

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 février 2024

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
M. Piguet, juge, et Mme Rondi, assesseure
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représentée par Swiss Claims Network SA, à Fribourg,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 3, 16, 29 al. 1 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 27^{bis}, 28 et 28a LAI ; 27^{bis} al. 2 à 4 RAI

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère de deux enfants nés en [...] et [...], sans formation, travaillait à 55 % comme auxiliaire de soins. A la suite d'un accident du travail le 4 décembre 2012 lui occasionnant une fracture complexe de son poignet gauche, l'assurée a été opérée les 30 décembre 2013 et 21 février 2014. Elle a fait l'objet d'une communication de détection précoce auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par son employeur le 10 août 2014 pour des douleurs au poignet gauche. Ce formulaire indiquait une incapacité de travail à 100 % dès le 7 octobre 2013 jusqu'au 17 juin 2014 avec une reprise à 50 % dès cette date.

Il ressort d'un entretien du 16 septembre 2014 avec un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI que l'assurée connaissait une dépression réactionnelle en lien avec des douleurs au poignet gauche. Celle-ci a indiqué avoir déjà eu des problèmes avec l'alcool, qu'elle s'y réfugiait lorsqu'elle n'allait pas bien et qu'elle avait été hospitalisée à la suite de nouvelles consommations. Elle a également indiqué avoir fait le « plan 33 » de la Fondation [...] en 2003 et y être retournée en février et mars 2014.

A nouveau en incapacité de travail à 100 % dès le 5 septembre 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 13 octobre 2014 dans laquelle elle a fait état d'une atteinte des ligaments du poignet gauche suivie d'arthrose.

L'employeur de l'assurée a, le 20 octobre 2014, rempli un questionnaire dans lequel il a indiqué qu'elle avait travaillé du 1^{er} août 2006 au 31 janvier 2015 selon un taux horaire journalier de 4h15 sur 8h30 pour un salaire annuel de 30'520 fr. 60 dès le 1^{er} octobre 2012.

Le 23 octobre 2014, l'OAI s'est fait remettre le dossier de l'assureur accidents qui contenait en particulier les pièces suivantes :

- un rapport du 1^{er} avril 2014 du Dr W._____, spécialiste en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, posant les diagnostics de status après reconstruction du ligament scapholunaire gauche et ablation de matériel le 21 février 2014 et attestant un arrêt de travail à 100 % du 1^{er} décembre 2013 jusqu'à mi-avril 2014, avec une reprise à 100 % dès le 14 avril 2014 ;

- un rapport du 23 juillet 2014 du Dr W._____ selon lequel l'assurée bénéficiait d'un arrêt de travail à 50 % depuis le 16 juin 2014 avec une reprise prévue en septembre 2014 à 100 % ;

- des certificats médicaux des différents médecins ayant examiné l'assurée attestant une incapacité de travail à 100 % du 3 janvier au 25 février 2013, puis du 28 octobre 2013 au 16 juin 2014, puis une reprise à 50 % de son taux habituel dès cette date.

Selon un rapport initial de l'OAI du 11 novembre 2014, les douleurs au poignet perduraient et l'assurée connaissait une dépression réactionnelle avec consommation d'alcool, celle-ci ayant déjà lutté durant plusieurs années contre une consommation excessive qui avait tendance à revenir à la suite de cette période difficile. L'assurée a également déclaré avoir un psychiatre traitant qu'elle ne voyait presque plus car elle en avait « marre de raconter sa vie ».

Dans un rapport du 21 novembre 2014 adressé à l'OAI, le Dr W._____ a attesté un arrêt de travail total depuis le 1^{er} décembre 2013, puis à 50 % depuis le 10 juin 2014 et à nouveau à 100 % dès le 5 septembre 2014. S'agissant des restrictions physiques, il a posé comme limitation fonctionnelle « pas de port de charge avec la main gauche ». Il a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible mais que l'assurée était tout à fait apte à faire des travaux de bureau.

Selon le formulaire de détermination du statut qu'elle a complété le 6 janvier 2015, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle

travaillerait depuis janvier 2014 au taux de 60-80 % par nécessité financière.

A la même date, l'assurée a informé l'OAI que sa psychiatre traitante n'établirait pas de rapport dès lors qu'elle avait cessé le suivi depuis trop longtemps.

Au cours d'un entretien du 20 février 2015 entre une collaboratrice de l'OAI et la Dre R._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitante, cette dernière a affirmé que le problème de consommation d'alcool était encore très présent, mais que le suivi avec une psychologue spécialiste des dépendances avait été arrêté, faute d'adhésion de l'assurée à la mesure.

Au terme d'une mesure de réinsertion professionnelle auprès de [...], le référent a estimé, dans son rapport du 29 mai 2015, que l'assurée avait peu de limitations fonctionnelles liées à sa main mais que la problématique liée à l'alcool entravait sa réinsertion.

Le 2 juin 2015, lors d'un entretien avec un collaborateur de l'OAI, l'assurée a indiqué qu'elle rencontrait toujours des difficultés familiales sachant qu'elle vivait avec sa belle-famille et que les tensions étaient nombreuses. Elle a également indiqué consommer à nouveau de l'alcool avec excès ce qui la plongeait dans une déprime.

Dans un rapport du 24 juin 2015, les Drs Z._____ et C._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, respectivement cheffe de clinique et médecin-assistant du Service K._____ de [...], ont posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome de dépendance à l'alcool (F10.2) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10) depuis 2012. Ils ont indiqué que l'assurée avait été hospitalisée à l'Hôpital J._____ du 12 au 16 février 2015 et qu'au début de son suivi à la Polyclinique de [...] en février 2015 elle consommait environ deux bouteilles de vin blanc sur trois jours mais qu'elle visait à être abstinente comme elle avait déjà pu l'être

pendant neuf ans. S'agissant des restrictions, ils ont mentionné que la consommation d'alcool entraînait des maux de tête, des difficultés de concentration, de la somnolence et de la peine à se réveiller le lendemain tout en précisant que ces limitations étaient transitoires. Selon eux, le pronostic était favorable.

