trouble panique ; phobie sociale ; anxiété généralisée) ni de trouble obsessionnel-compulsif. Il n'y a pas non plus de troubles des conduites alimentaires (*anorexia mentalis* ; *bulimia nervosa*). Enfin, l'expert psychiatre nie un diagnostic de trouble de la personnalité et une pathologie du fonctionnement intellectuel (en l'absence de retard mental).

L'appréciation du cas de l'assurée par le Dr C. _____ se termine comme suit :

“Les éléments de pronostic favorables sont constitués par l'amélioration de la symptomatologie dépressive, par l'absence de

consommation de substances psychoactives (alcool, stupéfiants), par l'absence d'hérédopathie, par la recherche de soins spécifiques (psychiatriques, psychothérapeutiques, biologiques psychotropes) ainsi que par l'étayage socio-familial préservé. Les éléments de pronostic défavorable sont constitués par la fragilité constitutionnelle psychique, par la durée de l'épisode dépressif (chronicisation) ainsi que par le facteur de stress permanent constitué par les douleurs. Globalement, le pronostic doit être qualifié d'incertain, voire de prudemment optimiste.

Nous avons vu que l'épisode dépressif que présentait Mme A.A._____ était actuellement de degré léger et que les limitations fonctionnelles consistaient en la diminution de l'énergie (légère), la diminution de la confiance en soi (modéré) ainsi que la labilité émotionnelle. Nous avons également vu qu'elles étaient à l'origine d'une incapacité de travail de 20% sans diminution du rendement.

Concernant la période passée, nous devons considérer que sur un plan purement psychiatrique, il a existé une incapacité de travail de 50% à partir du 3 février 2011 (début de la prise en soins auprès de la Doctoresse L._____) et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2012, et qu'une capacité de travail de 80% a été récupérée depuis le 1^{er} janvier 2013. En effet, dans le rapport médical AI du 19 avril 2012 de la Doctoresse L._____, la symptomatologie dépressive est bien documentée (« Constat médical »). Mais, l'incapacité de travail totale attestée depuis le mois de février 2010 dans ce même document tient compte des douleurs chroniques, tel que cela ressort aux réponses aux questions 1.6 et 1.7. De surcroît, la note de suivi de l'Office de l'Assurance-Invalidité du 21 octobre 2011 fait part d'un handicap (subjectif) dû aux douleurs mais par ailleurs d'une assurée motivée et engagée, capable d'apprendre et avec une bonne capacité de concentration, d'attention et de mémorisation. Enfin, l'évaluation pré-stage du 24 janvier 2012 (Fondation S._____) a tendance à confirmer cela.

- En résumé, il s'agit d'une assurée de 41 ans, qui souffre d'un épisode dépressif depuis 2009, actuellement de degré léger. L'incapacité de travail est de 20%. Il n'y a pas de diminution du rendement. Concernant la période passée, une incapacité de travail de 50% a existé du 3 février 2011 jusqu'au 31 décembre 2012."

Mise en relation avec le rapport d'avril 2012 de la psychiatre consultée depuis février 2011, l'expertise du Dr C._____ permet une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants entrant en considération selon la jurisprudence en matière de troubles psychiques (cf. consid. 5 supra). La recourante ne le conteste du reste pas expressément.

Elle se prévaut, de son côté, des rapports très succincts postérieurs de la Dre X._____ (en très grande majorité de brefs

certificats très peu voire pas du tout étayés sur le plan médical) pour rediscuter l'évaluation des experts datant de novembre 2012 et mars 2013. Etant rappelé que l'on doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui lient les médecins traitants à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique (cf. consid. 4b supra), le seul avis divergent du médecin traitant, sans comporter d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre des expertises ou qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de celles-ci, ne saurait justifier de remettre en cause ces dernières. Dans ses réponses reçues le 17 janvier 2014 par l'OAI sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée, la Dre X._____ rapporte une capacité de travail nulle comme aide-soignante depuis 2012, mais de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui sont inchangées. Ce faisant elle ne fait que confirmer son appréciation précédente du 22 mai 2012 dont les experts ont eu connaissance et qu'ils ont dûment pris en compte pour leur évaluation consensuelle de l'état de santé, respectivement ses répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Le certificat médical du 1^{er} février 2016 (pièce 219) aux termes duquel la Dre X._____ précise avoir attesté d'une incapacité de travail à 50 % du 13 janvier 2014 au 7 août 2015, puis à 40 % depuis le 8 août 2015 ne change rien. Un constat identique vaut du reste pour les trois certificats médicaux des 2 novembre 2020, 4 janvier et 8 février 2021 produits au stade de la procédure de recours.

b) La recourante reproche également à l'intimé d'avoir privilégié l'avis des experts au détriment des constatations faites à l'occasion des stages qu'elle a suivis dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations.

aa) Les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assurée est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il

incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TF 9C_427/2018 du 20 septembre 2018 consid. 2 ; TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2 et les références citées).

bb) En l'occurrence, la recourante se limite à alléguer, d'une manière toute générale, que les informations recueillies au cours des stages suivis devraient l'emporter sur les constatations des expertises mises en œuvre par l'OAI. Un tel raisonnement ne convainc pas et ne saurait être partagé céans dès lors que, selon la jurisprudence rappelée ci-avant, le rôle d'un centre d'observation professionnelle ne consiste pas à se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail, et partant n'est pas susceptible de valablement remettre en question l'avis dûment motivé des experts en la matière.

c) La recourante soutient encore que le point de vue des experts est contredit par la reprise d'une activité d'abord à mi-temps, puis à 60 % après un stage d'observation dès le 9 juin 2015 étant précisé que ce dernier taux n'a ensuite pas pu être augmenté malgré des efforts réguliers de sa part.

Sur la base de leur analyse circonstanciée du cas, les experts mandatés par l'OAI sont d'avis qu'une exigibilité de 80 % doit être retenue sur le plan médical depuis le 1^{er} janvier 2013. Sauf à tomber dans l'arbitraire, la Cour de céans ne peut pas se rallier à l'exigibilité réduite (50 % puis 60 %) alléguée par la recourante. Il n'y a en effet aucun élément au dossier susceptible d'établir que le comportement de l'intéressée, en lien avec sa reprise de travail aux taux annoncés, soit réellement imposé par

les atteintes à la santé constatées. De plus, dans le cadre de son inscription à l'assurance-chômage le 1^{er} décembre 2014 et malgré la recherche d'un poste à mi-temps, l'assurée s'est vu assigner un entretien préalable pour la participation à une entreprise de pratique commerciale du 17 décembre 2014 au 17 janvier 2015 à un taux de 100 %. Cela étant, la reprise du travail à des taux inférieurs à celui de 80 % exigible sur le plan médical semble relever du libre choix de l'assurée plutôt que des effets de son état de santé sur sa capacité résiduelle de travail.

d) Compte tenu de ce qui précède, l'intimé s'est fondé à juste titre sur les rapports des Drs B._____ et C._____ pour retenir, sur le plan médical, une capacité de travail de l'assurée nulle dans l'activité d'aide-soignante depuis le 1^{er} octobre 2009 mais entière depuis lors dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (*rhumatologiques* : « pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de travaux les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, pas de travail en porte-à-faux, alternance des positions ». *Psychiatriques* : « légère diminution de l'énergie, diminution de la confiance en soi, labilité émotionnelle »), puis une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée du 3 février 2011 au 31 décembre 2012, et enfin de 80 % depuis le 1^{er} janvier 2013.

7. a) En l'occurrence, la recourante reproche à l'intimé d'avoir retenu un statut mixte. Elle fait valoir que sans l'atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 %, ce qui impliquerait de lui reconnaître un statut de personne active et partant d'évaluer son taux d'invalidité selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Elle soutient que l'office intimé aurait omis de tenir compte de l'ensemble des circonstances (personnelles, familiales, financières et professionnelles) et que ses atteintes à la santé empêcheraient l'exercice d'une activité lucrative à plein temps, avec la précision qu'elle a déjà travaillé à plein temps par le passé.

b) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la

méthode spécifique et la méthode mixte –, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

aa) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. MARGIT MOSER-SZELESS, *in* DUPONT/MOSER-SZELESS [édit.], *Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand*, Bâle 2018, n° 52 *ad* art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps

partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI).

c) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194).

d) Il n'y a pas lieu de remettre en cause le raisonnement qui a conduit l'intimé à conclure, dans le cas particulier, à l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. En effet, dans le rapport de l'enquête économique sur le ménage effectuée le 14 septembre 2011, il est notamment écrit ce qui suit :

"5 - Statut

a) Sans handicap, une activité lucrative serait-elle exercée à ce jour ?

Sur le formulaire 531 bis complété le 29 06 2010, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 80 %, depuis le 01 10 2003.

Motivation du statut :

L'assurée a travaillé durant 13 ans à 100% à la Fondation des G._____. En 2003, elle entreprend une formation en cours d'emploi comme aide-infirmière. Pour cela, elle baisse son taux à 80 % pour poursuivre au mieux cette formation.

En 2005, une fois cette formation terminée et réussie, l'assurée décide de maintenir son taux d'activité à 80% pour une meilleure qualité de vie.

L'assurée maintient qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler au taux de 80% à la Fondation des G. _____ qu'elle regrette beaucoup.

Statut proposé par l'enquêtrice : 80% active et 20% ménagère”

En page 6 le rapport d'enquête économique de l'automne 2011 précise que les enfants de l'assurée sont tous les deux au gymnase (la fille accomplissait sa troisième année et le garçon était lui en première année). A cette époque, ils ne nécessitent donc déjà plus la présence de leur mère au foyer pour les repas. Du reste, par le passé (de 1990 à 2003) et bien que les deux enfants étaient tous deux en bas-âge, cela n'a pas empêché l'intéressée de travailler à plein temps ce qui contredit ses explications. Par ailleurs, elle a réduit son activité professionnelle à 80 % dans le courant 2003, soit avant l'apparition de ses problèmes de santé en 2005, de sorte qu'elle n'est pas crédible en invoquant ses atteintes à la santé pour contester le statut mixte de 80% active et 20% ménagère retenu.

8. La recourante conteste le début du droit à la rente sous l'angle du dépôt de la demande de prestations. Contrairement à la date du 1^{er} juillet 2012 retenue elle prétend avoir droit à la rente avec effet au 1^{er} janvier 2011, soit à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande le 16 juin 2010.

Le droit à la rente ne peut pas prendre naissance au 1^{er} janvier 2011 tel que proposé par la recourante, dès lors que l'incapacité de travail a débuté le 3 février 2011. Cela étant, sur la base des conclusions des experts, il y a lieu de retenir que la recourante a présenté une incapacité de travail durable de 50 % depuis le mois de février 2011 - date marquant le début du délai d'attente au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. A l'issue de ce délai, soit au 1^{er} février 2012, l'exigibilité telle qu'arrêtée par le Dr C. _____ est de 50 % (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 13 mars 2013 p. 15). Toutefois, conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité

journalière au sens de l'art. 22 LAI. Il s'ensuit que le droit à une rente d'invalidité est potentiellement ouvert dès le 16 juillet 2012, date de la fin du versement des indemnités journalières et ce jusqu'au 31 mars 2013, soit trois mois après l'amélioration déterminante de la capacité de gain constatée (cf. art. 88a al. 1 RAI).

9. a) Dans un dernier moyen, la recourante critique la détermination du revenu avec invalidité effectuée par l'office intimé sur la base des données statistiques résultant de l'ESS. Elle soutient à cet égard que c'est le salaire effectif qu'elle perçoit depuis plusieurs années pour son activité à 60 % - au besoin en retenant un taux de 80 % (ce qu'elle conteste au demeurant) - qui devait être pris en compte comme salaire d'invalidé déterminant pour l'évaluation de l'invalidité.

b) Dans la mesure où l'assurée n'épuisait pas sa capacité résiduelle de gain, l'OAI en a déduit qu'il convenait de se référer, nonobstant l'activité concrètement exercée, aux données statistiques résultant de l'ESS pour déterminer le revenu d'invalidé. Il a ainsi pris en compte les revenus ressortant des tables TA1 pour des femmes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé, qu'il a adaptés à l'horaire usuel de travail dans les entreprises et indexés à l'évolution des salaires. Comparant les revenus d'invalidé ainsi obtenus avec le revenu sans invalidité (voir les calculs détaillés figurant la fiche d'examen du dossier établie le 2 mars 2020 par la gestionnaire en charge du cas à l'OAI [pièce 305]), l'office intimé, appliquant la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI), a fixé les taux d'invalidité globaux comme suit : 14.16 % pour la période d'octobre 2010 au 3 février 2012, 49.78 % du 3 février 2012 au 31 mars 2013, 24.40 % du 1^{er} avril 2013 au 31 décembre 2017, puis 28.9 % à compter du 1^{er} janvier 2018, ce qui ouvrait droit à la rente correspondante pour la période limitée dans le temps du 1^{er} juillet 2012 au 31 mars 2013 (cf. art. 28 al. 2 LAI ; cf. consid. 8 supra).

c) aa) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Mais c'est seulement lorsque l'activité exercée après la survenance de

l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, que le revenu effectivement réalisé doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 139 V 592 consid. 2.3 ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références citées). Est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGa le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS, à l'exclusion cependant des éléments de salaire dont il est prouvé que l'assuré ne peut fournir la contrepartie, parce que sa capacité de travail limitée ne le lui permet pas (art. 25 al. 1 let. b RAI). Selon la jurisprudence, la preuve de l'existence d'un salaire dit "social" est toutefois soumise à des exigences sévères, car on doit partir du principe que les salaires payés équivalent normalement à une prestation de travail correspondante (ATF 141 V 351 consid. 4.2 ; ATF 117 V 8 consid. 2c/aa).

bb) En l'occurrence, bien que le salaire perçu par la recourante depuis plusieurs années ne puisse être assimilé d'emblée à un salaire social et que les rapports de travail soient suffisamment stables, on ne peut pas pour autant en déduire qu'elle a respecté son obligation de réduire le dommage, ce qui permettrait de s'écarter des données statistiques (TF 8C_7/2014 du 10 juillet 2014 consid. 8.1 et 8.2). En effet, le revenu provenant de l'emploi à 60 % repris après un stage d'observation dès le 9 juin 2015 n'a pas été constaté par l'office intimé, de sorte qu'il n'est pas possible de savoir s'il est supérieur ou inférieur aux données statistiques. Dès lors que l'on ne connaît pas le montant exact des revenus que l'intéressée retire de son activité exercée au taux de 60 % depuis l'été 2015, qui serait susceptible d'entrer en ligne de compte à titre de revenu d'invalidé, il n'est pas possible de savoir si ces gains sont

supérieurs au revenu d'invalidé que l'administration a établi sur la base des statistiques de l'ESS, ce qui exclurait l'application de ces dernières.

d) aa) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

bb) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire - ce dont l'autorité devait se rendre compte au moment où elle a statué - et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé afin qu'il détermine concrètement les revenus que la recourante perçoit de son employeur pour l'activité déployée à 60 % depuis l'été 2015. S'ils devaient être inférieurs aux revenus établis selon l'ESS pour un emploi à 80 %, le revenu d'invalidé sera fixé en fonction de l'ESS. Dans l'éventualité où ils seraient supérieurs aux revenus établis selon l'ESS, ils seront pris en compte comme revenu d'invalidé. Une fois les faits établis, les comparaisons des revenus pourront être effectuées. Cela fait, l'intimé rendra une nouvelle décision quant aux taux d'invalidité globaux.

10. a) En conséquence, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une nouvelle décision.

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 mandataire qualifié, la recourante 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.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 23 juillet 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour qu'il complète l'instruction au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.
- 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 A.A. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Flore Primault (pour A.A. _____),
- 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 :