

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 octobre 2022

Composition : M. MÉTRAL, président

MM. Neu et Piguët, juges

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 16 LPGA ; art. 28 et 28a LAI

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1979, est mariée et mère d'une fille née en 2004. Sans formation professionnelle certifiée, elle a occupé des emplois de concierge et de femme de ménage à un taux d'activité global de 50 %.

A la suite de sa demande de moyen auxiliaire formulée le 25 mars 2015, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) lui a garanti la prise en charge de perruques ou de cheveux postiches en raison d'un traitement de chimiothérapie, dès le 31 janvier 2015, selon communication du 22 juin 2015.

B. Dans l'intervalle, B._____ a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (rente et/ou mesures professionnelles) par dépôt du formulaire ad hoc le 29 mai 2015 auprès de l'OAI. Elle a précisé être atteinte d'une leucémie lymphatique aiguë, responsable d'une incapacité totale de travail depuis le 8 janvier 2015.

Sur questions de l'OAI, elle a indiqué, le 5 juin 2016, qu'en bonne santé, elle aurait déployé une activité lucrative à 50 % depuis 2011.

L'OAI a sollicité des rapports des employeurs de l'assurée, D._____SA et F._____. Le 17 juin 2015, D._____SA a signalé que l'assurée, engagée à hauteur de 2h15 par jour depuis novembre 2011 en qualité de concierge, aurait réalisé un salaire mensuel de 1'117 fr. depuis avril 2015. F._____ a communiqué, le 17 août 2015, avoir versé un salaire annuel de 5'414 fr. (correspondant à un tarif horaire de 26 fr.) à l'assurée pour une activité de femme de ménage exercée 4 heures par semaine entre janvier 2008 et décembre 2014.

Sur le plan médical, le Département d'oncologie du Centre hospitalier C._____ a relaté, dans un rapport du 24 juin 2015, que l'assurée était sous traitement de chimiothérapie des suites d'une leucémie (lymphome de Burkitt), diagnostiquée le 9 janvier 2015.

L'incapacité de travail totale, prononcée dès cette date, se poursuivait en raison de la fatigue et des contraintes consécutives au traitement.

Le 11 février 2016, le Centre coordonné d'oncologie du Centre hospitalier C._____ a fait part d'une évolution favorable de l'état de santé de l'assurée sur le plan hématologique, avec persistance d'une réponse complète de la leucémie à huit mois de l'arrêt des chimiothérapies. L'état général était toutefois diminué en raison de dorsalgies. L'incapacité totale de travail avait été prononcée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015 par le Service d'hématologie du Centre hospitalier C._____ et depuis le 1^{er} janvier 2016 par la Dre I._____, médecin généraliste traitante. L'assurée ne rencontrait plus de limitation fonctionnelle d'origine hématologique. Une reprise progressive du travail, en fonction de la tolérance à l'effort, semblait envisageable dès le 1^{er} janvier 2016. Toutefois, la capacité de travail apparaissait diminuée du fait des dorsalgies non déficitaires, prises en charge par la Dre I._____ et le Service de rhumatologie du Centre hospitalier C._____.

Par rapport à l'OAI du 4 avril 2016, la Dre I._____ a fait état des diagnostics incapacitants de leucémie lymphoblastique aiguë, de status post chimiothérapie et de séquelles post chimiothérapie invalidantes. Elle précisait que sa patiente présentait, depuis août 2015, des dorsalgies récurrentes, des myalgies et arthralgies diffuses et fluctuantes, une asthénie majeure, des sudations nocturnes profuses et des sensations de froid diurnes. Un reconditionnement par physiothérapie intensive avait été mis en œuvre dès mars 2016. L'incapacité de travail totale se poursuivait.

Le 4 juillet 2016, la Dre K._____, cheffe de clinique adjointe du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C._____, a, pour sa part, mentionné la leucémie aiguë de type Burkitt au titre de diagnostic influant sur la capacité de travail. Celui de douleurs lombaires non déficitaires existant depuis janvier 2016 était en revanche sans incidence

sur dite capacité. Aucun traitement n'avait été instauré de ce fait au sein de son service.

Sollicité pour avis, le Service médical régional (SMR) a considéré, le 7 avril 2017, que l'assurée avait été en incapacité totale de travail pour toutes activités du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015. Elle avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} janvier 2016, selon les avis spécialisés versés à son dossier. L'appréciation de la médecin généraliste traitante ne pouvait être suivie, faute de limitations fonctionnelles objectivées cliniquement, alors que les Services d'hématologie et de rhumatologie du Centre hospitalier C._____ n'avaient mentionné aucune restriction.

Par projet de décision du 25 avril 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de nier le droit à une rente d'invalidité, en l'absence d'incapacité de travail de 40 % au moins durant plus d'une année.

L'assurée a contesté ce projet le 18 mai 2017, alléguant souffrir d'une importante fatigue résiduelle, ainsi que de douleurs osseuses et musculaires, lesquelles entravaient sa capacité à exercer son activité de concierge d'un bâtiment de quatre étages. Elle se prévalait d'un rapport de la Dre I._____ du 8 mai 2017, laquelle réitérait la symptomatologie précédemment évoquée. Des examens complémentaires étaient en cours, tandis que l'assurée était toujours, à son avis, dans l'incapacité de reprendre son activité professionnelle. L'assurée a subséquemment fait parvenir à l'OAI de nouvelles pièces médicales, à savoir :

- un rapport du Service de neurologie du Centre hospitalier C._____ du 6 juin 2017, ne mettant en évidence aucune atteinte neurologique périphérique évolutive, mais évoquant un problème social dans le contexte du rejet de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, un

syndrome dépressif très probable et un syndrome douloureux chronique ;

- un rapport du 8 février 2018 du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, en charge du suivi de l'assurée depuis le 23 novembre 2017, diagnostiquant un épisode dépressif moyen (F32.1), un trouble de l'adaptation (F43.2) et une douleur chronique où intervenaient des facteurs somatiques et psychiques (F45.41) ; le pronostic était mauvais compte tenu de la fragilité de la structure psychique de la personnalité de l'assurée ; celle-ci avait difficilement repris son activité de concierge à 20 % dès avril 2017 ; une capacité de travail de 50 % pouvait être envisagée dans une activité adaptée dès le 1^{er} mars 2018, progressivement et sans pression ; un suivi bimensuel était mis en place, en sus d'un traitement antidépresseur ;
- un rapport du 22 février 2018 du Dr Y._____, médecin-chef du Département d'antalgie et d'anesthésie de l'Hôpital [...], retenant un syndrome de type fibromyalgie associant douleurs chroniques diffuses, troubles du sommeil, fatigue chronique et troubles cognitifs.