A la suite d'une nouvelle mesure auprès de [...], le référent a estimé, dans ses rapports des 1^{er} juillet et 25 août 2015, que l'assurée n'avait pas de limitations fonctionnelles l'empêchant de faire les activités prévues au centre, mais que ses ruminations étaient d'ordre personnelles et interféraient vraiment avec les possibilités d'activités à l'extérieur de chez elle de manière régulière. La gestion familiale lui prenait énormément de temps et d'énergie et lui provoquait des ruminations qui se répercutaient sur son travail, de même que sa dépendance à l'alcool qui la freinait énormément pour avoir une stabilité dans ses activités.

Pour faire suite à un avis du Service médical régional (ci-après : SMR) du 12 août 2015, l'OAI a rassemblé les documents suivants :

- un avis de 16 février 2015 de l'Hôpital J._____ à la suite d'un séjour de l'assurée du 12 au 16 février 2015 pour mise à l'abri d'un risque auto-agressif et sevrage d'alcool et posant les diagnostics de syndrome de dépendance d'alcool, actuellement abstinente (F10.20), de trouble dépressif récurrent (F33.10) et de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9) ;

- un rapport du 25 septembre 2015 du Dr W._____ indiquant qu'une arthro-IRM [imagerie par résonance magnétique] avait été demandée afin d'évaluer complètement la radio-cubitale-distale et qu'un « arrêt de travail était prévu à 0 % dès le 1^{er} octobre 2015 » [recte : 1^{er} janvier 2016 selon un courrier du Dr W._____ du 17 novembre 2015] ;

- un rapport du 29 septembre 2015 des Drs Z._____ et C._____ complétant les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de

syndrome de dépendance à l'alcool avec des « traits de personnalité émotionnellement labile » et indiquant que la consommation d'alcool était « partiellement sous le contrôle de la volonté ».

Dans un rapport du 4 avril 2016 adressé à l'OAI, les Dres Z._____ et M._____, médecin-assistante au Service K._____, ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10), de syndrome de dépendance à l'alcool (F10.2) et de traits de personnalité émotionnellement labile. Elles ont indiqué que l'assurée, entrée en post-cure à la Fondation [...] depuis le 16 décembre 2015, y était encore et qu'elle présentait une symptomatologie fluctuante avec la persistance de symptômes dépressifs et des ruminations quotidiennes centrées surtout sur l'accident au poignet en 2012 et la perte de son travail. Les Dres Z._____ et M._____ ont encore indiqué que la symptomatologie était aggravée par des problèmes de couple et conflits de famille chroniques et qu'au vu de la persistance des symptômes dépressifs, elles avaient changé la médication antidépresseur en remplaçant le Cipralex 30 mg par de la Sertraline 100 mg avec un bon effet sur la labilité émotionnelle et une légère amélioration des ruminations avec en réserve du Truxal 15 mg contre les angoisses et l'envie de boire. Concernant l'addiction, elles ont exposé que l'assurée avait eu des hauts et des bas durant la prise en charge avec des abus d'alcool interrompus par des épisodes d'abstinence de quelques semaines et que son état psychique trop fragile ne permettait pas encore d'exercer un travail non protégé. Elles ont encore indiqué que l'assurée n'était pas encore en état de reprendre un travail non protégé à 100 % mais qu'un travail à 50-80 % pourrait être envisageable dans le futur et que tous les symptômes mentionnés pouvaient être réduits avec un traitement psychiatrique intégré et psychopharmacologique adéquat et une bonne compliance médicamenteuse et thérapeutique.

Faisant suite à un avis du 9 août 2016 du SMR considérant que la situation médicale n'était pas stabilisée sur le plan purement psychiatrique et que la Dre Z._____ devait être réinterrogée, celle-ci a indiqué que l'assurée n'était plus suivie par son service mais par le Dr

P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à qui l'OAI a adressé une demande de renseignements les 21 septembre et 20 octobre 2016, en vain.

Dans un rapport du 19 juin 2017, les neuropsychologues spécialistes FSP T._____ et D._____ ont conclu que l'assurée pouvait, sur le plan strictement neuropsychologique, reprendre une activité à temps plein ne requérant pas la gestion de doubles tâches, ni le traitement d'informations complexes, ne nécessitant pas d'excellentes capacités de planification, ni une exposition fréquente et soutenue aux interférences. Un environnement calme et bienveillant était ainsi recommandé et une diminution de rendement de l'ordre de 20 % pouvait être attendue.

Le 3 juillet 2017, l'OAI a fait procéder à une enquête ménagère qui a eu lieu le 8 novembre 2017. Le statut de l'assurée y était estimé à 50 % active et 50 % ménagère. L'évaluatrice a indiqué dans son rapport que la recourante rencontrait des difficultés familiales depuis toujours, sa fille étant rentière AI, son fils employé à 100 % après un parcours chaotique, son mari illettré avec de la difficulté à s'exprimer et montrant des signes de démence. Il était précisé que le fils avait pris un appartement en juin 2017 et la fille en août 2017. Les empêchements ménagers ont été considérés comme nuls.

Dans un rapport du 12 février 2018 adressé à l'OAI à la suite d'un avis du SMR du 6 décembre 2017, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de « F33.1 : trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, devant la longue histoire dépressive de cette patiente, F60.31 : trouble de la personnalité de type Borderline pour les mêmes raisons, F1X.1 : prise d'alcool nocive pour la santé ». Il a retenu les limitations fonctionnelles psychiatriques avec effet sur la capacité de travail suivantes : par rapport à l'anxiété, trouble de la concentration, trouble d'attention, trouble de l'adaptation, etc. et par rapport au vécu dépressif, ralentissement psychomoteur, fatigabilité et manque de confiance en elle-même. Il a expliqué que la consommation

d'alcool était en rapport avec un niveau d'angoisse particulièrement élevé, répondant aux difficultés des personnalités borderline qui n'était pas sous le contrôle de la volonté de l'assurée. Quant au traitement, il a indiqué 20 mg d'escitalopram, 30 mg d'Anxiolit et du Selincro. Il a enfin précisé que depuis quelques mois, l'assurée devait faire face à la maladie d'Alzheimer déclarée de son époux avec tout le retentissement que l'on pouvait imaginer.

Par avis du 16 mars 2018, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant la psychiatrie, la médecine interne et la rhumatologie. L'OAI a dès lors entamé la procédure en vue de la désignation d'un centre d'expertise. Le mandat d'expertise a ainsi été confié au Centre d'expertises G. _____ SA, respectivement aux Drs X. _____, médecin praticien, V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et Q. _____, spécialiste en rhumatologie.

Les experts du G. _____ SA ont vu l'assurée les 25 octobre et 16 novembre 2018 puis ont déposé un rapport d'expertise le 28 janvier 2019, comprenant une évaluation consensuelle (faite après une conférence des 15 et 16 novembre 2019), trois expertises spécialisées et une synthèse du dossier. Selon l'évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00), secondaire aux différents problèmes qu'elle a rencontrés notamment en lien avec les conflits familiaux et la maladie d'Alzheimer diagnostiquée chez son mari depuis un an, d'obésité, d'asthme, de syndrome d'apnée du sommeil et d'hypertension artérielle. Ils ont également indiqué le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de nature rhumatologique de douleur après traumatisme du poignet gauche et ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvement de supination répété, mouvement de préhension possible, poignet dans l'axe de l'avant-bras, pas d'effort de soulèvement bras tendus, pas de port de charge de plus de 5 kg bras tendus le long du corps. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 0 % depuis le 4 décembre 2012,

de nature rhumatologique. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50 % du 10 juin au 5 septembre 2014, de 0 % du 5 septembre 2014 au 1^{er} octobre 2015, de 100 % du 1^{er} octobre 2015 au 12 octobre 2016, de 0 % du 12 octobre 2016 au 18 novembre 2016 et de 100 % dès le 18 novembre 2016. Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail était totale pendant les hospitalisations pour sevrage à l'alcool du 12 au 16 février 2015 et dès novembre 2015 jusqu'à la sortie de la Fondation [...].

Dans un rapport du 7 mai 2019, la Dre E. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du SMR, a considéré que les conclusions des experts étaient convaincantes et a fixé le début de l'incapacité de travail au 4 décembre 2012. Elle a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : au niveau rhumatologique, port de charge limité à 5 kg bras tendus le long du corps, pas d'effort de soulèvement bras tendus, pas de mouvement de supination répété, mouvement de préhension possible, poignet dans l'axe de l'avant-bras et, aucune limitation au niveau psychiatrique. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, celle-ci était de 0 % et de 50 % dans une activité adaptée du 10 juin au 4 septembre 2014, de 0 % du 5 septembre 2014 au 30 septembre 2015, de 100 % du 1^{er} octobre 2015 au 11 octobre 2016, de 0 % du 12 octobre au 17 novembre 2016 et de 100 % dès le 18 novembre 2016.

Le 22 mai 2019, l'OAI a adressé un projet d'acceptation de rente à l'assurée lui accordant le droit à une demi-rente du 1^{er} avril au 31 décembre 2015. En se référant à l'enquête du 8 novembre 2017, il a tenu compte d'une part active de 50 % et une part d'activité ménagère de 50 %. A partir du 1^{er} octobre 2015, une capacité de travail de 100 % étant raisonnablement exigible dans une activité adaptée, l'OAI a calculé le préjudice économique de l'assurée en se référant aux données salariales dans l'ancien emploi pour le revenu de valide ainsi qu'aux données salariales statistiques pour le revenu d'invalidé tout en ne retenant aucun empêchement ménager, ni abattement.

Désormais représentée par Swiss Claims Network SA, l'assurée a fait part de ses objections les 19 juin et 30 juillet 2019 sur le projet de décision précité. Elle a fait valoir que sa capacité de travail était limitée à 50 % dans une activité adaptée, que l'évaluation de l'invalidité devait se faire selon la méthode mixte du moment qu'elle travaillait en moyenne à 55 % et devait être fixée à 55 % comme active et 45 % comme femme au foyer et qu'il fallait tenir compte d'un abattement de 10 %. Elle a encore exposé que, s'agissant de la tenue du ménage, elle ne pouvait plus compter sur l'aide de son mari malade, ni de ses enfants ne vivant plus avec elle et avait dès lors identifié des empêchements conduisant à une invalidité dans la tenue du ménage de 18 %. Au final, elle réclamait une demi-rente pour la période du 1^{er} avril au 31 décembre 2015, un quart de rente du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2017 et une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2018. A ce courrier étaient notamment joints les documents suivants :

- un rapport du 5 juillet 2019 du Dr U._____, spécialiste en pneumologie, posant le diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS) de degré très sévère sans composante positionnelle et de probable asthme bronchique contrôlé ;

- un rapport de la Dre R._____ du 7 juillet 2019 mentionnant le fait que la difficulté majeure de l'assurée qui la limitait dans sa capacité de travail était surtout sa dépendance à l'alcool et son état dépressif ;

- un rapport du Dr S._____ du 18 juillet 2019 posant les diagnostics de troubles dépressifs récurrents d'intensité moyenne (F33.1), trouble de la personnalité de type borderline (F60.31) et prise d'alcool nocive pour la santé (F10.1) et attestant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

Le 24 septembre 2019, une nouvelle évaluation économique sur le ménage a eu lieu dont le rapport du 3 octobre 2019 est arrivé à la conclusion qu'il convenait de considérer la recourante active à 55 % et

ménagère à 45 %. Quant aux empêchements ménagers, ils s'élevaient à 15,50 % depuis le mois d'août 2017.

Faisant suite à un avis du 9 mars 2020 du SMR, la Dre R. _____ a, dans un rapport du 28 septembre 2020 adressé à l'OAI, indiqué que l'assurée présentait des pathologies psychiatriques et une situation psycho-sociale lourde ayant certainement un impact sur sa capacité de travail.

Par avis du 7 septembre 2021, le SMR a conclu que le contexte psycho-socio-familial difficile rapporté par la Dre R. _____ était déjà connu et décrit dans l'expertise et que l'avis de cette dernière concernant la présence d'une atteinte psychiatrique potentiellement incapacitante correspondait à une appréciation différente d'un même état de fait.

Par nouveau projet de décision du 28 septembre 2021 annulant et remplaçant celui du 22 mai 2019, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente du 1^{er} avril au 31 décembre 2015 en tenant compte d'un statut de 55 % active et 45 % ménagère. L'OAI a retenu qu'une aide aux tâches ménagères était exigible des enfants jusqu'en juillet 2017 et qu'après cette date, un taux d'empêchements ménagers de 15,50 % pouvait être retenu.

Par courrier du 27 octobre 2021, l'assurée, par l'intermédiaire de son représentant, a fait part de ses objections au projet de décision précité et a informé l'OAI avoir été récemment hospitalisée à la suite d'un tentamen.

Par objections complémentaires du 14 janvier 2022, l'assurée a exposé que ses troubles psychiques avaient connu une évolution dramatique en 2020 avec une tentative de suicide et diverses hospitalisations et que l'expertise psychiatrique n'avait dès lors plus de portée probante. Elle a indiqué avoir droit à une rente entière du 1^{er} janvier au 31 octobre 2015, puis une demi-rente dès le 1^{er} septembre

2017 basée sur un taux d'invalidité de 50,54 %. A l'appui de son courrier étaient joints les documents suivants :

- un rapport du 29 mai 2020 des Drs L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et N._____, respectivement médecin associé et médecin assistante de l'Hôpital J._____ faisant état d'une hospitalisation de l'assurée depuis le 15 mai 2020 pour sevrage d'alcool et mise à l'abri d'idées suicidaires à la suite d'un abus médicamenteux par benzodiazépines le 12 mai 2020 ;

- un rapport du 25 août 2020 du Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-répondant de la Clinique [...] où l'assurée a été hospitalisée du 20 juillet au 24 août 2020 pour une stabilisation psychiatrique et médicamenteuse, un sevrage hospitalier d'alcool et une psychothérapie individuelle et en groupe et qui a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne (F33.1) ;

- un rapport du 4 janvier 2022 du Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne (F33.1), de trouble de personnalité de type borderline (F60.31), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance (F10.2), et fixant sa capacité de travail à 30 % dans tout type d'activité.

Par avis du 27 janvier 2022, le SMR a conclu qu'on pouvait admettre des périodes d'incapacité de travail de 100 % pendant les hospitalisations en 2020 mais qu'en dehors de ces périodes, les éléments apportés ne permettaient toujours pas de retenir une aggravation durable postérieurement à l'expertise de 2019.

L'assurée a, par courrier du 31 mars 2022, transmis à l'OAI un rapport du 28 mars 2022 du Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, posant les diagnostics de : « modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion ou à une maladie cérébrale F62 ; trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen F33.1 ; troubles

mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance ; DDX état de stress post-traumatique F43.1 ». Il a estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail à 75 % dans un travail ordinaire et 50 % dans une activité adaptée.

Par avis du 28 avril 2022, le SMR a considéré que le rapport précité n'apportait aucune information selon laquelle l'état de santé se serait aggravé ou modifié sensiblement depuis l'expertise ou depuis le précédent rapport du 4 janvier 2022 du Dr F._____ et qu'il s'agissait à nouveau d'une nouvelle appréciation différente d'un même état de fait.

Par courrier du 23 mai 2022, l'OAI a pris position sur les objections de l'assurée et a indiqué qu'en dehors des hospitalisations, les éléments apportés ne permettaient toujours pas de retenir une aggravation durable postérieurement à l'expertise de 2019. En outre, étant dans le cadre d'une nouvelle atteinte avec une incapacité de travail inférieure à une année, leurs conclusions restent inchangées.

Par décision du 10 août 2022 confirmant son projet du 28 septembre 2021, l'OAI a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} avril au 31 décembre 2015.

B. Par acte du 9 septembre 2022, H._____, par l'intermédiaire de son représentant, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant principalement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 31 octobre 2015 et à une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2017 ainsi que, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction. Elle a fait valoir pour l'essentiel ne pouvoir travailler qu'à un taux de 30 % en raison d'une atteinte invalidante sur le plan psychiatrique. A cet égard, elle a exposé que l'expertise du G._____ SA sur laquelle s'était fondé l'OAI ne saurait avoir une quelconque valeur probante du moment qu'elle se basait sur une situation ancienne qui ne tenait pas compte de la dégradation de sa santé psychique et se concentrait sur les conséquences rhumatologiques

relatives à l'atteinte au poignet alors que l'atteinte principale et invalidante se trouvait sur le plan psychiatrique. Il convenait dès lors de suivre les rapports des médecins traitants. S'agissant du calcul de l'invalidité, elle a exposé qu'un abattement de 10 % devait être effectué sur le revenu d'invalidité et qu'il fallait retenir qu'elle subissait un empêchement dans la tenue du ménage de 18 %. A l'appui de son recours, outre les rapports des Drs U._____, R._____ et S._____ de juillet 2019 et du Dr F._____ du 4 janvier 2022 déjà produits, elle a transmis un rapport du 29 décembre 2021 du Dr B._____.

Dans sa réponse du 16 novembre 2022, l'intimé a proposé la confirmation de la décision litigieuse reconnaissant le droit à une demi-rente du 1^{er} avril au 31 décembre 2015. Il a notamment fait valoir qu'aucun élément objectif nouveau n'avait été ignoré par les experts ou était survenu entre la date de l'expertise et celle de la décision litigieuse et qu'il maintenait dès lors l'exigibilité médicale entière dans une activité adaptée en dehors des périodes temporaires d'incapacité de travail liées à l'opération du poignet d'octobre 2016 et aux hospitalisations de mai, puis juillet 2020. S'agissant de l'ouverture du droit à la rente, l'OAI a fait valoir que ce droit prenait naissance au plus tôt le 1^{er} avril 2015, à savoir six mois après le dépôt de la demande. A sa réponse étaient joints un avis du SMR du 24 octobre 2022 admettant que l'aggravation (en mai 2020 et d'août à novembre 2020) avait été non durable et confirmant leurs conclusions précédentes, ainsi qu'un calcul du salaire exigible du 14 novembre 2022.

Par écritures des 22 novembre et 19 décembre 2022, les parties ont maintenu leurs conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. En l'espèce, est litigieux le droit à une rente d'invalidité de la recourante.

3. a) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

b) En l'espèce, la décision litigieuse, rendue le 10 août 2022, fait suite à une demande de prestations déposée au mois d'octobre 2014 en raison d'une incapacité de travail résultant d'une atteinte à la santé s'étant produite en 2012 au plus tard. Un éventuel droit à une rente prendrait ainsi naissance au terme du délai de carence de six mois (cf. art. 29 al. 1 LAI), à savoir en 2015, très largement avant le 1^{er} janvier 2022. Il convient dès lors d'appliquer l'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité 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 de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

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 ou 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. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée 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 elle 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 (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu 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 la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée 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 27^{bis} al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

b) Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient de définir quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. 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 ; voir également ATF 144 I 28 consid. 2.3).

6. 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 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait 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 - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait 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 continue 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 subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1 et les références citées).

b) 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, conformément aux chiffres 3079 ss de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI ; ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références citées).

c) aa) 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).

bb) 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 [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

7. a) Pour 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) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 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).

8. En l'espèce, il n'est pas contesté que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable au cas de la recourante. Si la première enquête ménagère du 8 novembre 2017 retenant une part active de 50 % et une part ménagère de 50 % avait été contestée par la recourante, la seconde enquête du 24 septembre 2019 fixant la part active à 55 % et la part ménagère à 45 % n'a pour sa part pas été remise en cause par celle-ci.

9. En ce qui concerne la part qui aurait été consacrée à l'exécution d'une activité lucrative, la recourante a contesté aussi bien l'évaluation de sa capacité de travail que l'absence d'abattement sur le revenu d'invalidité et la prise en compte moindre d'empêchements dans la part consacrée à l'accomplissement des travaux habituels.

a) Il convient tout d'abord de déterminer quelle est la capacité résiduelle de travail de la recourante. S'il n'est pas contesté que la recourante n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle, les avis des parties divergent sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Alors que l'office intimée a retenu une pleine capacité de travail dès le 1^{er} octobre 2015, la recourante a fait valoir qu'une capacité de travail de 30 % maximum pouvait être retenue.

Dans le cas d'espèce, l'intimé a fondé son refus de prestations sur l'avis des experts du G. _____ SA du 28 janvier 2019. Dans le cadre

de leur analyse, ces experts ont retenu que la capacité de travail de la recourante dans l'activité habituelle était de 0 % depuis le 4 décembre 2012. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 50 % du 10 juin au 5 septembre 2014, de 0 % du 5 septembre 2014 au 1^{er} octobre 2015, de 100 % du 1^{er} octobre 2015 au 12 octobre 2016, de 0 % du 12 octobre 2016 au 18 novembre 2016 et de 100 % dès le 18 novembre 2016.

b) Sur le plan somatique, l'expert de médecine interne a notamment posé les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail d'obésité, d'allergie aux pollens avec rhino-conjonctivite saisonnière, d'asthme, de syndrome d'apnée du sommeil, d'alcoolisme sur le versant somatique sans signe de dépendance physique, ni d'autres complications somatiques invalidantes, de tabagisme actif et d'hypertension artérielle. Quant à l'expert rhumatologue, il a retenu le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de douleur après traumatisme du poignet gauche et douleurs séquellaires, ainsi que les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de tendinite du long supinateur du coude droit et de tendinite de la patte d'oie des genoux. Pour l'expert en médecine interne, la capacité de travail de la recourante était de 100 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Pour l'expert en rhumatologie Q._____, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 4 décembre 2012 et, dans une activité adaptée, de 50 % du 10 juin au 5 septembre 2014, de 0 % du 5 septembre 2014 au 1^{er} octobre 2015, de 100 % du 1^{er} octobre 2015 au 12 octobre 2016, de 0 % du 12 octobre 2016 au 18 novembre 2016 et de 100 % dès le 18 novembre 2016.

Cette appréciation n'est pas mise en doute par les autres éléments du dossier, ni par la recourante d'ailleurs qui n'a fait valoir aucun moyen à l'encontre du volet somatique de l'expertise du 28 janvier 2019. A cet égard, on relèvera que le Dr W._____ a attesté une incapacité de travail totale du 1^{er} décembre 2013 à mi-avril 2014, à 50 % depuis le 10 juin 2014 et à nouveau à 100 % dès le 5 septembre 2014 (cf. rapports des 1^{er} avril, 23 juillet et 21 novembre 2014). Il a ensuite attesté une capacité

de travail totale dès le 1^{er} janvier 2016 (cf. rapport du 25 septembre 2015 et courrier du 17 novembre 2015), de sorte que l'expertise correspond aux constatations des médecins-traitants.

c) aa) S'agissant du volet psychiatrique, l'expert V._____ a diagnostiqué des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation continue (F10.25) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00). Ces diagnostics, qui ne sont pas remis en cause par la recourante, ont déjà été évoqués avant l'expertise par les Drs Z._____ et C._____ (cf. rapports des 24 juin et 29 septembre 2015), l'Hôpital J._____ (cf. avis du 16 février 2015), les Drs Z._____ et M._____ (cf. rapport du 4 avril 2016) et S._____ (cf. rapport du 12 février 2018). Ils ont à nouveau été posés après l'expertise par les Drs S._____ (cf. rapport du 18 juillet 2019), B._____ (cf. rapport du 25 août 2020), F._____ (cf. rapport du 4 janvier 2022) et A._____ (cf. rapport du 31 mars 2022). Si les Drs Z._____, C._____, M._____, S._____ et F._____ (cf. rapports des 29 septembre 2015, 4 avril 2016, 12 février 2018, 18 juillet 2019 et 4 janvier 2022) ont posé les diagnostics de traits de personnalité émotionnellement labile et de trouble de la personnalité de type borderline, le diagnostic de trouble de la personnalité borderline a cependant été écarté par l'expert V._____ dès lors que les signes et symptômes ne correspondaient pas aux critères de la CIM-10 (cf. page 12 du rapport d'expertise du 28 janvier 2019). On rappellera d'ailleurs à cet égard que les traits de personnalité n'ont en principe pas de valeur de maladie psychiatrique (cf. par ex. TF 9C_558/2020 du 7 septembre 2021 consid. 5.4 ; 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.2).

bb) En termes de capacité de travail, l'expert V._____ a estimé que la capacité de travail de la recourante était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée pendant les hospitalisations pour sevrage à l'alcool, à savoir du 12 au 16 février 2015 et dès novembre 2015 jusqu'à la sortie de la Fondation [...]. En dehors des périodes d'hospitalisation, la capacité de travail restait entière, ce que les neuropsychologues T._____ et D._____ ont également indiqué dans

leur rapport du 19 juin 2017. L'expert V._____ a expliqué que la recourante était suivie par un psychiatre mais que les dosages plasmatiques montraient que le Cipralex était indétectable et l'oxazépam en-dessous de la dose thérapeutique, ce qui montrait que la recourante ne prenait pas les médicaments à la dose prescrite par son médecin (p. 12 du rapport d'expertise du 28 janvier 2019). A cet égard, on relèvera que la recourante a parfois eu du mal à conserver un suivi régulier (cf. rapport initial du 11 novembre 2014, courrier du 6 janvier 2015 et entretien avec la Dre R._____ du 20 février 2015). Il a préconisé la poursuite de la prise en charge pour soutenir la recourante qui vivait une situation difficile avec sa belle-famille et une éventuelle prise de médicament aversif contre l'alcool ainsi que la prise régulière d'antidépresseur.

cc) La recourante a contesté la valeur probante du rapport d'expertise par son caractère dépassé, celui-ci datant de 2019, et par le fait que sa situation psychiatrique s'était dégradée. S'il faut reconnaître que la qualité de l'expertise psychiatrique prête à discussion sur certains points, celle-ci demeure néanmoins, dans son ensemble, suffisante pour apprécier la situation médicale de la recourante, d'autant plus que le dossier ne contient aucun document médical susceptible de faire douter des conclusions du Dr V._____, ni de démontrer une quelconque aggravation de l'état de santé de la recourante. En effet, dans son rapport du 4 janvier 2022, le Dr F._____ ne s'est pas livré à un examen complet du dossier et n'a pas tenu compte des ressources de la recourante ni même d'un éventuel sevrage et n'a apporté aucun élément médical étayé permettant de remettre en question les conclusions des experts. On s'étonnera en outre que le rapport du 4 janvier 2022 du Dr F._____ reprenne pratiquement mot à mot le rapport du 18 juillet 2019 du Dr S._____ sans autres explications. S'agissant du rapport du 28 mars 2022 du Dr A._____ qui a attesté une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, on relèvera, d'une part, qu'il n'a invoqué aucun élément nouveau, ni expliqué en quoi l'état de la recourante se serait détérioré depuis l'expertise et, d'autre part, que ce médecin ne suit la recourante que depuis le 24 janvier 2022 une fois toutes les deux semaines. Quant aux autres rapports produits par la recourante en

procédure administrative après les projets de décisions des 22 mai 2019 et 28 septembre 2021, à savoir les rapports du 7 juillet 2019 de la Dre R._____, du 29 mai 2020 des Drs L._____ et N._____, du 25 août 2020 du Dr B._____ et du 28 septembre 2020 de la Dre R._____, ils ne se prononcent pas sur sa capacité de travail.

En procédure, la recourante a produit un rapport du 29 décembre 2021 du Dr B._____ qui, s'il peut être pris en compte du moment qu'il se rapporte à la situation prévalant au moment de la décision de l'OAI (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2), ne lui est d'aucun secours pour démontrer l'existence d'une atteinte incapacitante. En effet, selon ce rapport, la recourante n'a plus été suivie depuis le début du mois de novembre 2020 et son évolution actuelle n'était pas connue. Surtout, ce rapport a exposé qu'avec une abstinence complète d'alcool et le traitement positif du syndrome dépressif, les limitations rencontrées par la recourante, à savoir des difficultés de gestion émotionnelle, n'avaient plus lieu d'être et ne donnaient pas le droit à une rente d'invalidité. Les Drs Z._____ et M._____ avaient déjà indiqué que les symptômes de la recourante pouvaient être réduits avec un traitement psychiatrique intégré et psychopharmacologique adéquat et une bonne compliance médicamenteuse et thérapeutique (cf. rapport du 4 avril 2016). On rappellera ici qu'il est tout à fait admissible d'attendre de la recourante qu'elle suive des traitements médicaux et un sevrage pour maintenir sa pleine capacité de travail (cf. TF 9C_724/2018 du 11 juillet 2019) compte tenu de son obligation de diminuer le dommage. A cet égard, on observera que la recourante a été suivie par la Fondation [...] en 2003 et a ensuite été abstinente pendant neuf ans. Elle a également été abstinente en 2016 pendant neuf mois grâce à son séjour à la Fondation [...]. De plus, selon le rapport du 29 mai 2020 des Drs L._____ et N._____, la recourante était abstinente depuis son arrivée à l'hôpital et n'avait pas éprouvé de sensation de manque, se projetant vers une abstinence totale de l'alcool, ce qu'elle visait déjà en 2015 (cf. rapport du 24 juin 2015 des Drs Z._____ et C._____). Le Dr B._____ a quant à lui précisé que la recourante avait bien répondu à la désintoxication de l'alcool (cf. rapport

du 25 août 2020). On relèvera enfin que l'expert X._____ a indiqué, relativement au diagnostic d'alcoolisme sur le versant somatique, qu'il n'y avait pas de signe de dépendance physique, ni d'autres complications somatiques invalidantes.

dd) Au vu de ce qui précède, on constatera que les conclusions de l'expertise ne divergent pas fondamentalement de celles des différents médecins ayant suivi la recourante et que les diagnostics sont les mêmes, seule l'appréciation de l'influence sur la capacité de travail est différente, allant d'une capacité de travail de 30 % à une pleine capacité de travail. Or, ce qui importe pour juger du droit aux prestations dans le cadre de l'assurance-invalidité, ce n'est pas la dénomination diagnostique, mais uniquement les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail (cf. ATF 136 V 279 consid. 2.3.1 ; TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018 consid. 4.2 et les références citées). A cela s'ajoute que la présence d'un diagnostic lié à la dépendance ne signifie pas automatiquement qu'il ait un impact sur la capacité de travail, ses répercussions sur les capacités fonctionnelles de la personne assurée devant être déterminées d'un point de vue médical dans le cas concret (cf. ATF 143 V 418 consid. 5.2.2). En l'occurrence, les experts ont déterminé que la recourante ne présentait aucune limitation au niveau psychiatrique sans que les différents médecins ayant suivi la recourante ne démontrent le contraire.

d) L'OAI était par conséquent légitimé à se fonder sur les conclusions de l'expertise et retenir que la recourante n'était plus capable de travailler dans son activité habituelle depuis le 4 décembre 2012 et dans une activité adaptée du 5 septembre 2014 au 30 septembre 2015. En revanche, elle disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1^{er} octobre 2015 hormis une période de 38 jours du 12 octobre 2016 au 18 novembre 2016. On relèvera en outre que la recourante n'a réclamé une demi-rente que depuis le 1^{er} septembre 2017 admettant une légère amélioration jusqu'au mois d'août 2017 (cf. objections complémentaires du 14 janvier 2022). Enfin, si l'on ne peut nier une aggravation de l'état de la recourante dès 2020, il faut constater, à

l'instar de l'intimé, que ces aggravations ne sont que passagères et ne sauraient être considérées comme une atteinte durablement incapacitante.

10. Cela étant constaté, il y a lieu de déterminer le degré d'invalidité de la recourante.

a) aa) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

bb) 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 peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb ; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3 ; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; Pratique VSI 5/1999 p. 182).

cc) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en principe de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347 ; voir également TF 8C_205/2021 du 4 août 2021 consid. 3.2). Cette valeur statistique s'applique à tous les assurés qui

ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, ne requérant pas d'expérience professionnelle spécifique, ni de formation particulière, si ce n'est une phase initiale d'adaptation et d'apprentissage (TF 8C_175/2020 du 22 septembre 2020 consid. 4.2 et les références). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222).

dd) La personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75). Lorsque le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité sont tous deux établis au moyen de l'ESS, on prendra garde à prendre en considération les circonstances étrangères à l'invalidité de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu avec invalidité. On peut également renoncer à une déduction particulière en raison de ces facteurs et se limiter, dans le calcul du revenu avec invalidité, à une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de la personne assurée et qui restreignent ses perspectives salariales par rapport à celles

ressortant des données statistiques (dans ce sens : ATF 135 V 297 ; 135 V 58 ; 134 V 322 consid. 4 et 5.2).

b) En ce qui concerne la période avant le 1^{er} octobre 2015, on constatera que la capacité de travail de la recourante était nulle dans tout type d'activité.

c) Pour la situation après le 1^{er} octobre 2015, à savoir une fois que la recourante a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, l'OAI a procédé aux calculs du préjudice économique au cours de trois périodes différentes.

aa) S'agissant de la période du 1^{er} octobre 2015 au 31 juillet 2017, l'OAI a, pour le revenu sans invalidité, pris en compte le revenu indiqué par l'employeur dans le questionnaire rempli le 20 octobre 2014, à savoir un montant annuel de [30'520 fr. 60 ramené à un taux de 55 % + 0.5 % d'indexation pour 2015 =] 33'735 fr. 30. Pour le revenu d'invalidité, il s'est fondé sur l'ESS 2014 indexé à 2015 (rubrique correspondant au total, tous secteurs confondus, pour une femme au niveau de compétence 1) pour une durée de travail de 41.7 heures avec un abattement de 5 %. Il a ainsi retenu un montant de 28'244 fr. 11.

S'agissant de l'abattement, la recourante a contesté l'absence d'abattement par l'OAI. On relèvera cependant que l'intimé a procédé à un abattement de 5 % dans le calcul du salaire exigible du 14 novembre 2022 transmis à l'appui de sa réponse qui peut en l'état être confirmé du moment qu'il tient suffisamment compte de la situation personnelle de la recourante. En effet, on rappellera que le type d'activité visé par le tableau TA1_skills_level de l'ESS sont des activités généralement compatibles avec des limitations fonctionnelles légères (cf. TF 9C_303/2022 du 31 mai 2023 consid. 6.3 et les références citées ; 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3) et que seules les limitations fonctionnelles dépassant ce qui est compatible avec ces activités peuvent justifier un abattement supplémentaire. Or, en l'espèce, les limitations fonctionnelles retenues par les experts au niveau

rhumatologique sont relativement légères et aucune limitation n'a été retenue au niveau psychiatrique. En outre, il ne ressort pas des pièces au dossier d'autre élément susceptible d'influer négativement sur les perspectives salariales de la recourante pour les activités adaptées existantes qui ne requièrent pour le surplus pas de formation particulière.

Ainsi, la comparaison entre le montant sans invalidité (33'735 fr. 30) et le montant avec invalidité (28'244 fr. 11) donne un préjudice économique de 16,28 %.

bb) L'intimé a ensuite procédé à un nouveau calcul du taux d'invalidité dès le mois d'août 2017 pour prendre en compte les empêchements ménagers définis à la suite de l'enquête ménagère du 24 septembre 2019.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé a indexé le revenu indiqué par l'employeur à 2017 pour arriver à un montant de 34'149 fr. 75. Pour le revenu d'invalidité, il s'est fondé sur l'ESS 2016 indexé à 2017 (rubrique correspondant au total, tous secteurs confondus, pour une femme au niveau de compétence 1) pour une durée de travail de 41.7 heures avec un abattement de 5 % et a retenu un montant de 28'632 fr. 71, à savoir, après comparaison, un préjudice économique de 16,16 %.

cc) L'intimé a procédé à un nouveau calcul dès le 1^{er} janvier 2018 sur un horaire de 100 % pour tenir compte de la modification de l'art. 27^{bis} al. 3 let. a RAI. Il a ainsi retenu un montant de [30'520 fr. 60 x 2 indexé à 2018 =] 62'387 fr. 30 pour le revenu de valide. S'agissant du revenu d'invalidité, il s'est fondé sur l'ESS 2018 (rubrique correspondant au total, tous secteurs confondus, pour une femme au niveau de compétence 1) pour une durée de travail de 41.7 heures avec un abattement de 5 % et a retenu un montant de 51'947 fr. 15, à savoir, après comparaison, un préjudice économique de 16,73 %.

11. a) Pour la part consacrée à l'accomplissement des travaux habituels, une enquête effectuée au domicile de la personne assurée

constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. 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 128 V 93 ; TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3)

b) L'intimé a retenu l'existence d'empêchements dans la part consacrée à l'accomplissement des travaux habituels à hauteur de 15,50 % tels que définis dans l'enquête ménagère du 24 septembre 2019. La recourante a cependant contesté ce chiffre en alléguant que c'était un taux de 18 % qui devait être pris en compte sans toutefois critiquer l'enquête ménagère, qui peut d'ailleurs se voir reconnaître une pleine valeur probante, et en se limitant à présenter ses propres estimations de taux d'empêchements. A cet égard, on peine à comprendre les critiques de la recourante qui s'est bornée à alléguer qu'elle subissait « un empêchement dans la tenue du ménage de l'ordre de 30% dans l'alimentation (8.2) et l'entretien (8.3) correspondant au moins à la participation des membres de la famille (30%) et dans les emplettes (8.4) de 10% ». Or, il faut constater, d'une part, que la recourante s'est référée à la première évaluation économique du 8 novembre 2017 et non à la seconde du 24 septembre 2019 et, d'autre part, que l'absence d'aide des proches, notamment de son mari, a déjà été retenue dès l'été 2017. Ainsi, c'est à juste titre que l'intimé a tenu compte d'empêchements à hauteur de 15,50 %.

12. Il convient dès lors de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité globale de la recourante.

a) Pour la période avant le 1^{er} octobre 2015, le taux d'invalidité global s'élève à 55 % $[100 \% \times 0.55] + [0 \% \times 0.45]$, taux qui ouvre le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité, et non à une rente entière comme alléguée par la recourante, l'incapacité de 100 % devant être ramenée à une part active de 55 %. S'agissant de la naissance du droit à cette demi-rente, il faut observer, avec l'intimé, qu'en raison d'une demande déposée le 13 octobre 2014, le droit à la rente est né au plus tôt six mois après, à savoir au mois d'avril 2015 et non au 1^{er} janvier 2015 comme l'a soutenu la recourante sans toutefois motiver cette question, ni se référer à aucune norme contraire.

b) Pour la période du 1^{er} octobre 2015 au 31 juillet 2017, le taux d'invalidité global s'élève à 8,95 % $[16,28 \% \times 0.55] + [0 \% \times 0.45]$, taux insuffisant pour ouvrir un droit à une rente de l'assurance-invalidité. Ainsi, au vu de l'absence de droit, la demi-rente octroyée depuis le 1^{er} avril 2015, doit être supprimée, en application de l'art. 88a RAI, trois mois après le 1^{er} octobre 2015, à savoir au 31 décembre 2015.

c) Pour la période du 1^{er} août au 31 décembre 2017, le taux d'invalidité global s'élève à 15,86 % $[16,16 \% \times 0.55] + [15,50 \% \times 0.45]$, taux insuffisant pour ouvrir un droit à une rente de l'assurance-invalidité.

d) Pour la période dès le 1^{er} janvier 2018, le taux d'invalidité global s'élève à 16,18 % $[16,73 \% \times 0.55] + [15,50 \% \times 0.45]$, taux insuffisant pour ouvrir un droit à une rente de l'assurance-invalidité.

e) Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'OAI a octroyé à la recourante une demi-rente du 1^{er} avril au 31 décembre 2015.

13. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie recourante, vu le sort de ses conclusions.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 août 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de H._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Swiss Claims Network SA (pour H. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :