

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 mai 2024

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Pasche et M. Oulevey, juges
Greffière : Mme Jeanneret

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Procap,

et

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

**Art. 6, 7, 8, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28, 28a, 29 LAI ; 27, 27bis et
88a RAI**

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], séparée, mère d'un enfant né en [...], titulaire d'un CFC d'assistante dentaire obtenu en [...], a travaillé dès octobre 2014 auprès de G._____ en tant que [...] à temps partiel. Elle a par ailleurs effectué, dès juin 2008, des remplacements en tant que concierge d'immeuble pour une gérance, à raison de 4 semaines par an.

En arrêt de travail dès le 24 mai 2018, l'assurée a perçu des indemnités journalières de perte de gain en cas de maladie de S._____. Répondant le 28 août 2018 à un questionnaire de cette assurance, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale, a mentionné le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (code 33.2), et préconisé une prise en charge par l'assurance-invalidité avec la précision qu'il était trop tôt pour une réinsertion.

L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 15 octobre 2018. S'agissant de l'atteinte à la santé motivant sa démarche, elle a joint un courrier dans lequel elle exposait qu'elle avait subi un accident sur son lieu de travail le 2 mars 2018 (chute d'une hauteur de 2 mètres) entraînant des contusions, hématomes, douleurs multiples, migraines et acouphènes, qu'elle avait tenté de reprendre le travail mais avait dû arrêter après huit semaines très difficiles et que, depuis lors, elle ressentait une très intense fatigue psychique et physique, des douleurs multiples, une incapacité à s'occuper d'elle-même et de son enfant, de la tristesse, un repli sur soi, des difficultés relationnelles, des troubles du sommeil, une perte de cheveux. Elle ajoutait qu'elle était en outre atteinte de spondylarthrite ankylosante apparue à son accouchement, de multiples allergies alimentaires et croisées, des problèmes gastriques et qu'elle avait subi énormément de pressions au travail.

Un extrait du compte individuel AVS a été versé au dossier de l'assurée le 23 octobre 2018.

G._____ a résilié les rapports de travail avec l'assurée par courrier du 9 novembre 2018, pour le 31 janvier 2019. L'entreprise a par ailleurs répondu le 27 novembre 2018 au questionnaire de l'OAI pour l'employeur, notant en particulier que l'assurée travaillait en moyenne à un taux de 40 % et que son salaire horaire s'élevait à 26 fr., 13^e salaire compris, depuis avril 2016.

L'assurée a complété le formulaire de détermination du statut le 30 novembre 2018. Elle a indiqué que, sans atteinte à la santé, son taux d'activité serait de 80 à 90 %, dans une activité de proximité non statique, par nécessité financière, intérêt personnel et plaisir. Le pourcentage non-travaillé serait consacré à l'éducation de sa fille, le soutien familial et l'entretien du ménage.

Le 4 janvier 2019, mandaté par S._____, le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise psychiatrique, dans lequel il a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10). La capacité de travail était de 0 %, les limitations fonctionnelles étant la réduction de l'énergie (degré moyen), la diminution de la confiance en soi (marquée), la diminution de l'attitude penser (modérée) ainsi que le ralentissement idéomoteur (léger). Une amélioration de l'état de santé était cependant envisageable avec la poursuite du traitement entrepris, permettant une reprise de l'activité professionnelle habituelle à 100 % dès avril 2019.

Le 25 janvier 2019, S._____ a informé l'assurée qu'elle verserait les indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2019 et que ses prestations prendraient fin à cette date.

Répondant le 2 juillet 2019 à un questionnaire médical de l'OAI, la Dre J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a

indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis le 15 août 2018. Elle attestait d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 24 mai 2018 et posait les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1) depuis 1998, de personnalité dépendante (F60.7) depuis l'adolescence et de spondylarthrite indifférenciée avec atteinte axiale depuis 2010. Les limitations fonctionnelles étaient l'hypersensibilité aux relations interpersonnelles, la sensibilité au stress, des difficultés en situations inconnues, la fatigabilité et une faible estime de soi. La patiente présentait un potentiel de réadaptation à un taux de 80 %, dans une activité qui devrait être évaluée. La psychiatre a joint un bilan ergothérapeutique établi le 27 juin 2019 par K. _____, dont il ressort qu'une prise en charge était en cours depuis septembre 2018, à raison d'une séance hebdomadaire comprenant la participation à un groupe et un entretien individuel. Au jour du bilan, l'assurée allait mieux et bénéficiait mieux de l'ensemble des prestations de soins données. Elle avait acquis de meilleures compétences relationnelles et avait appris à mieux se connaître et à mieux gérer sa fragilité psychique. Des difficultés subsistaient, en particulier un état de santé fluctuant avec parfois une grande fatigue psychique, une grande variabilité des compétences en fonction de l'état de santé, de la fatigue, du stress ou du trouble de la personnalité, un rapport à soi et une dévalorisation restant dominants dans les situations relationnelles conflictuelles, notamment familiales, une humeur avec tendance dépressive actuellement stabilisée. Le suivi devait ainsi se poursuivre, mais la question de la réinsertion professionnelle dans un cadre sécurisant pouvait se poser, notamment par une mesure d'entraînement dans un centre de l'AI.

Le 17 juillet 2019, S. _____ a accepté de maintenir sa prise en charge dès le 1^{er} avril 2019, sur la base d'un rapport établi le 11 juin 2019 par le Dr T. _____. Ce médecin exposait que l'évolution favorable pronostiquée par le Dr R. _____ ne s'était pas réalisée. Le trouble dépressif moyen avait persisté et limitait encore la capacité de travail de la patiente, qui continuait à éprouver des troubles du sommeil, une difficulté à assumer ses tâches quotidiennes et qui avait toujours besoin

de l'aide de soignantes et de ses proches pour l'organisation de ses journées. En outre, l'intéressée était atteinte d'une spondylarthrite indifférenciée entraînant des douleurs articulaires des doigts, mains, poignets, coudes, épaules et chevilles. Les atteintes psychiatriques et somatiques justifiaient ainsi une incapacité de travail de 100 %.

Réinterrogée par S._____, la Dre J._____ a indiqué le 11 septembre 2019 que l'évolution de la patiente était « très lentement favorable avec une humeur qui s'av[érait] encore fluctuante par période accompagnée de façon épisodique de symptômes dépressifs ». L'incapacité de travail était toujours de 100 % et une reprise du travail n'était pas encore envisageable.

Répondant le 6 avril 2020 à des questions complémentaires de l'OAI, la Dre J._____ a indiqué que la patiente avait connu une péjoration progressive de son humeur de septembre 2019 à janvier 2020 (apragmatisme, accentuation des angoisses), motivant un ajustement de la médication. L'état physique douloureux s'était également accentué depuis quelques mois, entraînant de nouveaux examens médicaux par le médecin généraliste traitant. L'incapacité de travail restait à 100 % et la capacité de travail dans une activité adaptée se devait d'être évaluée dans un centre approprié.

Le Dr T._____ a rempli un questionnaire médical de l'OAI le 11 avril 2020. Attestant d'une incapacité de travail de 100 % du 2 au 18 mars 2018 et dès le 24 mai 2018, ce médecin a posé, au terme d'une anamnèse très détaillée, les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de trouble de l'humeur récurrent depuis 2004 avec épisode dépressif sévère dès mars 2018, de trouble anxieux, de spondylarthrite indifférenciée probable depuis 2019, de syndrome de l'intestin irritable depuis 1998 et de trouble du comportement alimentaire depuis 2004. Il a précisé que l'activité précédemment exercée n'était plus adaptée à la condition physique et aux troubles rhumatismaux de la patiente. Dans une activité adaptée, le pronostic dépendait essentiellement de l'évolution de l'affection psychiatrique. Il existait également un empêchement dans

l'accomplissement des tâches ménagères. Le Dr T. _____ a joint diverses pièces médicales relatives aux examens médicaux mis en œuvre dès 2010, dont en particulier un rapport établi le 12 février 2020 par la Dre W. _____, spécialiste en génétique médicale et en rhumatologie, posant les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques sur discopathies multi-étagées (séquelles de maladie de Scheuermann) et de spondylarthrite indifférenciée probable (premiers symptômes vers 2010 ; HLA-B27, HLA-B51 absents ; atteinte axiale, IRM [imagerie par résonance magnétique] avril 2018 : absence de sacro-iliite ; douleurs enthésitiques ; atteintes périphériques avec tuméfactions fluctuante des articulations métacarpo-phalangiennes [MPC] et interphalangienne proximale [IPP] ; MICI [maladie inflammatoire chronique de l'intestin] exclu, colonoscopie de 2019). En l'absence des synovites ou d'éléments pour une maladie inflammatoire active sur le plan biologique, il était proposé à la patiente de poursuivre une prise en charge centrée sur la physiothérapie et une antalgie simple (paracétamol, faible dose de Celebrex) avec tramadol en réserve. Un ultrason était en outre organisé pour de nouvelles douleurs à l'épaule droite.

Répondant le 25 mai 2020 à un questionnaire de l'OAI, la Dre W. _____ a attesté d'une incapacité de travail de 100 % dès mai 2018 et posé les diagnostics de dorsolombalgies chroniques sur discopathies multi-étagées, de spondylarthrite indifférenciée probable, d'omalgie droite sur enthésite deltoïde et bourse coracoïdienne, ainsi que de troubles dépressifs. Sur le plan somatique, les limitations fonctionnelles étaient la position debout ou assise prolongée, la marche prolongée, le port de charges lourdes, les mouvements en porte-à-faux, les mouvements répétitifs avec les mains et le travail au-dessus de la ligne horizontale. Le potentiel de réadaptation paraissait faible, avec un taux contractuel estimé inférieur à 50 % avec nécessité d'une alternance travail/congé et de considérer un rendement probablement diminué, à pondérer selon les comorbidités sur le plan psychiatrique. La Dre W. _____ a joint les rapports de consultation établis par le Service [...] du V. _____ depuis 2010.

La Dre L._____, spécialiste en gastroentérologie, a rempli un rapport médical de l'OAI le 29 septembre 2020 en signalant le diagnostic sans incidence sur la capacité de travail de troubles fonctionnels intestinaux et renvoyant pour le surplus aux rapports des rhumatologues concernant le diagnostic incapacitant de spondylarthrite ankylosante.

L'OAI a consulté son Service médical régional (SMR), lequel a rendu l'avis suivant le 8 décembre 2020 :

« En résumé, cette assurée est en IT [incapacité de travail] à 100 % depuis l'accident du 24.05.2018. Bien qu'il ne semble pas y avoir eu de suites traumatiques immédiates, cet événement [a entraîné] la décompensation d'une spondylarthrite connue depuis 2010 et restée calme jusque-là, sans traitement. L'assurée a développé des douleurs diffuses axiales et périphériques, ainsi qu'un épuisement évoluant vers des troubles de l'humeur avec état dépressif moyen à sévère. Une expertise psychiatrique du Dr R._____ réalisée pour l'[assureur perte de gains] en janvier 2019 laissait entrevoir la possibilité d'une reprise d'activité vers avril 2019. D'ailleurs la psychiatre traitante signalait une amélioration de l'état de santé en juillet 2019 mais qui a été de courte durée. En effet, l'état psychique s'est à nouveau péjoré depuis sept[embre] 2019 et ne s'est plus amélioré, malgré l'adaptation du traitement médicamenteux. Dans ce contexte, l'[assureur perte de gain] a continué à verser des [indemnités journalières] en plein. En avril 2020, aucune [capacité de travail] ne semblait envisageable sur le plan psychiatrique, selon des derniers [rapports médicaux] de la Dre J._____. Cette dernière rapportait toujours un impact majeur sur le fonctionnement de la vie quotidienne. Sur le plan rhumatologique, aux dernières nouvelles (mai 2020), l'introduction d'un traitement immuno-modulateur était en discussion. Il existe en parallèle de ces atteintes, des troubles d'allure fonctionnelle, notamment sur le plan digestif.

Au vu de ce qui précède, l'état n'est pas stabilisé et nous vous proposons de réactualiser les informations médicales auprès du service [...] du V._____, notamment afin de savoir si le traitement immunomodulateur a pu être introduit et avec quel résultat ([rapport médical] intermédiaire et copie des rapports de consultation postérieurs à mai 2020).

De notre côté, nous adressons un courrier avec des questions à la psychiatre Dr J._____ pour connaître l'évolution et voir si des [mesures de réadaptation] seraient envisageables. »

La Dre J._____ a répondu aux questions complémentaires du SMR le 11 février 2021. Elle a exposé en particulier qu'il n'y avait pas eu de recrudescence d'épisode dépressif marqué, mais que l'apragmatisme évoqué précédemment restait lourdement handicapant et que le trouble

de la personnalité dépendante entravait grandement le fonctionnement global de la patiente. Les rhumatologues n'avaient pas confirmé le diagnostic de syndrome douloureux, mais l'atténuation des douleurs physiques de la spondylarthrite avait probablement concouru, parmi d'autres éléments, à l'absence de recrudescence de symptômes dépressifs bruyants depuis l'été 2020. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail retenus étaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00), un trouble de la personnalité dépendante (F60.7), avec négligence affective durant l'enfance (Z62.4), une spondylarthrite ankylosante indifférenciée avec atteinte axiale, un syndrome de l'intestin irritable et une importante prise de poids. La Dre J. _____ a par ailleurs répondu en particulier comme suit :

« (...)

5. Quelles sont les plaintes subjectives actuelles et quelles sont vos constatations objectives (éléments du status psychiatrique) ?

La patiente se plaint d'un manque d'élan vital. On relève également des préoccupations somatiques diverses et récurrentes avec comme effet un ralentissement psychomoteur global, une très grande difficulté à se mobiliser physiquement et psychiquement. Madame se plaint également des tâches quotidiennes à effectuer tant sur le plan de la tenue du ménage, que dans le fait de s'occuper des repas et également sur le plan du suivi administratif. Tous ces aspects sont perçus comme d'énormes charges pour la patiente et confirmés comme gérés avec difficultés par les différentes intervenantes du réseau de soins. La patiente montre également une certaine méfiance récurrente face à l'un ou l'autre des partenaires de soins et dans ce sens on observe effectivement des difficultés relationnelles empreintes de méfiance à bas bruit et d'un manque de confiance et d'estime de soi majeure.

6. Merci de fournir une description précise et détaillée des limitations fonctionnelles en lien avec les atteintes incapacitantes retenues.

Dans les activités quotidiennes Madame a besoin d'accompagnement majeur dans tous les domaines de sa vie. Elle bénéficie d'une aide au ménage par le CMS 1x/semaine. La préparation des repas pour sa fille et elle-même représente une charge majeure. Elle a beaucoup de difficulté à tenir à jour l'administratif de la maison se trouvant réellement dans une situation financière précarisée, mais aussi par son incapacité à se tenir à jour. Les relations interpersonnelles sont inquiétantes pour Madame et donc la vie sociale est très restreinte hormis les liens réguliers avec les membres de sa famille. Les déplacements hors

de la maison sont limités Madame se sentant souvent en insécurité dans ces conditions. Dans le cadre de l'activité régulière en ergothérapie, Madame K. _____ a relevé un ralentissement psychomoteur, de la désorganisation dans la réalisation des tâches, des difficultés de planification des activités et des troubles cognitifs, précisément des troubles de la mémoire et de la concentration (cf. rapport joint).

7. Merci de décrire, dans la mesure du possible, le déroulement d'une journée type de votre patiente ?

Le matin Madame s'efforce d'être réveillée pour dire au revoir à sa fille qui part à l'école. Ensuite Madame décrit qu'il lui faut du temps pour être active physiquement et psychologiquement. Ensuite dans l'ensemble elle a en moyenne 2 rendez-vous « médicaux par jour » soit : Infirmière à domicile 2x/semaines, CMS pour l'aide au ménage 1x/semaine, physiothérapie 1x/semaine, ergothérapie 2x/semaine, séances d'hypnose 2x/ mois), acupuncture 1x/ mois, consultation chez le généraliste 1 x/mois pour prise de sang, 1x/semaine courses auprès d'une association d'aide vu les limites financières. Depuis récemment s'astreint à un exercice quotidien de vélo d'appartement. En fin de journée la préparation du repas du soir est décrite comme une « contrainte ». Le sommeil est décrit comme actuellement beaucoup moins difficile que durant les dernières années.

8. Indiquer quelle est la répercussion de l'atteinte/des atteintes à la santé invoquées dans les domaines courants de la vie (ménage, loisirs et activités sociales).

En difficulté pour faire son ménage. Pas de loisirs car mauvaise estime d'elle-même, peu d'envies, de courage et d'intérêt et une certaine appréhension générale face au monde extérieur, donc vie sociale inexistante à part les liens familiaux (sa fille, ses parents, sa tante, sa soeur et son ex-mari) qui sont des liens en vase clos à la fois soutenant mais également régulièrement blessants car dénigrants.

9. Merci de détailler les ressources disponibles ou mobilisables sur lesquelles votre patiente peut compter (soutien par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, etc.) ?

Pour la patiente les ressources sont l'environnement familial qui toutefois peut régulièrement se montrer dénigrant comme déjà évoqué. Madame compte également sur le réseau de soins. Sinon la sphère relationnelle est particulièrement restreinte.

10. D'un point de vue strictement psychiatrique quelle a été l'évolution de l'[incapacité de travail] depuis votre dernier rapport ?

Depuis le dernier rapport l'évolution de l'[incapacité de travail] est très moyenne sur le plan psychiatrique dans le sens où malgré l'atténuation de fluctuations du trouble de l'humeur le dysfonctionnement consécutif au trouble de la personnalité s'avère grave et ne permet pas une bonne mobilisation psychique chez Madame. Le bilan actuel nous amène à faire le constat

qu'une activité à temps très partiel en atelier protégé serait souhaitable et peut-être envisageable comme projet d'avenir.

11. Comment la capacité de travail a-t-elle évolué depuis votre dernier rapport/ depuis le début de l'[incapacité de travail] ? (exprimé en pourcent sur un 100 % ou en nombre d'heures par jour), respectivement :

a. Dans l'activité habituelle

La capacité de travail reste nulle dans l'activité habituelle du fait de l'atteinte physique.

b. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles

Tout au plus une activité à temps partiel dans un environnement protégé serait envisageable.

c. Dans la sphère ménagère

A l'heure actuelle et pour les prochains mois Madame a besoin du soutien du CMS pour assurer l'activité ménagère.

12. Au cas où la capacité de travail n'était actuellement pas encore constituée mais était susceptible de s'améliorer à court ou moyen terme votre patiente est-elle capable de participer à un programme de réentraînement au travail, initialement sans exigence de rendement (au début : 2 heures par jour, 4 jours par semaine, à augmenter progressivement) ?

Le bilan actuel après les années antérieures de prise en charge parle en défaveur d'un programme de réentraînement au travail pour toutes les observations rapportées ci-dessus.

a. Peut-on raisonnablement attendre d'un tel programme une amélioration de la capacité de travail ?

A notre avis la question n'est pas de mise.

b. Quelles conditions/caractéristiques l'activité devrait-elle remplir ?

La question tombe.

13. L'état est-il stabilisé ? Sinon pourquoi et quel est le pronostic ?

On peut considérer l'état actuellement stable mais avec le constat d'un fonctionnement psychosocial lourdement limité après plusieurs années d'observation et de prise en charge médicale. Le pronostic n'est pas favorable sur la question d'une amélioration future du fonctionnement.

(...) »

La psychiatre a joint un bilan ergothérapeutique établi le 11 février 2021 par K._____, faisant état d'une amélioration globale de la situation chez une patiente restant vraiment fragile et instable. Des difficultés subsistaient, notamment un état de santé fluctuant et avec parfois une grande fatigue psychique, par la persistance d'une grande

variabilité des compétences en fonction de l'état de santé, de la fatigue, du stress ou du trouble de la personnalité, ainsi qu'un rapport à soi. L'ergothérapeute doutait de la possibilité actuelle d'une réinsertion professionnelle, même dans un cadre sécurisant. Un travail occupationnel en atelier protégé paraissait plus adapté, toute autre mesure étant susceptible de fragiliser une situation très précaire.

Le Dr C._____, spécialiste en rhumatologie au Service [...] du V._____, a répondu le 15 février 2021 aux questions du SMR. Il a relaté que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était favorable depuis l'introduction d'un nouveau médicament, la patiente décrivant une diminution importante de la symptomatologie lors de la dernière consultation, en décembre 2020, au cours de laquelle le dosage avait été augmenté. En conséquence, sur le plan strictement rhumatologique, la patiente présentait à nouveau une capacité de travail résiduelle d'environ 30 %, qui pourrait être précisée dans un stage d'observation. Les études montraient que la poursuite du traitement mis en place pouvait amener une amélioration supplémentaire des douleurs et donc secondairement de la capacité de travail. En l'état, les limitations fonctionnelles restaient un encouragement aux activités avec alternance assis et debout toutes les 30 minutes environ, le port de charges de plus de 5 kg et les mouvements en porte-à-faux ainsi que la marche prolongée ou sur terrain inégal. Le rhumatologue a joint ses rapports de consultation des 29 septembre 2020 et 4 février 2021.

Consulté à nouveau, le SMR a conclu le 1^{er} mars 2021 qu'il ne pouvait adhérer à l'avis de la psychiatre traitante et a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il a relevé que l'origine du handicap allégué dans le fonctionnement quotidien paraissait difficile à comprendre alors que le tableau douloureux était en nette amélioration, que le symptôme dépressif était en régression, que l'assurée avait toujours pu travailler jusqu'à son accident de 2018 et que le Dr R._____ n'avait pas retenu de trouble de la personnalité dépendante.

L'OAI a mandaté le centre d'expertises M._____ et les Drs P._____, spécialiste en médecine interne, N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F._____, spécialiste en rhumatologie, ont été désignés pour procéder à l'expertise. L'assurée a rencontré les experts successivement les 17 et 29 juin 2021 et ceux-ci ont déposé leur rapport d'expertise pluridisciplinaire le 30 août 2021. Ce rapport est composé d'une évaluation consensuelle (Expertise pluridisciplinaire, pp. 1 à 5), suivie des rapports d'expertise psychiatrique (Annexe 1, pp. 6 à 13), de médecine interne générale (Annexe 2, pp. 14 à 21) et rhumatologique (Annexe 3, pp. 22 à 29), ainsi que d'une synthèse du dossier (Annexe 4, pp. 30 à 39). Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu les diagnostics de spondylarthropathie HBLA B27 négatif avec trochantérite droit et douleur du talon gauche (M 45), de tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale (M75.1), de probable syndrome du canal carpien, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01) et d'obésité exogène. Ils ont par ailleurs constaté ce qui suit :

« 4.3 Constatations/diagnostics d'éléments ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles

Limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique : pas d'effort de soulèvement de plus de 5 kg à partir du sol, pas de porte-à-faux du buste, port de charge proche du corps limité à 5 kg. Pas de marche sur terrain irrégulier et pas de marche prolongée. Changement de position régulier.

Limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique : impulsivité.

4.4 Évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence

La personnalité a une incidence plutôt dans les relations interpersonnelles que dans l'activité professionnelle.

4.5 Évaluation des ressources et des facteurs de surcharge

Madame X._____ est francophone. Elle a le permis de conduire et elle conduit. Elle est séparée de son mari, mais a une bonne entente avec lui. Elle a une fille de 13 ans. Elle est entourée par sa famille, surtout sa mère et sa tante. Elle reçoit de l'aide du CMS pour le ménage. Elle suit plusieurs thérapies psychologiques. Elle est autonome dans les gestes de la vie quotidienne. Elle semble avoir assez de ressources intérieures et extérieures pour s'améliorer.

Madame X. _____ est donc capable de s'adapter à des règles et à des routines, de planifier et structurer ses tâches. Elle possède de la flexibilité et la capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances. Elle est apte à prendre des décisions, possède du discernement, est capable d'initiatives et d'activités spontanées. Elle peut s'affirmer, tenir une conversation, établir le contact avec des tiers. Elle est apte à vivre en groupe, à lier d'étroites relations, à prendre soin d'elle-même et à subvenir à ses besoins. Elle dispose de mobilité et peut se déplacer. En revanche, sa capacité de résistance et d'endurance est diminuée à cause de la fatigue et de la douleur alléguées.

4.6 Contrôle de cohérence

Pour les experts rhumatologue et médecine interne, les plaintes sont cohérentes et plausibles. En revanche, pour l'expert psychiatre les plaintes ne sont ni cohérentes ni plausibles, car non observées pendant l'entretien.

4.7 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

0 %, d'ordre rhumatologique sur un taux horaire de 100 %, comme releveuse de compteurs, depuis mai 2018.

4.8 Capacité de travail dans une activité adaptée

0 % d'ordre rhumatologique dès mai 2018 jusqu'au 15.02.2021, puis 30 %. Depuis la date de l'entretien, capacité à 50 %.

4.9 Motivation de l'incapacité de travail globale et de la capacité de travail globale (les incapacités de travail partielles s'additionnent-elles totalement, en partie ou pas du tout)

L'incapacité de travail est motivée par les limitations fonctionnelles d'ordre rhumatologique.

4.10 Mesures médicales et thérapies ayant une incidence sur la capacité de travail

L'expert rhumatologue propose la poursuite du traitement actuel, physiothérapie régulière, incitation à une activité physique régulière. »

Le SMR a pris connaissance de cette expertise et établi un rapport le 9 septembre 2021, concluant comme suit :

« Appréciation

L'expertise est convaincante. Les diagnostics retenus correspondent à ceux retrouvés au dossier. Sur le plan psychiatrique, l'épisode dépressif léger (également retenu par la psychiatre traitante) ne permet pas de retenir des [limitations fonctionnelles] incapacitantes alors que le fonctionnement de l'assurée reste globalement préservé dans les activités pour autant qu'elles soient adaptées aux [limitations fonctionnelles] rhumatologique. Les plaintes psychiatriques et l'[incapacité de travail] alléguée par la psychiatre traitante ne sont pas cohérente avec le tableau psychiatrique constaté. Une diminution de la [capacité de travail] de 50 % est admissible pour motif rhumatologique en raison de la capacité de résistance et d'endurance diminuée à cause de la fatigue et de la douleur alléguée en lien avec la Spondylarthropathie. Un trouble de la personnalité constitué est écarté en l'absence de critères diagnostiques remplis. Les deux expertises psychiatriques au dossier convergent sur ce point.

Par rapport à la date de récupération d'une [capacité de travail] de 30 %, l'expertise retient le 15.02.2021 qui correspond à la date du [rapport médical] du V._____. Toutefois, ce [rapport médical] est fondé sur une consultation du 15.12.2020 lors de laquelle l'amélioration rhumatologique, à la faveur du traitement de Cosantyx était constatée. Par conséquent nous fixerons la date de récupération d'une [capacité de travail] de 30 % au 15.12.2020.

Pour le reste, les conclusions de l'expertise peuvent être suivies. »

Le 24 septembre 2021, l'OAI a établi un rapport final comprenant un résumé des mesures mises en place et un calcul du préjudice économique, avec la précision que le statut mixte devait encore être confirmé. Pour la part active, le taux d'empêchement (sur 100 %) s'élevait à 70.52 % en 2020, respectivement 50.87 % en 2021. Le calcul se fondait, pour le revenu sans invalidité, sur le salaire versé par l'ancien employeur en 2018, calculé sur un taux d'activité de 100 % et indexé à 2020 et 2021. Le revenu avec invalidité était par ailleurs fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018, niveau 1, indexé à 2020 et 2021.

Le 5 novembre 2021, l'assurée a produit un rapport de consultation établi le 18 octobre 2021 par le Service [...] du V._____, posant les diagnostics de lipoedème de type III et stade 1 et de maladie

veineuse chronique de stade C2s aux deux membres inférieurs, un courrier d'information sur le lipoedème que ce service lui adressé le 26 octobre 2021, ainsi qu'un rapport d'IRM de la cheville gauche du 19 octobre 2021 concluant à une rupture complète du ligament talo-fibulaire antérieur, une déchirure partielle du ligament deltoïde, une tendinose et une déchirure partielle de l'aponévrose plantaire accompagnée de remaniements inflammatoire, et un épanchement tibio-astragalien.

L'OAI a soumis ces nouvelles pièces médicales au SMR, lequel a indiqué lors de sa permanence du 26 novembre 2021, d'une part, que le lipoedème était déjà connu et décrit clairement dans l'expertise et, d'autre part, que les conclusions de l'IRM ne suffisaient pas à modifier ses conclusions dès lors qu'une entorse de la cheville sans complication n'engendre en général qu'une incapacité de travail momentanée de courte durée.

Une évaluation économique sur le ménage a été mise en œuvre par l'OAI. Celle-ci a eu lieu le 24 février 2022 au domicile de l'assurée. Dans son rapport déposé le 15 mars 2022, après analyse de la situation économique et familiale de l'assurée, l'évaluatrice a confirmé un statut mixte avec une part active de 80 % et une part ménagère de 20 %. S'agissant des travaux ménagers, elle a attribué 40 % au poste alimentation, 20 % au poste entretien de l'appartement ou de la maison, 8 % pour les achats et courses diverses, 15 % au poste lessive et entretien des vêtements, 10 % pour les soins aux enfants et aux proches, et enfin 7 % pour les soins du jardin et de l'extérieur de la maison et garde des animaux domestiques, chaque poste étant ensuite divisé en sous-catégories. Au terme de son analyse et après avoir consulté le SMR afin de vérifier si certaines difficultés relatées par l'assurée dans l'éducation de sa fille pouvaient être en lien avec les limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique, l'évaluatrice a retenu un empêchement global de 33.1 % (sur 100 %) dans la part ménagère.

L'OAI a rendu un projet de décision le 21 mars 2022, prévoyant l'octroi à l'assurée d'une rente d'invalidité entière du 1^{er} mai

2019 au 31 mars 2021, de trois-quarts de rente du 1^{er} avril 2021 au 30 septembre 2021, puis d'un quart de rente dès le 1^{er} octobre 2021. A l'issue du délai de carence d'une année, le degré d'invalidité était de 87 % (arrondi), en raison d'un empêchement de 6.62 % pour la part ménagère (31 % de 20 %) et un empêchement de 80 % dans la part active (100 % de 80 %). Une amélioration de l'état de santé survenue le 15 décembre 2020 avait entraîné une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Reprenant les montants déterminés dans son calcul du 24 septembre 2021, l'OAI a constaté que la comparaison des revenus montrait un taux d'empêchement de 70.52 % dans la part active, soit un degré d'invalidité dans la part active de 56.42 % (70.52 % de 80 %), portant le degré d'invalidité à 63 % (arrondi). Une augmentation de la capacité de travail dans l'activité adaptée à 50 % dès le 17 juin 2021 a amené une nouvelle diminution de l'empêchement dans la part active à 50.8 %, soit un degré d'invalidité dans la part active de 40.70 % (50.8 % de 80 %), de sorte que le degré d'invalidité est passé à 47 % (arrondi). Dans un courrier séparé du même jour, l'OAI a octroyé une aide au placement à l'assurée.

L'assurée s'est opposée à ce projet par courrier du 12 avril 2022, en faisant valoir qu'il n'avait pas été tenu compte de son atteinte à la santé psychique. Elle a complété son opposition le 15 juin 2022. Relevant certaines inexactitudes dans l'anamnèse et critiquant les conclusions du Dr N._____, elle a sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique. Elle a par ailleurs fait valoir que les diminutions successives du droit à la rente dès avril 2021 ne correspondaient à aucune amélioration de sa situation, que la capacité de travail fixée ne tenait pas compte du fait qu'elle avait en moyenne deux rendez-vous médicaux par jour, chaque jour de la semaine, alors que les experts préconisaient la poursuite de ses traitements. Il n'était en outre pas tenu compte de la nécessité d'une réinsertion progressive au travail après plusieurs années sans activité professionnelle.

Le 7 juillet 2022, dans une prise de position faisant partie intégrante de la décision à venir, l'OAI a répondu point par point aux griefs

de l'assurée. Il a ainsi rejeté la réquisition de l'intéressée tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique et constaté qu'elle n'avait pas apporté d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé du projet de décision, lequel était par conséquent entièrement confirmé.

Par décision du 29 septembre 2022 reprenant la motivation de son projet du 21 mars 2022, l'OAI a fixé le montant du quart de rente d'invalidité et de la rente pour enfant valables à compter du 1^{er} octobre 2022.

B. Désormais représentée par Procap, X. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 31 octobre 2022, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente supérieure à un quart de rente, subsidiairement à l'annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle contestait intégralement les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 30 août 2021, en particulier le volet psychiatrique, au motif qu'il n'était pas tenu suffisamment compte de son atteinte psychiatrique et de ses ressources très diminuées, alors que les rapports de ses thérapeutes contredisaient les conclusions des experts relatives à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. La recourante estimait par ailleurs qu'un abattement de 10 % au moins devait être réalisé sur le revenu statistique d'invalidé, pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, de la capacité de résistance attestée par l'expert psychiatre et du taux d'activité réduit.

Dans sa réponse du 3 janvier 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de sa décision. Celle-ci se fondait sur les conclusions d'une expertise pluridisciplinaire dont la valeur probante avait été confirmée par le SMR. S'agissant de l'abattement de 10 % sur le revenu avec invalidité fondé sur les statistiques, il n'était pas justifié dès lors que les limitations fonctionnelles avaient été prises en compte dans la diminution de la capacité de travail.

La recourante a répliqué le 23 mars 2023, confirmant intégralement ses conclusions et sollicitant la mise en œuvre d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire ou, à tout le moins, psychiatrique. Elle a repris et complété certaines de ses critiques sur l'expertise du Dr N._____, à laquelle elle opposait les rapports médicaux de ses médecins traitants, en particulier ceux de la Dre J._____ du 11 février 2021 et le bilan ergothérapeutique du 11 février 2021. Elle a par ailleurs produit les pièces suivantes :

- Des attestations d'incapacité de travail établies en septembre et octobre 2008 par un médecin de la [...].
- Un rapport d'examen par lymphofluoroscopie établi le 20 septembre 2022 par le Service [...] du V._____, excluant actuellement une insuffisance vasculaire lymphatique superficielle des membres inférieurs dans le contexte du lipoedème.
- Un rapport de consultation du 1^{er} novembre 2022 émanant du même Service, dont il ressort, s'agissant du lipoedème, que la patiente suivait un traitement conservateur mais qu'elle rapportait une difficulté globale dans sa vie de tous les jours et une persistance des douleurs, en particulier nocturnes, de sorte que la possibilité d'une intervention de lipoaspiration serait évaluée. Concernant la maladie veineuse aux membres inférieurs, la poursuite du traitement conservateur était nécessaire, de même qu'une perte pondérale.
- Une attestation rédigée le 28 octobre 2022 par l'infirmière en santé mentale qui suit la recourante depuis octobre 2018. Le suivi avait une visée de structuration, contenance et soutien, et avait évolué avec la symptomatologie. En 2018, l'infirmière se rendait au domicile de sa patiente deux fois par semaine. Actuellement, la patiente avait un à deux entretiens par mois au cabinet. Elle avait pu reprendre une certaine autonomie mais rencontrait encore de

grandes difficultés notamment dans la gestion émotionnelle, la gestion des relations interpersonnelles et la gestion administrative, avec des limitations cognitives et physiques importantes.

- Un certificat d'arrêt de travail à 100 % du 1^{er} juin 2020 au 30 avril 2023, établi le 13 janvier 2023 par le Dr T._____.

Dupliquant le 24 avril 2023, l'intimé a maintenu sa position en se fondant sur un avis du SMR du 31 mars 2023, joint à son écriture, concluant comme suit :

« Appréciation

Pour ce qui est du lipoedème et du status variqueux des membres inférieurs, ces affections sont clairement décrites et prises en compte dans le volet de médecine interne de l'expertise du M._____ de 2021. L'expert constate la présence de lipoedèmes sévères aux membres inférieurs avec un status variqueux, traités par des drainages lymphatiques et la mise en place d'un legging de contention au niveau des deux jambes, jusqu'à la taille, avec projet de cure de varices en octobre 2021, s/p liposuction des deux jambes il y a plusieurs années. L'expert confirme sans ambiguïté que ces atteintes ne déterminent pas de handicap et sont sans répercussions sur la [capacité de travail]. Les rapports du service d'angiologie documentent une situation connue. Ils n'apportent donc aucune information nouvelle ou qui aurait été ignorée. La dernière consultation de 2022 montre que l'état est stationnaire et permet d'exclure une aggravation depuis 2021.

Sur le plan psychiatrique, en page 8, sous Antécédents psychiatriques, l'expert écrit : « Aucun à sa connaissance ». Il faut comprendre qu'il fait référence aux antécédents familiaux et non pas ceux de l'assurée. Concernant, les antécédents personnels, l'expert a bien pris note que l'assurée ... *été suivie par deux psychiatres occasionnellement [dans le passé], et d'une manière un peu plus régulière depuis août 2018. En page 11, il note la notion d'un premier épisode dépressif en 1998 ou 99 dans le contexte de la surcharge de travail auprès du cabinet dentaire, [l'assurée] aurait été suivie par un psychiatre et aurait pris des médicaments antidépresseurs. Le deuxième épisode est survenu en 2008 dans les suites de la naissance de son enfant, ... Elle a été suivie par un psychiatre à Montreux pendant 1½ année. Troisième épisode dépressif après la séparation avec son mari en janvier 2017 et quatrième épisode dépressif après la chute de mars 2018.*

Nous prenons note des attestations d'[arrêt de travail] de la [...] pour un [arrêt de travail] de 15 jours en sept 2008 soit vraisemblablement à la fin du congé maternité. Ces documents n'apportent pas d'information médicale clinique et confirment les éléments anamnestiques notés dans l'expertise. Ils n'apportent aucune information nouvelle ou de nature à modifier l'appréciation

médicale fondée sur l'examen psychiatrique au M._____. Par ailleurs, l'amélioration psychiatrique ressort indirectement des rapports du service d'angiologie par la mention d'un *Trouble de l'humeur récurrent avec épisode dépressif sévère dès mars 2018 en rémission partielle sous traitement* au chapitre des *diagnostics secondaires et comorbidités*.

Au final, les documents transmis dans le cadre du recours documentent une situation connue et n'apportent aucun élément de nature à modifier les conclusions SMR fondées sur celles de l'expertise du M._____. Pour le surplus, ces documents ne permettent pas de suspecter une aggravation de l'état de santé postérieure à l'expertise tant du point de vue somatique que psychiatrique. Les conclusions du 09.09.2021 restent parfaitement d'actualité. »

La recourante s'est encore déterminée le 25 mai 2023, en soulevant le grief de violation du droit d'être entendue, dans la mesure où il n'était pas possible de savoir pour quels motifs le SMR concluait à l'absence de changement dans son état somatique et psychiatrique depuis l'évaluation de M._____.

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. a) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des

décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si la partie recourante ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85^{bis} RAI). Toutefois, même si la personne assurée ne recourt que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure.

b) En l'occurrence, la décision objet du recours fixait le montant du quart de rente d'invalidité et de la rente pour enfant valables à compter du 1^{er} octobre 2022, tandis que la motivation faisait état du droit à une rente d'invalidité échelonnée à compter du 1^{er} mai 2019. Il s'agit par conséquent d'un premier prononcé, rendu à l'issue de la procédure de préavis afin de fixer le droit aux prestations pour la période courante, qui devait être suivi d'un autre prononcé calculant les prestations dues à titre rétroactif. Cela étant, en contestant cette décision,

la recourante était fondée à prendre des conclusions portant sur la période antérieure au 1^{er} octobre 2022.

A cet égard, bien que ses conclusions ne soient pas particulièrement précises, on comprend qu'elle conteste la réduction de la rente entière octroyée dès le 1^{er} mai 2019. Ainsi, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} avril 2021.

3. 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.

Tel est le cas de la recourante, qui s'est vu reconnaître le droit à une rente d'invalidité échelonnée à compter du 1^{er} mai 2019, date qui n'est pas remise en cause par l'intéressée.

4. Dans sa dernière écriture, la recourante s'est plainte d'une violation de son droit d'être entendu, motivée par le fait que le SMR n'aurait pas suffisamment motivé son avis du 31 mars 2023.

Le grief de violation du droit d'être entendu doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143

IV 380 consid. 1.4.1). On ne discerne toutefois pas la violation du droit d'être entendu alléguée par la recourante à l'appui de sa conclusion en annulation de la décision litigieuse. En effet, l'avis médical concerné a été rendu postérieurement à la décision attaquée.

Pour le surplus, il convient de relever que, s'agissant d'un moyen de preuve déposé par l'intimé à l'appui de sa duplique, la recourante en a obtenu une copie et a pu se déterminer sur ce point auprès de la Cour de céans, conformément aux règles de procédures. Ces règles s'inspirent de la jurisprudence relative au principe énoncé à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), reconnaissant en particulier le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2). Il convient par ailleurs de relever que la Cour de céans dispose d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Le grief de violation du droit d'être entendu doit ainsi être rejeté, étant relevé que l'argumentation soulevée sera examinée avec le fond du litige en tant qu'elle remet en cause la valeur probante de l'avis médical du SMR.

5. 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) 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).

c) 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 de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

d) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes : la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]), la méthode spécifique (art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en

vigueur au 31 décembre 2021]) et la méthode mixte (art. 28a al. 3 LAI et 27^{bis} al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

aa) Avec la méthode ordinaire, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité).

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]).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 et 3 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c).

e) 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).

f) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre

(art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

6. 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) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou

comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

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

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, 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 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

d) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) 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 140 V 543 consid. 3.2.1 ; 130 V 61 consid. 6 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1).

7. a) En l'espèce, l'intimé a procédé à l'évaluation de l'invalidité de l'assurée selon la méthode mixte, avec une part active de 80 % et une part ménagère de 20 %. Le recours à cette méthode n'est pas contesté par la recourante. Par ailleurs, la répartition entre parts active et ménagère tient compte des déclarations faites par l'intéressée dans le formulaire de détermination du statut complété par celle-ci le 30 novembre 2018, après évaluation au cours de l'enquête ménagère mise en œuvre par l'intimé en février 2022. Ces éléments peuvent ainsi être confirmés.

S'agissant de la part ménagère, l'enquête ménagère a conclu à un empêchement global de 33.1 % (sur 100 %). La recourante n'a émis aucun grief à l'encontre de cette enquête, laquelle présente l'ensemble des réquisits de la jurisprudence en la matière et jouit dès lors d'une pleine valeur probante. Dans la motivation de sa décision, l'intimé a indiqué que l'empêchement dans la part ménagère était de 31.1 % (sur 100 %). Il s'agit cependant d'une erreur de plume sans conséquence sur le calcul, dès lors que le taux d'empêchement dans la part ménagère s'élève effectivement à 6.62 % (20 % de 33.1). Cet élément du calcul peut ainsi être validé.

En revanche, la recourante critique le taux d'empêchement retenu pour la part active, principalement en lien avec la capacité de travail dans une activité adaptée retenue par l'intimé.

b) Il est constant que la recourante présente une capacité de travail durablement nulle dans l'activité habituelle, en raison des atteintes physiques dont elle souffre. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'intimé a retenu que l'incapacité de travail était totale jusqu'au 15 décembre 2020, date à laquelle une amélioration de l'état de santé avait entraîné une capacité de travail de 30 % puis de 50 % dès le 17 juin 2021.

L'intimé s'est fondé sur les conclusions du SMR du 9 septembre 2021, lequel déclarait convaincant le rapport d'expertise pluridisciplinaire déposé le 30 août 2021 par M. _____ tout en apportant une précision sur la date de récupération d'une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée.

Pour poser leurs conclusions, les experts de M. _____ ont eu accès à l'ensemble des pièces versées au dossier de la cause (cf. synthèse du dossier, annexe 4 du rapport d'expertise), parmi lesquelles figuraient en particulier les rapports des médecins traitants et des autres spécialistes qui ont examiné la recourante depuis 2010. Les experts ont chacun examiné l'intéressée et établi un rapport portant sur leur spécialité respective (annexes 1 à 3 du rapport d'expertise). Les trois rapports comprennent, d'une part, le compte-rendu de l'entretien de l'expert avec la recourante, incluant ses déclarations spontanées, des anamnèses familiale, sociale, scolaire et professionnelle, les antécédents médicaux ainsi qu'une description de sa journée-type (ch. 3 des expertises spécialisées) et, d'autre part, les observations (ch. 4 des expertises spécialisées), les diagnostics (ch. 6 des expertises spécialisées), une évaluation médicale et médico-assurantielle (ch. 7 des expertises spécialisées) et les réponses motivées de l'expert aux questions soumises par l'intimé (ch. 8 des expertises spécialisées). L'évaluation consensuelle propose une synthèse étayée de la situation médicale de la recourante

établie après une conférence consensuelle en présence de tous les experts concernés, qui s'est tenue le 29 juin 2021 (cf. ch. 5 de l'évaluation consensuelle). Cette expertise remplit ainsi l'ensemble des critères fixés par la jurisprudence en la matière pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

c) Dans sa réplique, la recourante a relevé que les diagnostics de lipoedème de type III, stade I, et de maladie veineuse chronique de stade C2s aux membres inférieurs n'avaient pas été mentionnés dans l'évaluation consensuelle. Se fondant sur les rapports médicaux des 18 octobre 2021, 20 septembre et 1^{er} novembre 2022, elle a fait valoir que ces deux problématiques créaient des douleurs invalidantes. Or, dans son rapport spécialisé, l'expert en médecine interne a posé, notamment, les diagnostics de lipoedèmes sévères aux membres inférieurs avec un status variqueux et de status après liposuccion des deux jambes. Il a exposé qu'aucun des diagnostics relevant de sa spécialité n'était incapacitant ni ne créait de limitation ou de handicap. Il a ainsi conclu à une capacité de travail de 100 % dans toute activité. Il n'y a ainsi pas de lacune dans l'évaluation consensuelle à cet égard.

Certes, il ressort des rapports des 18 octobre 2021 et 1^{er} novembre 2022 que la recourante a fait part aux médecins du Service [...] de douleurs dans les membres inférieurs qu'elle mettait en lien avec cette problématique. Il apparaît cependant que la recourante n'a pas mentionné de douleurs dans les membres inférieurs au cours de son entretien avec l'expert en médecine interne qui a eu lieu le 17 juin 2021. Il n'en demeure pas moins que les médecins traitants du Service [...] n'ont pas fait état de limitations fonctionnelles. Au contraire, ils ont préconisé le maintien d'une activité physique régulière, notamment par la participation à un groupe de sport organisé par le V._____. Il ressort en effet de la lettre d'information sur le lipoedème établie par ledit service, que la pratique d'un sport permet de contribuer au soulagement des douleurs en permettant une meilleure irrigation des tissus touchés. La recourante s'est en outre vu prescrire des bas de contention et des séances de drainage en tant que traitement conservateur. En conséquence, elle n'a pas rendu

vraisemblable que l'expert de médecine interne n'aurait pas dûment tenu compte du lipœdème et de la maladie veineuse dont elle souffre, respectivement des répercussions de celles-ci sur sa capacité de travail. Du reste, les limitations fonctionnelles reconnues dans l'évaluation consensuelle sur la base des troubles d'ordre rhumatologique incluent, en particulier, la marche sur terrain irrégulier, la marche prolongée et le changement de position régulier, ce qui paraît compatible avec les douleurs aux membres inférieurs mentionnées par la recourante.

d) Pour sa part, l'expert en rhumatologie a posé les diagnostics de spondylarthropathie HBLA B27 négatif avec trochantérite droit et douleur du talon gauche (M 45), de tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale (M75.1) et de probable syndrome du canal carpien. Il a relevé que la recourante avait bien réagi depuis l'introduction d'une médication spécifique et que la symptomatologie s'était dès lors améliorée. Si l'activité habituelle restait inadaptée, la capacité de travail dans une activité adaptée s'était améliorée progressivement. L'expert a retenu la reprise d'une capacité de travail de 30 % en se référant au rapport du Dr C. _____ du 15 février 2021, tandis que les observations faites au cours de l'expertise montraient que cette capacité était désormais de 50 %.

Le rapport du Dr C. _____ du 15 février 2021 fait clairement état d'une amélioration depuis l'instauration d'une nouvelle médication durant l'année 2020. Le rhumatologue traitant a évalué la capacité de travail à 30 % et noté que, selon les études cliniques portant sur les traitements tels que celui mis en œuvre, une amélioration supplémentaire des douleurs et, secondairement, de la capacité de travail, était souvent observée après six mois. Ainsi, les constatations de l'expert en rhumatologie rejoignent celle du spécialiste traitant. Il en va de même des limitations fonctionnelles décrites par ces deux médecins. Le SMR a simplement précisé que la date de la récupération d'une capacité de travail de 30 % devait être mise en lien avec la date de la consultation durant laquelle l'amélioration avait été constatée, soit le 15 décembre 2020, plutôt que la date où le Dr C. _____ a rédigé son rapport. La

recourante n'a émis aucun grief à l'encontre de ce volet de l'expertise, ni sur la précision apportée par le SMR quant à la date à partir de laquelle une capacité de travail de 30 % pouvait être retenue.

e) La recourante conteste principalement le volet psychiatrique de l'expertise pluridisciplinaire. Outre diverses critiques sur des éléments anamnestiques, elle réfute le diagnostic posé et la capacité de travail retenue par l'expert en se fondant sur les rapports de sa psychiatre traitante.

S'agissant des éléments anamnestiques, il convient de relever que l'expert psychiatre a été très succinct et qu'il semble effectivement indiquer que l'intéressée s'est rendue au [...] en 1999 pour ne revenir en Suisse qu'en 2014. Toutefois, l'expert a mentionné dans le même paragraphe, d'une part, que le séjour au [...] avait débuté en 1999 et n'avait duré qu'une année durant laquelle la recourante n'avait pas pu travailler dans sa profession et, d'autre part, que l'intéressée avait travaillé comme assistante dentaire jusqu'en 2014 avec de fréquents changements d'employeur. Ainsi, la mention d'un retour en Suisse en 2014 est une simple erreur rédactionnelle, qui n'occulte pas la période 1999-2014 sur le plan professionnel. Il n'y a donc pas de lacune à ce propos. Par ailleurs, la mention d'une absence d'antécédents psychiatriques n'a manifestement pas la portée que la recourante semble lui donner. L'ensemble des suivis mentionnés par la recourante dans ses écritures figurent dans l'expertise psychiatrique. Comme l'a expliqué le SMR dans son avis du 31 mars 2023, il faut comprendre cette mention comme l'absence d'antécédents « familiaux » et non l'absence de problématique psychique passée chez la recourante. Enfin, concernant les activités journalières de la recourante, celle-ci semble interpréter la mention du nordic walking et du vélo d'appartement dans la description de la journée-type comme si l'expert retenait qu'elle pratiquait ces sports quotidiennement. Or, le Dr N. _____ a noté que la recourante s'adonnait au nordic walking une fois par semaine et le vélo d'appartement tous les deux jours en fonction de ses douleurs, ce qui est compatible avec ce que la recourante a noté dans ses écritures. Cela étant, le fait que le

Dr N._____ ait mentionné que l'intéressée pratiquait ces activités sportives n'a rien de contradictoire avec l'incitation à une activité physique régulière préconisée par l'expert rhumatologue au ch. 4.10 de l'évaluation consensuelle, ce d'autant que la recourante a déclaré avoir désormais arrêté le nordic walking.

Concernant le diagnostic, l'expert de M._____ a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01), et a constaté une accentuation de certains traits de la personnalité, notamment impulsifs (Z73.1). Il a précisé les motifs pour lesquels son diagnostic divergeait de ceux des Drs R._____ et J._____. Il a ainsi indiqué qu'il s'écarterait du diagnostic d'épisode dépressif moyen posé par le Dr R._____ en s'appuyant sur des éléments anamnestiques. Sur ce point, l'appréciation du Dr N._____ rejoint celle de la Dre J._____, laquelle qualifiait l'épisode dépressif de moyen dans son rapport du 2 juillet 2019, puis de léger dans celui du 11 février 2021. L'expert de M._____ a par ailleurs relevé que la psychiatre traitante n'avait pas étayé son diagnostic de trouble de la personnalité et qu'il n'y avait pas de signes cliniques au sens de la CIM-10 permettant de retenir un tel trouble (ch. 6 du rapport d'expertise psychiatrique), raison pour laquelle il a retenu uniquement une accentuation de certains traits de la personnalité. Le SMR s'est rallié à cette appréciation et il convient de relever que le Dr R._____ avait d'ores et déjà exclu un tel diagnostic dans son rapport d'expertise du 4 janvier 2019, en précisant qu'un seul critère était partiellement vérifié tandis que les autres étaient absents (p. 11 du rapport d'expertise du 4 janvier 2019). Le fait que les médecins du V._____ consultés par la recourante dans le contexte du lipoedème et de la maladie veineuse ont mentionné, dans les comorbidités, un « probable » trouble de la personnalité n'est pas relevant à cet égard, s'agissant d'une question qui n'entre pas dans leur domaine de spécialisation et qu'ils n'ont donc pas investiguée eux-mêmes. Par ailleurs, c'est en vain que la recourante reproche à l'expert de ne pas avoir pris en compte des troubles obsessionnels compulsifs (TOC), des troubles du sommeil ou encore des crises d'angoisse, des scarifications ou des épisodes d'euphorie. L'expert a interrogé la recourante sur la qualité de

son sommeil ainsi que sur les difficultés qu'elle rencontre, mais les notions de TOC et d'épisodes d'euphorie ou d'angoisse ne sont pas ressorties des déclarations de cette dernière. Le dernier rapport de la Dre J._____ ne fait pas mention de TOC et celle-ci a en outre relaté que le sommeil était « beaucoup moins difficile que durant les dernières années ». En revanche, contrairement à ce que la recourante affirme, l'expert a noté que la recourante rapportait des épisodes de scarification survenus dans le passé, notamment à son adolescence.

Cela étant, il convient de rappeler que le diagnostic ne suffit pas à faire admettre une invalidité. Il faut encore que l'atteinte reconnue entraîne des effets sur sa capacité de travail. En l'occurrence, même si son rapport est succinct et que la structure suivie n'est pas aussi stricte que celle préconisée par la jurisprudence en matière d'atteintes psychiatriques, en particulier à l'ATF 141 V 281 déjà cité, il n'en demeure pas moins que l'expert psychiatre de M._____ a passé en revue l'ensemble des critères définis par cette jurisprudence. En effet, il a évalué la gravité de l'atteinte en procédant au diagnostic différentiel, ainsi que la pertinence de la thérapie mise en place, la cohérence et la plausibilité. Il a examiné les capacités, les ressources et les difficultés de la recourante, sa personnalité, son contexte social. S'agissant du traitement, contrairement à ce que la recourante paraît soutenir, l'expert a mentionné au ch. 7.3 de son rapport que la prise en charge était régulière depuis août 2018, le mot « irrégulière » qualifiant les précédents suivis mentionnés dans l'anamnèse. L'expert a constaté que la recourante disposait de ressources lui permettant d'entreprendre les activités sportives préconisées par ses médecins, de se rendre à ses nombreux rendez-vous médicaux. Il a noté que l'intéressée se plaignait d'oublis, de troubles de la concentration et de fatigue, mais qu'il n'avait pas constaté de tels éléments durant l'entretien. Il a relevé une capacité à s'adapter à des règles et à des routines, de structurer ses tâches, une flexibilité et une capacité de changement, de mobiliser ses compétences et ses connaissances, d'entreprendre des activités spontanées. Sur ce point, l'expert de médecine interne a également noté que la recourante faisait son administration elle-même, sa

lessive, ses courses et qu'elle avait des loisirs (cf. p. 17 du rapport d'expertise).

Ces éléments contredisent la notion d'apragmatisme handicapant évoquée par la psychiatre traitante dans ses rapports les plus récents. Or la Dre J. _____ a mentionné l'apragmatisme en tant que manifestation importante du trouble dépressif récurrent qui rendait nécessaire un important suivi thérapeutique, en évoquant uniquement des difficultés à s'adonner aux travaux du quotidien (préparation des repas, tâches ménagères, administratif). Par ailleurs, cette médecin a constaté une amélioration progressive de la symptomatologie dépressive dès janvier 2020 avec la mise en place d'un traitement médicamenteux, parallèlement à une amélioration des douleurs physiques. Durant la même période, les bilans ergothérapeutiques ont fait état d'une amélioration globale des compétences de la recourante au fil de son suivi. De même, l'infirmière en psychiatrie qui suit la recourante depuis plusieurs années a relevé dans son rapport du 28 octobre 2022 que la fréquence et les modalités des rendez-vous s'étaient allégées au fil du temps, passant d'une visite à domicile deux fois par semaine en 2018 à des consultations en cabinet une à deux fois par mois. L'infirmière notait que l'intéressée avait pu reprendre une certaine autonomie même si elle rencontrait encore des difficultés en matière de gestion émotionnelle, de gestion des relations interpersonnelles et dans la gestion administrative. Des difficultés dans ces domaines ne permettent pas encore de retenir une invalidité et il faut également constater que la description donnée par la recourante de sa méthode pour se rappeler de ses nombreux rendez-vous médicaux reflète l'existence de ressources organisationnelles, nonobstant les quelques oublis dont elle fait état. Lesdits oublis paraissent au demeurant rares, les thérapeutes consultés ne mentionnant pas de problématique d'absence ou de manque de compliance et n'excluant du reste pas la reprise progressive d'une activité professionnelle en milieu protégé. Par ailleurs, l'aide ménagère proposée par le CMS s'inscrit dans le contexte des douleurs physiques.

f) Ainsi, il faut constater que les différents rapports établis par les médecins et thérapeutes qui suivent la recourante depuis 2018 ne remettent pas sérieusement en doute les conclusions des experts de M._____. L'intimé était ainsi légitimé à fonder sa décision sur cet élément et à retenir, selon les précisions données par son service médical, une capacité de travail de 30 % dès le 15 décembre 2020, puis de 50 % dès le 17 juin 2021.

8. a) Pour déterminer le revenu sans invalidité, l'intimé a effectué un premier calcul valable au 15 décembre 2020 (augmentation de la capacité de travail à 30 %) et un second calcul valable dès le 17 juin 2021 (augmentation de la capacité de travail à 50 %). Il a repris le montant du salaire horaire mentionné dans le rapport de l'employeur du 27 novembre 2018, annualisé en selon la durée usuelle du travail dans l'entreprise et indexé à 2020 (56'595 fr. 17), respectivement à 2021 (57'047 fr. 94). Le revenu avec invalidité est fondé sur les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2018, TA1_skill_level, tous secteurs confondus, pour une femme au niveau de compétence 1, annualisé en tenant compte de la durée usuelle du travail en Suisse (41,7 heures) et indexé à 2020, respectivement à 2021.

La recourante n'a pas critiqué les chiffres utilisés dans le calcul de son degré d'invalidité dans la part active, mais a requis l'application d'un abattement de 10 % « au moins » sur le revenu avec invalidité en raison d'une capacité de résistance amoindrie et de la nécessité d'exercer une activité au taux réduit de 50 %.

b) S'agissant des revenus avec et sans invalidité, bien que ces éléments du calcul n'aient pas été contestés par la recourante, il convient de relever d'office que l'intimé n'a pas calculé l'indexation correctement, en recourant aux chiffres de la variation annuelle totale au lieu de la variation annuelle concernant les femmes, qui était de 1.0 % en 2019, 0.9 % en 2020 et 0.6 % en 2021. En conséquence, le revenu sans invalidité s'élevait à 56'707 fr. 47 en 2020, respectivement 57'047 fr. 71 en 2021.

Par ailleurs, la recourante n'ayant pas repris d'activité professionnelle depuis 2018, l'utilisation des statistiques pour calculer le revenu avec invalidité est correcte (cf. ATF 143 V 295 consid. 2.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1). Toutefois, la décision litigieuse, rendue le 29 septembre 2022, aurait dû se fonder sur l'ESS 2020, publiée le 23 août 2022. Ainsi, il faut tenir compte d'un revenu avec invalidité à 30 % de 16'404 fr. 36 en 2020, respectivement d'un revenu avec invalidité à 50 % de 27'504 fr. 65 après indexation en 2021.

c) S'agissant par ailleurs de l'abattement, la jurisprudence a déterminé que 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. Sur la base d'une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé, il est admis de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.1 ; 126 V 75).

Le critère du taux d'occupation réduit peut être pris en compte pour déterminer l'étendue de l'abattement à opérer sur le salaire statistique d'invalidé lorsque le travail à temps partiel se révèle proportionnellement moins rémunéré que le travail à plein temps. A cet égard, le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement proportionnellement mieux rémunéré que le travail à temps partiel ; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence. Cela étant, le travail à temps partiel peut, selon les statistiques, être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs de sexe masculin (TF 9C_341/2023 du 29 janvier 2024 consid. 6.1 et les références citées).

En l'occurrence, la recourante n'expose pas en quoi les taux d'occupation retenus présenteraient un désavantage dans les activités

adaptées définies par ses limitations fonctionnelles, celles-ci entrant manifestement dans les nombreux métiers pris en compte dans le tableau TA1_skill_level de l'ESS.

Il faut par ailleurs rappeler que les activités visées par ces statistiques sont 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). Ainsi, seules les limitations fonctionnelles dépassant ce qui est compatible avec ces activités peuvent justifier un abattement supplémentaire. En l'occurrence, les limitations fonctionnelles retenues par les experts dans le cas d'espèce sont soutenues par la réduction du taux d'activité, de sorte qu'il n'y a pas de désavantage à compenser. En outre, il ne ressort pas d'autre élément susceptible d'influer négativement sur les perspectives salariales de la recourante pour les activités adaptées existantes, qui ne requièrent pas de formation particulière.

Dès lors, l'intimé n'était pas tenu de procéder à un abattement pour déterminer les revenus avec invalidité valables pour 2020 et 2021.

d) En tenant compte des correctifs mentionnés ci-dessus, l'empêchement dans la part active sur un taux de 100 % était de 71.07 % en 2020, respectivement de 51.79 % en 2021.

Il en résulte un degré d'invalidité dans la part active de (80 % de 71.07 % =) 56.86 % pour 2020, respectivement (80 % de 51.79 % =) 41.43 % en 2021, portant le degré d'invalidité global à (56.86 % + 6.62 % =) 63 %, respectivement à (41.43 % + 6.62 % =) 48 % (chiffres arrondis ; cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2).

Ces taux donnent droit, comme l'a retenu l'intimé, à trois quarts de rente dès le 1^{er} avril 2021 et à un quart de rente dès le 1^{er} octobre 2021 (trois mois après l'amélioration de l'état de santé, art. 88a al. 1 RAI).

9. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} 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.

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
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 29 septembre 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 X._____.
- 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 :

- Procap (pour X. _____),
- 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 :