Vu ces éléments, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, le 10 avril 2018, dont le mandat a été formellement confié à la Clinique R._____ par communication du 1^{er} octobre 2018.

Les Drs A._____, spécialiste en médecine interne générale, S._____, spécialiste en rhumatologie, et T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rédigé leur rapport le 18 décembre 2019 [recte : 2018]. Ils ont retenu les diagnostics d'un syndrome du canal carpien avec compression légère du nerf médian plus marquée à gauche (G56.0), de rachialgies non spécifiques (M54.5), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Sur le plan

somatique, seul le trouble statique du rachis était susceptible de limiter l'assurée dans le port de charges répété de plus de 10 kg. Sur le plan psychique, compte tenu des limitations fonctionnelles et des ressources disponibles, une capacité de travail de 50 % d'un plein temps était exigible, dans l'activité habituelle, ainsi que dans toute activité ne requérant pas une capacité d'apprentissage, ni de raisonnements complexes. La capacité de travail était sujette à amélioration en cas de compliance au traitement antidépresseur.

Sur questions du SMR, l'expert psychiatre de la Clinique R._____ a notamment précisé, le 13 février 2019, que l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à 50 % valait dès novembre 2017 (date de la prise en charge spécialisée par le Dr P._____).

Le 14 mars 2019, par rapport adressé à l'OAI, le Dr P._____ a réitéré les diagnostics précédemment évoqués, exposant que sa patiente souffrait, depuis 2018, d'un déficit d'immunité secondaire acquis (post chimiothérapie). Ce déficit entraînait des infections respiratoires à répétition qui justifiaient d'envisager un traitement de substitution par immunoglobulines intraveineuses. La capacité de travail de l'assurée était considérée comme durablement nulle dans tout type d'activité professionnelle.

Le SMR s'est rallié aux conclusions des experts de la Clinique R._____, dans un rapport du 19 juin 2019, retenant que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, entraînait une incapacité de travail de 50 % dans toutes activités depuis le 23 novembre 2017.

En date du 30 juillet 2019, l'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée. Le rapport corrélatif, rédigé le 31 juillet 2019, a pris en considération un taux d'invalidité global de 18,1 % dans la sphère d'activité ménagère. L'aide du mari et de la fille de l'assurée était qualifiée d'exigible dans diverses tâches. En revanche, celle de la sœur et de la mère de l'assurée, rapportée pour certaines

activités, était mesurée au titre des empêchements consécutifs à l'atteinte à la santé. L'assurée avait indiqué à l'enquêteur que sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi ses activités lucratives habituelles au taux de 50 %, une augmentation de celui-ci à 80 % n'étant planifiée qu'à partir de l'année 2020 (fin de la scolarité obligatoire de sa fille).

L'OAI a établi un nouveau projet de décision le 9 août 2019, envisageant derechef de nier le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. Il a retenu que l'assurée présentait un degré d'invalidité nul dès le 1^{er} janvier 2016, compte tenu du recouvrement d'une capacité totale de travail dans toutes activités dès cette date. Sa capacité de travail s'était ensuite dégradée sur le plan psychique, dès le 23 novembre 2017. Son degré d'invalidité global se montait depuis lors à 9,05 %, étant donné son statut mixte (active à 50 %/ménagère à 50 %). Dès le 1^{er} janvier 2018, l'application de la nouvelle méthode mixte d'évaluation de l'invalidité permettait de mettre à jour un taux d'invalidité de 34,05 %.

Par pli du 5 septembre 2019, complété les 9 octobre et 14 novembre 2019 avec l'assistance de Me Olivier Carré, l'assurée s'est opposée au projet de décision précité. Elle a contesté l'appréciation médicale de sa situation, tant sur le plan somatique que psychique. Elle a souligné souffrir également de déformations articulaires des doigts et de douleurs au genou. Elle a en outre rappelé avoir eu le projet de porter son taux d'activité lucrative à 80 % dès 2020, de sorte que son degré d'invalidité devait être recalculé. Etaient annexés à ses courriers les pièces médicales suivantes :

- un rapport du 31 janvier 2019 de la Consultation d'immunologie et allergie de la Polyclinique Q._____, rappelant que l'assurée avait souffert d'une leucémie aiguë lymphoblastique de type Burkitt et mettant en évidence le diagnostic d'un déficit immunitaire secondaire acquis ;
- un rapport du 18 février 2019 du Service et laboratoire d'hématologie du Centre hospitalier C._____, retenant les diagnostics de leucémie aiguë lymphoblastique en

rémission complète avec risque de récurrence qualifié d'extrêmement faible, et de déficit immunitaire secondaire acquis (post chimiothérapie), lequel impliquait des infections respiratoires à répétition et requérait une substitution par immunoglobulines intraveineuses ; une « certaine réduction du taux de travail, sans arrêt complet » apparaissait justifiable ;

- un rapport de consultation d'urgence du 19 avril 2019, établi par le Centre médical [...], en raison de cervicalgies, dorsalgies et lombalgies
- une attestation de consultation du 24 août 2019 aux urgences d'un hôpital [...]
- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire du 18 septembre 2019, concluant à une protrusion extraforaminale en L2-L3 fortement inflammatoire pouvant irriter la racine L2 gauche, une discopathie L4-L5 débutant et non conflictuelle, une arthrose facettaire débutante inflammatoire en L3-L4 droite et L4-L5 des deux côtés, ainsi qu'un canal vertébral de taille préservée ;
- un rapport du 23 octobre 2019 du Prof. G._____, médecin chef du Service d'hématologie du Centre hospitalier C._____, lequel confirmait la rémission complète de la leucémie aiguë lymphoblastique et la présence d'un déficit immunitaire sévère requérant une substitution mensuelle en immunoglobulines ; ce traitement serait instauré vraisemblablement pour une longue durée ;
- un rapport de la Dre I._____ du 24 octobre 2019, confirmant les diagnostics de déficit immunitaire secondairement acquis et de complications ostéoarticulaires, telles que ressortant du rapport d'imagerie du 18 septembre 2019.

L'assurée a, ultérieurement, produit de nouvelles pièces médicales jointes à un courrier du 26 juin 2020, à savoir :

- un rapport d'évaluation neuropsychologique du 29 mars 2020, rédigé par la neuropsychologue X._____, pour le compte du Centre W._____, laquelle concluait à des performances déficitaires en mémoire antérograde et immédiate en modalité auditivo-verbale, avec des scores déficitaires pour le rythme et le traitement de l'information lors des tâches attentionnelles soutenues ; des difficultés en calcul oral étaient attribuées au faible bagage scolaire de l'assurée ;
- un rapport du 24 mai 2020 du Dr Z._____, chef de clinique au sein du Service de rhumatologie du Centre hospitalier C._____, concluant à une arthrose digitale débutante, évoquant une méniscopathie ou des troubles dégénératifs débutants du genou, ainsi que recommandant la poursuite de la physiothérapie pour le traitement des lombalgies ;
- un rapport de consultation d'urgence, rédigé le 10 mai 2020 par le Centre médical [...], au motif de douleurs du genou gauche ;
- un rapport d'IRM du genou gauche du 5 juin 2020, concluant à une déchirure longitudinale avec atteinte de la face articulaire inférieure de la corne postérieure du ménisque interne.

A l'issue de l'examen des nouvelles pièces médicales produites, le SMR a modifié sa précédente appréciation dans un avis du 4 novembre 2020. Il a considéré que l'atteinte méniscale et la discopathie L2-L3 justifiaient des limitations fonctionnelles supplémentaires (port de charge, marche en terrain irrégulier, en escaliers ou sur des échelles, positions en porte-à-faux et statique prolongée). La capacité de travail dans l'activité habituelle devait être considérée comme nulle à compter de l'IRM du 18 septembre 2019. Une activité adaptée demeurerait toutefois exigible à 50 %.

Par courrier du 19 novembre 2020, l'assurée a réitéré sa contestation contre le projet de décision de refus de rente d'invalidité du 9 août 2019, estimant que les limitations fonctionnelles énumérées par le SMR apparaissaient incompatibles avec l'exercice d'une quelconque activité, même simple et répétitive. Elle ne disposait par ailleurs pas des ressources suffisantes pour envisager une nouvelle activité professionnelle.

Le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée dans la sphère d'activité lucrative le 12 février 2021. Il a retenu un degré d'invalidité nul en 2017 et de 32,51 % en 2019.

Par un nouveau projet de décision du 5 mars 2021, l'OAI a remplacé le précédent, tout en persistant à envisager le rejet de la demande de rente d'invalidité de l'assurée. Il a maintenu les taux d'invalidité précédemment déterminés entre 2016 et 2018. Dès 2019, il a mis à jour un taux d'invalidité global de 25,3 % (compte tenu d'un degré d'invalidité chiffré à 16,25 % dans la sphère lucrative et de 9,05 % dans la sphère ménagère pour un statut de personne active à 50 %). Une mesure d'aide au placement était octroyée à l'assurée par communication du même jour.

Aux termes d'une correspondance du 26 avril 2021, l'assurée a manifesté son désaccord avec le projet susmentionné, réitérant en substance ses précédents arguments et sollicitant que l'OAI retienne un abattement sur le revenu d'invalidité pris en considération pour la détermination du degré d'invalidité dans la sphère d'activité lucrative. Elle estimait qu'à tout le moins, un complément d'instruction s'imposait pour examiner ses capacités fonctionnelles effectives. Au surplus, elle produisait de nouveaux documents médicaux, soit :

- un rapport du Dr P. _____ du 20 novembre 2019, par lequel ce dernier rejoignait les diagnostics retenus au sein de la Clinique R. _____ sur le plan psychique ; il exposait,

cela étant, que l'incapacité de travail totale de sa patiente avait débuté en janvier 2015 et avait, à son avis, duré jusqu'à sa prise en charge en novembre 2017 ; depuis lors, il relevait que la capacité de travail ne dépassait pas un 50 % englobant les sphères d'activités lucrative et ménagère, vu l'aggravation de l'état de santé somatique ;

- un rapport du Dr P._____ du 22 avril 2021, réitérant son appréciation ;
- un rapport de la Dre I._____ du 20 avril 2021, laquelle considérait, pour l'essentiel, qu'une indemnisation de sa patiente, qui avait repris son activité de concierge à 20 % depuis plusieurs années, devait intervenir par le biais de l'assurance-invalidité.

Par avis du 11 mai 2021, le SMR a maintenu sa précédente appréciation du cas de l'assurée.

L'OAI a dès lors rendu sa décision, le 17 juin 2021, prononçant un refus de rente d'invalidité, compte tenu d'un degré d'invalidité nul jusqu'en 2019 et d'un degré d'invalidité global de 32,51 % depuis lors.

C. B._____, toujours représentée par Me Carré, a déféré la décision du 17 juin 2021 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 24 août 2021, concluant à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité dès le mois de janvier 2016. Elle a, ce faisant, renvoyé aux différentes écritures de contestation adressées à l'OAI au cours des procédures d'audition et aux différents rapports médicaux produits par ses soins. Elle a contesté, en substance, la valeur probante conférée au rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique R._____, soulignant au passage que ce document était désormais ancien. Elle a par ailleurs réitéré ses griefs relatifs à l'évaluation de son degré d'invalidité (eu égard au défaut d'abattement opéré pour déterminer le revenu d'invalidité) et à la fixation de son statut de personne active à un taux limité à 50 %. Elle a enfin rappelé l'absence de toute formation certifiée et ses difficultés cognitives entravant une réintégration

sur le marché du travail dans une nouvelle profession. Elle a annexé les documents médicaux suivants :

- un rapport du Dr P._____ du 22 juillet 2021, lequel réitérait son appréciation de la capacité de travail de sa patiente ;
- un rapport de la Dre I._____ du 3 août 2021, laquelle fournissait les rapports de prise en charge des gonalgies gauches sur chondropathie fémoro-tibiale interne, associée à une déchirure de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne (cf. rapport du Dr U._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 25 juin 2020, lequel préconisait un traitement conservateur, et rapport du Dr O._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du 28 juillet 2020, lequel relatait une amélioration significative des douleurs du genou à la suite d'une infiltration, susceptible d'être renouvelée après une dizaine de mois).

L'OAI a répondu au recours le 21 septembre 2021 et conclu à son rejet, se référant à la teneur de la décision attaquée.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1, let. a, LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires estivales (cf. art. 38 al. 4, let. b, LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1, let. a, LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). Il respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du Développement continu de l'assurance-invalidité (LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705 ; RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201, modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

3. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail et son degré d'invalidité.

4. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1, let. b et c, LAI).

b) Selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement 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 ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du

moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. A teneur de l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain 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.

5. a) 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) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 16 LPGa) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

bb) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une

comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI).

cc) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 aLAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI ; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2).

b) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la

décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références).

6. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable au cas de la recourante. Ainsi qu'elle l'a elle-même indiqué, tant aux termes du questionnaire complété le 5 juin 2016 que dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage du 30 juillet 2019, elle n'envisageait pas, en bonne santé, de déployer une activité lucrative à plein temps.

b) Cela étant, on ne saurait suivre la recourante quant à l'augmentation éventuelle de son taux d'activité (de 50 % à 80 % à partir de l'année 2020) dès la fin de la scolarité obligatoire de sa fille. En effet, on observe que la maternité de la recourante dès 2004 n'a eu aucune incidence sur son taux d'activité, demeuré constant à 50 % depuis le début de l'exercice d'une activité lucrative en Suisse à partir de 1997 (cf. à cet égard : extrait du compte individuel AVS [CI], versé au dossier de l'intimé). En l'absence de changement de la situation personnelle de la recourante ou de modification des revenus de son époux, on ne voit aucune raison de considérer qu'un besoin financier ou un intérêt particulier aurait dicté une augmentation de son degré d'activité. Par conséquent, il convient de se rallier à la position de l'intimé, en considérant la recourante comme une personne active à 50 % jusqu'à la date de la décision querellée.

7. 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 (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 qu'il a recueillies, 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. 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

d) 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 asséculoologique. 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).

8. a) Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

aa) Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments

pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

bb) La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à

une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

9. a) En l'espèce, on dispose du tableau clinique global de la recourante, décrit par le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique R. _____ du 18 décembre 2018. Les experts ont communiqué leur appréciation consensuelle du cas notamment en ces termes :

«[...] D'un point de vue internistique, la **leucémie aiguë lymphoblastique de type Burkitt** (C91.0), ancienne L3 selon FAB, a été diagnostiquée en janvier 2015. Les investigations exhaustives et la prise en charge ont été bien documentées à savoir une infiltration leucémique médullaire, hépato cellulaire, sans cellules tumorales au niveau du LCR. La chimiothérapie de type hyper-CVAD a permis d'obtenir une rémission complète hématologique.

On note par ailleurs un **tabagisme à 30 UPA** (F17.9).

Le dossier fait apparaître le diagnostic d'un **syndrome du canal carpien avec compression légère du nerf médian plus marquée à gauche** (G56.0), documenté cliniquement et électrophysiologiquement en novembre 2016.

Dans les antécédents, on retient un rectocèle opéré en 2009 ainsi qu'une amygdalectomie dans les années 2000.

Après la fin de sa chimiothérapie en août 2015, l'assurée développe un état de fatigue accompagné de douleurs ostéoarticulaires et musculaires diffuses. Les investigations exhaustives tant radio-cliniques que biologiques ne retrouvent pas de substrat organique à l'origine. Notre expert rhumatologue ne retient que des **rachialgies non spécifiques** (M54.5) dans un contexte d'un état douloureux chronique diffus. Les rachialgies ainsi que les arthralgies périphériques ne s'accompagnent pas à l'examen clinique d'anomalies pouvant évoquer une pathologie inflammatoire. Objectivement l'hypercyphose dorsale accompagnée à l'imagerie de séquelles de maladie de Scheuermann et de quelques discopathies en somme banales, sans aucun conflit disco-radriculaire, ne corroborent pas les polyalgies chroniques ubiquitaires augmentant en intensité au fil des années.

Comme à l'accoutumée, lorsque le substrat somatique tend à s'épuiser ou est considéré guéri ou en rémission, en présence d'un état douloureux chronique, on se tourne vers la recherche d'une manifestation psychosomatique de caractère réactionnel, surtout dans le cas de cette assurée qui a vécu à l'annonce de son diagnostic ainsi que lors de sa chimiothérapie une menace de mort imminente. Sur la base des données anamnestiques et le statut psychique, notre expert psychiatre retient le diagnostic d'un **trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique** (F33.10). Après un premier épisode dépressif typique en post partum, non traité, d'évolution spontanément résolutive, la pathologie onco-hématologique déclenche une nouvelle décompensation avec des symptômes typiques d'une humeur triste, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir, d'une augmentation de la fatigabilité, en tant que symptômes cardinaux. Ces derniers sont

associés à plus de trois autres symptômes dépressifs, à savoir la diminution de la concentration et de l'attention, des idées pathologiques de culpabilité, une diminution de l'estime de soi et une perturbation du sommeil. De même, avec un score de 22 sur 60, l'échelle psychométrique complémentaire MADRS se situe dans la zone de la dépression moyenne. Au vu de l'argumentation qui précède, l'épisode dépressif actuel s'inscrit dans un trouble dépressif récurrent. [...]

Notre expert psychiatre s'éloigne de l'appréciation du psychiatre traitant, ce dernier retenant en plus du syndrome dépressif, un trouble de l'adaptation. Il suit la logique de la CIM-10 imposant un choix entre le trouble de l'adaptation et le trouble dépressif, et il tranche en faveur de ce 2^{ème} diagnostic.

L'expertisée accuse des douleurs suffisamment intenses et persistantes pour occasionner un sentiment de détresse. Les plaintes exprimées sur le versant physique s'inscrivent dans le cadre de conflits émotionnels et psychosociaux significatifs. Sur le parcours anamnestique de l'assurée, on relève quelques événements occasionnant un stress émotionnel dont une enfance marquée par une relation conflictuelle avec sa mère, la naissance prématurée de sa fille et enfin la leucémie. Cette dernière renforce le sentiment de l'expertisée de se sentir victime du sort et le sentiment de non prise en compte de ses besoins fondamentaux. Ce sentiment de non-légitimation réactive sa surcharge émotionnelle qui prend l'expression de différentes plaintes somatiques dans un tableau où dominant la fatigue et les polyalgies. Dans ce sens un **syndrome douloureux somatoforme persistant** (F45.4) peut être retenu. Nous renvoyons le lecteur à la partie de l'expertise psychiatrique qui motive les raisons pour lesquelles ce diagnostic est dans ce cas précis retenu de façon conjointe au trouble dépressif récurrent, notamment en ce qui concerne l'antériorité du trouble dépressif par rapport aux douleurs.

7. EVALUATION MEDICALE ET MEDICO-ASSURANTIELLE

[...] D'un point de vue internistique, l'examen clinique au cours de la présente expertise est non contributif et n'oriente pas non plus vers un substratum organique. Il en est de même au plan rhumatologique. L'experte rhumatologue ne retrouve qu'une hypercyphose dorsale. Il s'agit donc d'un état douloureux chronique diffus qui ne répond pas non plus aux niveaux critères ACR de la fibromyalgie.

Au plan psychique, le diagnostic de leucémie ainsi que la prise en charge avec l'introduction immédiate de la chimiothérapie ont été vécus comme une lourde épreuve émotionnelle par l'assurée qui avait peur de mourir. Il s'agit d'un traumatisme qui ravive un ancien sentiment de culpabilité par rapport à la naissance prématurée de sa fille, suivie d'un premier épisode dépressif du post-partum. Cette culpabilité est toujours présente puisque son intense fatigue restreint ses capacités à assumer son rôle maternel comme elle le conçoit. Elle arrive encore à se focaliser sur les exigences scolaires imposées à sa fille mais ne trouve plus d'énergie à consacrer aux loisirs avec elle. Les contrôles hématologiques réguliers génèrent d'importantes périodes de stress en attendant les résultats et ceci à une fréquence encore élevée, chaque 3 à 6 mois. Finalement, cette situation entretient en état décompensé son trouble dépressif considéré actuellement de sévérité moyenne. En somme, le tableau de polyalgies et d'asthénie associé à d'autres manifestations

somatiques revêt un syndrome douloureux somatoforme persistant qui co-existe avec le trouble thymique. Autant le substrat somatique sous la forme d'une pathologie onco-hématologique d'évolution favorable est considéré en rémission complète, à trois ans de la fin de la chimiothérapie d'induction, autant la psychopathologie persiste sous forme d'une dépression moyenne et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. [...]

8. REPONSES AUX QUESTIONS DU MANDAT

Sur le plan socio-professionnel, Madame B. _____ n'a pas de formation certifiante et dès son installation en Suisse en 2002, elle a toujours exercé comme femme de ménage auprès de différents employeurs et à temps partiel. Au cours de son dernier emploi, elle a été engagée comme concierge à 40 % et 4 heures par semaine supplémentaires entre 2000 et 2015. Elle est incapable totale de travail en lien avec la pathologie onco-hématologique entre janvier 2015 et décembre 2015, puis entre janvier 2016 et avril 2017 en lien avec le tableau douloureux chronique et la psychopathologie. Dès lors elle reprend à 20 % son activité de concierge.

Sur le plan somatique, seul le trouble statique du rachis sous forme- d'une hypercyphose dorsale est susceptible de limiter l'assurée dans les ports de charges répétés de plus de 10 kg. C'est essentiellement la psychopathologie sous forme d'un trouble dépressif récurrent actuellement de degré moyen associé à un trouble somatoforme douloureux persistant qui influencent la capacité de travail. En tenant compte du rapport entre les limitations fonctionnelles précitées et les ressources résiduelles, on peut admettre une capacité de travail médico-théorique de 50 % d'un taux plein. Cette capacité de travail est valable dès cette expertise et concerne une activité simple telle qu'exercée jusqu'alors ou une activité autre ne nécessitant pas de capacité d'apprentissage et ne sollicitant pas des raisonnements complexes. Cette capacité de travail de 50 % est en outre sujette à s'améliorer en l'espace de quelques mois avec un traitement antidépresseur pris de façon régulière par l'expertisée. [...] »

b) Sur demande de précisions du SMR, la Clinique R. _____, singulièrement l'expert psychiatre, a rectifié la date d'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative, exposant les éléments suivants le 13 février 2019 :

« [...] 1. Vous retenez un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique et validez l'IT [réd. : incapacité de travail] totale entre janvier 2015 et avril 2017. Pourriez-vous étayer comment en présence d'une incapacité totale pour des raisons psychiatriques un suivi psychiatrique n'est instauré qu'en novembre 2017 ?

Réponse :

Afin de préciser cet aspect, l'incapacité de travail antérieure qui était formulée à l'issue de l'expertise psychiatrique correspondait effectivement au début du suivi psychiatrique instauré en novembre 2017. L'incapacité de travail supérieure à 50 % correspondait donc à

la période entre novembre 2017 et le 28 novembre 2018 où l'assurée a été suivie sur le plan psychiatrique. Cet avis sera en outre revu dans la réponse à la question 3.

[...]

3. Pourriez-vous préciser les améliorations ayant entraîné une amélioration de la capacité de travail de 20 % en avril 2017 en l'absence de traitement psychiatrique ainsi que les améliorations entre novembre 2017 et votre expertise permettant d'admettre une capacité de travail médico-théorique de 50% d'un taux plein ?

Réponse :

Il est impossible de faire de tels calculs et spéculations. Toutefois, en reprenant l'analyse du cas, je suis amené à modifier mon avis au sujet de la capacité de travail de la façon suivante.

Dans son rapport psychiatrique, le Dr P. _____ évoque en février 2018 un diagnostic d'épisode dépressif moyen, associé à la symptomatologie algique. Vu que ce diagnostic correspond au final à ce que nous observons lors de notre expertise, je modifie mon appréciation en déclarant que l'exigibilité médico-théorique de 50 %, sur le plan strictement psychiatrique, est valable dès le début de la prise en charge auprès du Dr P. _____, à savoir comme vous le mentionnez dans vos questions, en novembre 2017. [...] »

c) S'agissant spécifiquement de l'examen des indicateurs pertinents requis par la jurisprudence fédérale, les experts se sont exprimés comme suit :

« [...] **Concernant la cohérence et la plausibilité,**

Aux yeux des experts, les plaintes corroborent l'organisation de son quotidien construit par des activités habituelles dont la cadence est tributaire de l'état de fatigue ainsi que des douleurs associées. La cohérence doit être relativisée par certains paramètres, notamment le discours de l'expertisée au sujet de son traitement antidépresseur. On constate une tendance à se fixer sur les plaintes thymiques et psychosomatiques. Le descriptif des plaintes représente une panoplie de manifestations variées, avec une cotation très élevée des douleurs (en permanence estimées à 7-8 sur 10 à l'EVA). Cette auto-appréciation est en décalage avec le constat somatique mais entre dans le cadre de la psychopathologie retenue. L'assurée est indépendante pour les déplacements, elle ne recourt à aucune aide extérieure et continue à faire toutes les tâches ménagères, mais à son rythme, elle fait encore des déplacements [...] pour les vacances d'été. Elle restreint ses activités externes et notamment celles partagées avec son entourage amical. Malgré cette restriction, on ne retient pas d'isolement social. L'assurée peut compter sur le soutien familial. On ne peut donc pas retenir de façon stricte une limitation uniforme au niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie.

Concernant l'axe de la personnalité,

On est frappé par une expertisée anxieuse et par moments accélérée dans son discours. Elle s'exprime de façon très clivée au sujet de sa situation (soit on est pour elle, soit on est contre elle et on ne la comprend pas). On peut relever une rigidité des processus de pensée, accompagnée de biais cognitifs. Plusieurs inférences

arbitraires sont exprimées par l'assurée, lorsqu'elle s'estime responsable de sa maladie oncologique, au sujet de la prématurité de sa fille et des difficultés scolaires actuelles de cette dernière. On peut observer une irritabilité, qui peut générer des tensions à domicile et une labilité des affects. Des traits de personnalité émotionnellement labile sont probables, mais ils ne peuvent être retenus formellement vu qu'à l'heure actuelle le trouble dépressif récurrent reste au premier plan, associé à une forte anxiété (cf. échelle psychométrique selon Hamilton) et aux plaintes psychosomatiques.

En ce qui concerne l'évaluation des capacités et des ressources,

Concernant les aptitudes physiques, autant on comprendrait facilement l'asthénie au cours des mois suivants la lourde chimiothérapie, autant très à distance de celle-ci on a des difficultés à la légitimer à travers de l'atteinte organique initiale. On comprend plus facilement l'impact des plaintes somatiques à travers l'évaluation des aptitudes psychiques à l'aide du canevas mini CIF-APP. Sur la base de cet instrument d'évaluation, on constate une rigidité mentale avec des biais cognitifs déjà établis qui la verrouillent dans des sentiments de culpabilité irrationnels et une vision victimaire de sa situation. Sont moyennement touchées sa flexibilité et ses capacités adaptatives ; l'endurance en lien avec les troubles du sommeil, la fatigue, les douleurs, le manque d'énergie qui découle des symptômes dépressifs ; ses capacités d'affirmation avec une perte de confiance en soi, des idées pathologiques de dévalorisation et de culpabilité. Sont légèrement abaissées : ses aptitudes à entrer en contact avec autrui ; à s'inscrire dans des activités associatives ; ses capacités cognitives ; ses activités spontanées autant ménagères que de loisirs. Sa capacité à s'adapter à des règles et des routines imposées par le cadre professionnel est préservée. [...] »

d) On peut d'emblée observer que les experts de la Clinique R. _____ se sont conformés aux exigences jurisprudentielles, en faisant part de conclusions consensuelles étayées, fondées sur des examens cliniques minutieux et exhaustifs de la recourante. Le rapport d'expertise du 18 décembre 2018 peut donc se voir reconnaître pleine valeur probante. On ne voit par ailleurs aucune raison de s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail, estimée à 50 % dans toutes activités dès le 23 novembre 2017, pour laquelle le Dr T. _____ s'est expliqué le 13 février 2019.

10. a) Concernant la période antérieure à la date précitée, il n'est pas contesté par l'intimé que la recourante a connu une période d'incapacité totale de travail, tant dans son activité habituelle, que dans une activité adaptée, depuis le mois de janvier 2015. Dite incapacité a été

prononcée jusqu'au 31 décembre 2015 par les spécialistes du Centre hospitalier C._____, compte tenu de la prise en charge oncologique de la recourante (cf. rapport du Centre coordonné d'oncologie du Centre hospitalier C._____ du 11 février 2016).

b) Est en revanche litigieuse la période débutant le 1^{er} janvier 2016. Dès cette date, l'incapacité de travail totale a été maintenue par la Dre I._____, motif pris des séquelles de la chimiothérapie, qualifiées d'invalidantes par cette praticienne à compter d'août 2015, en sus de dorsalgies en cours d'investigation, sans diagnostic posé par les spécialistes du Centre hospitalier C._____. Un reconditionnement en physiothérapie intensive avait été instauré dès mars 2016 (cf. rapport du Centre coordonné d'oncologie du Centre hospitalier C._____ du 11 février 2016 et de la Dre I._____ du 4 avril 2016). L'intimé, de son côté, a estimé que la recourante devait se voir reconnaître une capacité de travail entière, en l'absence de toutes limitations fonctionnelles attestées au sein du Centre hospitalier C._____, entre le 1^{er} janvier 2016 et le 23 novembre 2017 (cf. avis et rapport du SMR des 7 avril 2017 et 19 juin 2019).

aa) On ne saurait toutefois suivre l'intimé pour l'intervalle concerné. Il y a en effet lieu de constater que l'expert psychiatre de la Clinique R._____ a expressément indiqué « valider l'incapacité de travail plus importante retenue par les thérapeutes de l'expertisée jusqu'au moment de la présente expertise, dès celle-ci [recte : dès le 23 novembre 2017], le 50 % » était considéré comme exigible (cf. rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique R._____ du 18 décembre 2018, singulièrement rapport d'expertise psychiatrique, p. 10) A l'issue du rapport du 11 février 2016, le Centre coordonné d'oncologie du Centre hospitalier C._____ a également mentionné que la capacité de travail de la recourante était « difficile à évaluer ». En raison de dorsalgies, elle présentait une incapacité de travail de 100 %. Sur le plan hématologique, « seule une reprise progressive du travail en fonction de la tolérance à l'effort » était envisageable dès le 1^{er} janvier 2016. Vu ces éléments, on peut considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que

l'incapacité de travail totale, attestée par la Dre I._____, se justifiait au-delà du 31 décembre 2015.

bb) La recourante a néanmoins repris son activité lucrative habituelle au taux de 20 % en avril 2017, vraisemblablement dans l'optique de sa réintégration progressive au travail, en dépit d'un « syndrome dépressif très probable » et d'un « syndrome douloureux chronique », observés par le Service de neurologie du Centre hospitalier C._____ aux termes du rapport rédigé le 6 juin 2017. Dans ce contexte, le psychiatre traitant, le Dr P._____, a souligné que les symptômes psychiatriques de sa patiente n'avaient pas été reconnus tout de suite, en dépit de leur présence depuis le début de sa maladie (cf. rapport du Dr P._____ du 20 novembre 2019).

c) Compte tenu de ce qui précède, on peut conclure que la recourante a été en incapacité totale de travail pour toutes activités du 1^{er} janvier 2015 au 31 mars 2017. Elle a démontré être en mesure de déployer, dès le 1^{er} avril 2017, une capacité de travail de 20 % dans son activité habituelle, avant de recouvrer une capacité de travail de 50 % dans toutes activités, dès le 23 novembre 2017, selon l'appréciation des experts de la Clinique R._____.

11. a) Postérieurement au rapport d'expertise pluridisciplinaire du 18 décembre 2018, la recourante a produit de nouvelles pièces médicales, destinées à remettre en cause l'évaluation expertale.

b) aa) Sur le plan psychique, la recourante s'est prévalu de plusieurs rapports du Dr P._____ des 20 novembre 2019, 22 avril et 22 juillet 2021, lesquels ne justifient pas de douter de l'appréciation formulée par le Dr T._____ pour le compte de la Clinique R._____. Le psychiatre traitant s'est en effet pour l'essentiel rallié aux diagnostics retenus par l'expert, sans communiquer d'élément substantiellement nouveau eu égard à la symptomatologie présentée par la recourante. Son évaluation de la capacité de travail, fixée à 50 % et englobant, à son avis, la sphère

ménagère, n'est étayée par aucun argument particulier, constituant ainsi une appréciation divergente d'une situation demeurée stationnaire.

bb) Quant au rapport d'évaluation neuropsychologique du Centre W. _____ du 29 mars 2020, il conclut en ces termes :

« [...] Cette évaluation neuropsychologique met en évidence des performances déficitaires en mémoire antérograde et immédiate en modalité auditivo-verbale uniquement ; avec des scores déficitaires pour le rythme de traitement de l'information lors de tâches attentionnelles soutenues. Des difficultés en calcul oral sont également observées, probablement en lien avec le faible bagage scolaire de la patiente.

Des éléments marqués de la lignée anxiodépressive accompagnés d'une fatigue excessive tant sur le plan moteur que cognitif sont objectivés lors d'échelles auto-évaluatives.

Cependant, ce profil cognitif est à interpréter avec prudence au vu de l'ensemble des épreuves et indices de validation de symptômes rendant compte d'un effort suboptimal lors de l'évaluation neuropsychologique décrite ci-dessus. [...] »

On ne voit pas que ce document viendrait mettre en évidence des constats incompatibles avec l'appréciation du Dr T. _____. Au demeurant, les résultats communiqués par le neuropsychologue X. _____ viennent plutôt corroborer les limitations fonctionnelles, observées par l'expert de la Clinique R. _____, en lien la capacité de concentration et d'apprentissage de la recourante.

c) aa) Sur le plan somatique, la Policlinique Q. _____ du Centre hospitalier C. _____ a mis en évidence un déficit immunitaire secondaire acquis, pour lequel elle a instauré durablement une substitution mensuelle en immunoglobulines (cf. rapports de la Policlinique Q. _____ du Centre hospitalier C. _____ du 31 janvier 2019 et du Prof. V. _____ du 23 octobre 2019). Dans ce contexte, seul le Service et laboratoire d'hématologie du Centre hospitalier C. _____ s'est exprimé sur la capacité de travail de la recourante, se limitant à prendre en considération une « certaine réduction du taux de travail, sans arrêt complet » (cf. rapport du Service et laboratoire d'hématologie du Centre hospitalier C. _____ du 18 février 2019). Quoiqu'en dise la recourante, ce diagnostic n'apparaît dès lors pas incompatible avec l'exercice d'une

activité lucrative dans la mesure préconisée par les experts de la Clinique R._____.

bb) S'agissant de la problématique lombaire inflammatoire observée à l'IRM du 18 septembre 2019 et de la méniscopathie diagnostiquée par le Service de rhumatologie du Centre hospitalier C._____ le 24 mai 2020, le SMR, respectivement l'intimé, a pris en considération des limitations fonctionnelles supplémentaires et estimé que la recourante n'était plus en mesure d'exercer son activité habituelle de concierge et de femme de ménage. Il a consigné ce qui suit dans un avis du 4 novembre 2020 :

« [...] Les nouvelles atteintes décrites au niveau rhumatologique entraînent logiquement des LF [réd. : limitations fonctionnelles] au niveau ostéoarticulaire : pas de port de charges, pas de marche en terrain irrégulier, éviter montée et descente d'escaliers, pas d'échafaudages, échelles, pas de porte-à-faux, pas de position statique debout, favoriser alternance des positions. Une activité de concierge paraît incompatible avec ces nouvelles LF. Nous pouvons retenir un CTAH [réd. : capacité de travail dans l'activité habituelle] de 0 % et ce depuis 09.2019 (date de l'IRM objectivant l'atteinte L2-L3). Par contre, dans une activité adaptée aux LF physiques et psychiques, il n'y a pas lieu de s'écarter d'une CTAA [réd : capacité de travail dans une activité adaptée] de 50 %. [...] »

Cette appréciation apparaît convaincante, qui plus est au vu de la prise en charge adéquate (traitement conservateur), à la suite de laquelle a été relatée une amélioration significative des douleurs de la recourante (cf. rapport du Dr O._____ du 28 juillet 2020 produit auprès de la Cour de céans).

12. Sur le vu de ce qui précède, on peut retenir, en définitive, que la recourante a présenté une incapacité totale de travail pour toutes activités du 1^{er} janvier 2015 au 31 mars 2017, suivie d'une capacité de travail de 20 % dans l'activité de concierge et de femme de ménage dès le 1^{er} avril 2017. A compter du 23 novembre 2017, elle a présenté une capacité de travail de 50 % dans toutes activités, puis, dès le 18 septembre 2019, de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par le SMR le 4 novembre 2020.

13. a) Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 aLAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). A cet égard, il convient de distinguer la situation qui prévalait jusqu'au 31 décembre 2017 de celle qui a cours depuis le 1^{er} janvier 2018.

b) Jusqu'au 31 décembre 2017, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir effectivement dans l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité) était comparé au revenu qu'elle pouvait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse – et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain – était comparé au gain hypothétique qu'elle pouvait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap. Lorsque la personne assurée continuait à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subissait pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail était plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exerçait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1 et les références).

c) Depuis le 1^{er} janvier 2018, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir dans l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité) n'est plus déterminé sur la base du revenu effectivement réalisé, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (art. 27^{bis} al. 3, let. a, RAI).

d) Selon les dispositions transitoires applicables à cette modification réglementaire du 1^{er} décembre 2017, pour les trois-quarts de rentes, demi-rentes et quarts de rentes en cours octroyés en application

de la méthode mixte avant l'entrée en vigueur de ladite modification, une révision doit être initiée dans le délai d'un an après son entrée en vigueur. Une éventuelle augmentation de la rente prend effet au moment de l'entrée en vigueur de la modification (al. 1). Lorsque l'octroi d'une rente a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1^{er} décembre 2017 parce que le taux d'invalidité était insuffisant, à un assuré qui exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 LAI, une nouvelle demande est examinée s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément à l'art. 27^{bis} al. 2 à 4 aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente (al. 2 ; cf. RO 2017 7581).

14. a) Selon l'art. 16 LPGA, applicable pour évaluer le taux d'invalidité dans la sphère d'activité lucrative, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1).

b) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

c) 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'invalidité est évalué sur la base des salaires ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb).

Cas échéant, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). Dans ce cadre, le juge ne peut toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration, mais doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid 5.2).

15. a) L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de

comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités – qui peuvent être assimilées à une activité lucrative – que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération (ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références).

b) Une enquête effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les handicaps de celle-ci. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6 et 128 V 93).

c) Conformément au principe général valant en matière d'assurances sociales, l'assuré doit faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable

(ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées ; TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

16. S'agissant de l'évaluation de l'invalidité de la recourante dans la sphère d'activité ménagère, on dispose du rapport d'enquête à domicile du 31 juillet 2019. Cette pièce constitue un document exhaustif reflétant objectivement les difficultés rencontrées par la recourante dans ses activités quotidiennes. Les observations consignées apparaissent retranscrites de ses propres déclarations et tiennent compte de la situation médicale décrite à satisfaction par les experts de la Clinique R._____. Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de ce rapport contre lequel la recourante ne soulève d'ailleurs aucun grief. Partant, le degré d'invalidité de 18,1 % retenu au total dans la sphère d'activité ménagère peut être confirmé.

17. a) Concernant la sphère d'activité lucrative, le taux d'invalidité est de 100 % pour la période du 1^{er} janvier 2015 au 31 mars 2017, compte tenu d'une incapacité de travail totale dans toute activité. Pour la part de son temps consacrée par la recourante à des activités non lucratives, le taux d'invalidité est de 18,1 %.

Après pondération des taux d'activités lucratives et non lucratives, le taux d'invalidité global de la recourante pour cette période est de 59,05 % ($0,5 \times 100 + 0,5 \times 18,1$), soit 59 % (arrondi).

b) A partir du 1^{er} avril 2017, la recourante a repris son activité lucrative habituelle de concierge à un taux de 20 %. Etant donné son statut de personne exerçant une activité lucrative à 50 %, le degré d'invalidité dans la sphère lucrative est de 60 %, selon la méthode mixte applicable jusqu'au 31 décembre 2017 ($[50 - 20] / 50$).

Après pondération des taux d'activités lucratives et non lucratives, le taux d'invalidité global de la recourante dès cette date est de 39,05 % ($0,5 \times 60 + 0,5 \times 18,1$), soit 39 % (arrondi).

c) Dès le 23 novembre 2017, la recourante a disposé d'une capacité de travail de 50 % dans son activité lucrative habituelle, ainsi que dans toute autre activité lucrative. Son degré d'invalidité concernant la sphère d'activité lucrative est nul, selon la méthode mixte applicable jusqu'au 31 décembre 2017. En revanche, il est de 50 % selon la nouvelle méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018. On précisera, à toutes fins utiles, qu'une comparaison de revenus prenant en considération le revenu qu'aurait pu réaliser la recourante dans une activité adaptée plutôt que dans son activité habituelle n'aurait pas conduit à un résultat modifiant de manière déterminante le droit aux prestations litigieuses (cf. consid. 17d ci-après).

Le taux d'invalidité global était ainsi de 9,05 % pour la période du 23 novembre au 31 décembre 2017 ($0,5 \times 18,5$), soit 9 % (arrondi), et de 34,05 % dès le 1^{er} janvier 2018 ($0,5 \times 50 + 0,5 \times 18,1$), soit 34 % (arrondi).

d) Depuis le 18 septembre 2019, la recourante n'a plus été en mesure d'exercer son activité lucrative habituelle. Elle dispose toutefois d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à son état de santé. Il convient donc d'évaluer son degré d'invalidité dans la sphère d'activité lucrative en procédant à une comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA.

aa) Concernant le revenu sans invalidité, D._____ SA a indiqué, le 17 juin 2015, que le revenu mensuel que réalisait la recourante en 2015 s'élevait à 1'117 francs. Quant à F._____, elle a signalé avoir versé à la recourante un revenu annuel de 5'414 fr. entre 2011 et 2014. On peut donc retenir que la recourante dégagait un revenu annuel global de 19'935 fr. auprès de ses deux employeurs en 2015. Il s'agit d'actualiser ce dernier montant à l'année 2019 au moyen de l'Indice suisse des salaires nominaux (ISS ; tableau T39 « Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels 1993-2019 »). Après actualisation (+ 0,7 % en 2016, + 0,4 % en 2017, + 0,5 % en 2018 et + 0,9 % en 2019), le revenu sans invalidité pour l'année 2019 s'élève à

20'438 fr. à mi-temps. Multiplié par deux pour être extrapolé sur un plein temps, le revenu sans invalidité déterminant pour le calcul en 2019 se monte en définitive à 40'876 francs.

bb) En l'absence d'exercice d'une activité lucrative correspondant à l'exigibilité, il y a lieu de se référer à l'ESS de l'année 2018 pour déterminer le revenu d'invalidité. Le salaire de référence pour des femmes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé était, en 2018, de 4'371 fr. par mois, part au treizième salaire comprise (ESS 2018, tableau TA1_skill_level, niveau de compétence 1), lequel doit être porté à 4'556 fr. pour prendre en considération la durée hebdomadaire du travail de 41,7 heures dans les entreprises (cf. Indicateurs du marché du travail 2019 ; TA2.1). On précisera en l'occurrence qu'on ne saurait se limiter au seul secteur des services, dans la mesure où la palette d'activités comprise dans le montant total du TA1 englobe également des activités de la production qui pourraient correspondre à l'état de santé et aux compétences de la recourante. On peut ainsi mettre à jour un revenu de 55'173 fr. par an pour une activité exercée à 100 % et donc de 27'586 fr. à 50 %. Par ailleurs, à l'instar de l'intimé, il n'y a pas lieu de procéder à un quelconque abattement. Quoiqu'en dise la recourante, elle ne rencontre pas d'entraves particulières à l'embauche. Elle est encore jeune (moins de 50 ans) au moment de l'évaluation, capable d'adaptation et susceptible d'intégrer des consignes simples. Ses limitations fonctionnelles ont en outre été adéquatement prises en considération dans l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail. Le revenu d'invalidité déterminant pour le calcul est donc de 27'586 francs.

cc) La comparaison des revenus avec invalidité et sans invalidité conduit à constater un taux d'invalidité de 32,51 % dès le 18 septembre 2019, pour la part de son temps consacrée par la recourante à une activité lucrative ($(40'876 - 27'586 \times 100) / 40'876$).

Il en résulte un taux d'invalidité global de 25,3 % dès le 18 septembre 2019, après pondération des taux d'activités lucratives et non lucratives ($0,5 \times 32,51 + 0,5 \times 18,1$), soit 25 % (arrondi).

18. Etant donné les taux d'invalidité ci-dessus, la recourante a droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 59 %, dès le 1^{er} janvier 2016 (à l'issue du délai de carence d'un an, débuté en janvier 2015, conformément à l'art. 51 al. 1, let. b, LAI). Ce droit s'éteint dès le 1^{er} juillet 2017, soit après un délai de trois mois depuis l'amélioration de la capacité de gain de la recourante survenue en avril 2017 (art. 88a al. 1, 2^{ème} phrase, RAI). Par la suite, la recourante n'a plus présenté un taux d'invalidité ouvrant droit à une rente.

19. a) En conclusion, le recours doit être partiellement admis et la décision de l'intimé du 17 juin 2021 réformée, en ce sens que la recourante a droit au versement d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2016 au 31 mars 2017.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr., sont imputés par 300 fr. à la recourante et par 300 fr. à l'intimé.

c) En outre, n'obtenant que partiellement gain de cause, la recourante ne peut prétendre qu'à des dépens réduits, fixés in casu à 1'500 fr. (art. 55 al. 1 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 17 juin 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformé en ce sens que la recourante a droit au versement d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier 2016 au 30 juin 2017.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis par 300 fr. à la charge de la recourante et par 300 fr. 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 la recourante une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à titre de dépens réduits.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Olivier Carré, à Lausanne (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :