

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 janvier 2026

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges
Greffier : M. Frattolillo

Cause pendante entre :

A. _____, à Q***, recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 8, 16 et 61 let. d LPGA ; 28 et 28a LAI ; 27, 27^{bis} et 69 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en ***, titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employée de commerce, a travaillé depuis le 1^{er} avril 2004 en qualité d'assistante en ressources humaines (employée d'administration jusqu'en 2008) à un taux de 70 % (80 % jusqu'en 2012) pour la Direction générale de la fiscalité de l'Etat de Vaud (ci-après : la DGF).

Le 3 avril 2019, 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) en raison de troubles ophtalmiques avec perte de vision depuis 2014. Elle a indiqué être en incapacité de travail depuis le 7 novembre 2018.

Le 7 mai 2019, l'assurée a rempli un questionnaire de « détermination du statut », dans lequel elle a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à un taux d'activité de 80 % par nécessité financière.

Dans un questionnaire pour l'employeur du 13 mai 2019, la DGF a indiqué que l'assurée avait perçu un salaire mensuel de 5'502 fr. 48 en 2017, de 5'549 fr. 10 en 2018 et de 5'595 fr. 65 en 2019, soit un salaire annuel de 72'743 fr. 30. Elle a également produit une liste des absences de l'assurée pour cause de maladie et/ou accident couvrant la période allant jusqu'au 31 mai 2019.

Entre 2019 et 2021, l'assurée a bénéficié de mesures d'intervention précoce et de prise en charge de moyens auxiliaires, sous la forme notamment de nouvelles lunettes et d'un aménagement de la place de travail.

Entretemps, dans un rapport du 9 septembre 2019 à l'attention de l'OAI, le Dr C. _____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie, a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de rosacée oculo-cutanée avec syndrome de sécheresse

oculaire, et de kératite neurotrophique bilatérale prédominante du côté gauche depuis l'été 2014. Un traitement par sérum autologue était en cours. Il a fait état d'une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50 % pour une durée indéterminée en raison d'un épuisement dû à une fatigue visuelle importante pour toute activité, qu'elle soit de la lecture, de l'écriture ou du travail à l'écran. Il a envisagé une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée de quatre à six heures par jour, correspondant à un taux de 50-60 %.

Dans un rapport du 11 septembre 2019, le Dr B._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a relevé qu'elle souffrait d'une rosacée oculaire avec blépharite et kératite chronique depuis 2012, de plusieurs excisions de chalazions et de problème de la surface cornéenne gauche. A titre de limitation fonctionnelle, il a retenu une fatigabilité. Il a estimé qu'elle présentait une capacité de travail de 30 % depuis le 1^{er} mai 2019, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Il a également indiqué qu'elle avait été en incapacité de travail à 100 % du 7 novembre 2018 au 18 mars 2019, à 90 % du 19 mars au 17 avril 2019, et à 80 % du 18 avril au 31 mai 2019.

En 2020, l'assurée a repris son activité d'assistante en ressources humaines pour la DGF à un taux d'activité de 50 % (cf. notes d'entretien des 23 mars, 24 septembre et 5 novembre 2020).

Dans un rapport du 10 novembre 2020, le Dr C._____ a attesté de périodes d'incapacité de travail à 80 % du 18 avril au 28 août 2019, à 50 % du 28 août 2019 au 15 septembre 2020 et de 40 % dès le 15 septembre 2020. Dans une activité adaptée, il a retenu que l'intéressée présentait une capacité de travail d'environ 80 %. Ses limitations fonctionnelles étaient une fatigabilité et des brûlures et douleurs oculaires. Il a précisé que la situation de sa patiente s'était améliorée en raison d'un traitement dispensé par l'Hôpital ophtalmique D._____, à savoir une intervention par laser au niveau du trajet du nerf facial, qui avait permis d'obtenir une meilleure fonction lacrymale ainsi

qu'un soulagement subjectif significatif. Ce praticien a indiqué que sa patiente pratiquait actuellement une activité à 60 % et qu'elle envisageait de travailler à 80 %.

Le 27 novembre 2020, sur demande de l'OAI, le Dr B. _____ a repris ses diagnostics du 11 septembre 2019 et constaté une évolution stationnaire de l'état de santé de l'assurée. Il a estimé que la capacité de travail était de 50 % effectif dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles relevées étaient des douleurs oculaires, des céphalées et des problèmes de concentration.

Le 15 janvier 2021, le Dr C. _____ a rédigé un complément à son rapport du 10 novembre 2020 en indiquant ce qui suit concernant la capacité de travail de l'assurée :

« Incapacité totale du 07.12.18 au 18.03.19.

Activité effective de 10 % du 19.03 au 17.04.19 (incapacité de 85,7 % du taux contractuel).

Activité effective de 20 % du 18.04 au 02.06.19 (incapacité de 71,4 % du taux contractuel).

Activité effective de 30 % du 03.06 au 10.11.19 (incapacité de 57,7 % du taux contractuel).

Activité effective de 35 % du 11.11.19 au 05.01.20 (incapacité de 50 % du taux contractuel).

Activité effective de 40 % du 06.01 au 08.03.20 (incapacité de 42,9 % du taux contractuel).

Activité effective de 45 % du 09.03 au 16.03.20 (incapacité de 35,7 % du taux contractuel).

Activité effective de 50 % dès le 17.03.20 (incapacité de 28,6 % du taux contractuel), répartie sur quatre jours par semaine au maximum trois jours en présentiel, ceci pour une durée indéterminée. »

Le 26 janvier 2021, l'OAI a reçu le complément suivant du Dr C. _____ (sic) :

« Madame A. _____ souffre d'une rosacée oculaire chronique, maladie invalidante pour les yeux. Cette rosacée a provoqué la

destruction des glandes de Meibomius dans ses paupières, surtout du côté gauche. Ces glandes sécrétant un fluide sébacé indispensable à une bonne lubrification de la surface oculaire, Madame A._____ souffre d'une xérophtalmie chronique bilatérale, plus prononcée à gauche. Cette xérophtalmie a provoqué depuis 2012 des épisodes récurrents de kératite avec formation d'ulcères cornéens qui, jusqu'à quelques mois en arrière, engendraient des douleurs, une photophobie, un profond inconfort visuel ainsi qu'une grosse limitation de la vue, jusqu'à une acuité réduite à 30 %.

Envoyée pour consilium et traitée à l'Hôpital Ophtalmique D._____ à R*** en juillet 2019, les médecins de cet hôpital ont pu mettre au point une thérapie qui a amélioré la situation de la kératite et de l'ulcère cornéen. Avant ce rendez-vous, la patiente était tombée dans un état d'épuisement qui a conduit à une incapacité de 100 %.

Grâce au traitement entrepris à l'Hôpital Ophtalmique et poursuivi pendant quelque temps, la situation de Madame A._____ s'est améliorée. Elle a recouvré une bonne fonction visuelle ainsi qu'un confort oculaire satisfaisant. Il n'en reste pas moins que les facteurs de risque ainsi que la kératite chronique sont toujours présents, fragilisant grandement la surface oculaire des deux yeux, toujours plutôt à gauche qu'à droite.

Le taux de capacité de travail actuel de 50 % permet d'éviter une rechute d'ulcères cornéens et il serait contre-indiqué à mon sens d'augmenter cette capacité de travail. En effet, l'examen oculaire actuel permet de mettre en évidence une situation calme mais des micros-ponctuations au niveau de la surface oculaire gauche qui laissent présager d'un équilibre très fragile. Une nouvelle rechute au niveau oculaire amènerait probablement à un nouvel état d'épuisement et à une nouvelle augmentation de l'incapacité de travail.

Pour conclure, je maintiens donc que Madame A._____ va conserver et long terme un taux d'activité de 50 % et que de l'augmenter serait un risque pour sa santé. Souffrant d'une maladie chronique incurable, mais dont les symptômes sont stabilisables par la prise en charge actuelle. »

Le 8 mars 2021, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a recommandé la mise en œuvre d'une expertise ophtalmologique afin d'évaluer de façon neutre l'état de santé de l'intéressée et déterminer objectivement sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. L'OAI a confié ce mandat au Dr K._____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie au sein du centre d'expertise L._____ SA.

Le 26 mai 2021, L._____ SA a transmis à l'OAI le rapport d'expertise du Dr K._____, cosigné par la directrice et le médecin-chef

de L._____ SA, ainsi que les annexes « Résumé du dossier de la personne assurée », non signé, et le questionnaire médical du centre L._____ SA complété par l'assurée le 11 avril 2021, dans lequel elle a notamment indiqué prendre du Duloxetin et de l'Azalia et suivre un traitement psychiatrique auprès de la Dre P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans ce rapport, le Dr K._____ n'a pas retenu de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail et a émis des doutes quant aux diagnostics de kératite neurotrophique bilatérale, d'acné rosacée et de xérophtalmie posés par les médecins traitants.

Sur demande de l'OAI et après que celui-ci a communiqué à l'assurée son projet de rejeter sa demande (projet de décision du 21 juin 2021), le Dr K._____, le médecin-chef et la directrice de L._____ SA ont rendu un complément d'expertise le 2 novembre 2021 dans lequel ils ont expliqué ne pas avoir retrouvé à l'examen clinique de symptôme permettant de retenir les diagnostics de kératite neurotrophique, d'acné rosacée et de xérophtalmie et nié que ceux-ci étaient présents par le passé.

Par décision du 3 janvier 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision du 21 juin 2021.

b) Le 3 février 2022, l'assurée a formé recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui l'a admis le 5 octobre 2022 (n° AI 30/22 - 296/2022).

La Cour a notamment relevé que l'impossibilité de connaître l'identité de l'auteur du résumé du dossier de l'assurée annexé à l'expertise du 26 mai 2021 de L._____ SA constituait une violation du droit d'être entendue de l'assurée.

Il ressort également des considérants de la Cour que le rapport d'expertise du 26 mai 2021 n'avait pas pleine valeur probante, au motif qu'il se fondait sur un dossier incomplet, n'ayant pas pris en considération les rapports médicaux antérieurs à 2019. Il était également reproché à l'expert d'avoir sommairement motivé son appréciation et d'avoir omis de

discuter de la pertinence des diagnostics posés par les médecins consultés et faisant état d'une affection cyclique nécessitant une prise en charge de plus en plus spécialisée. A cela s'ajoutait que l'état d'épuisement de l'assurée n'avait pas été examiné à satisfaction dans le cadre de l'expertise.

La Cour a ainsi requis de l'OAI qu'il complète son instruction en demandant le dossier complet au Dr B._____, le médecin généraliste traitant de l'assurée, en interrogeant la Dre P._____, sa psychiatre lui ayant prescrit un traitement antidépresseur, et en mettant en œuvre une expertise psychiatrique le cas échéant.

B. Sollicitée par l'OAI, la Dre P._____ a, dans un rapport du 14 novembre 2022, notamment fourni les indications suivantes :

« 2.1

Antécédents médicaux et évolution de la situation du patient/de la patiente

Lors du 1^{er} suivi de 2012 à 2013, la patiente a consulté pour un état d'épuisement physique et psychique dans un contexte de surcharge familiale et professionnelle, et de problèmes somatiques (ophtalmologiques).

Depuis 2018, il y a reprise du suivi psychiatrique dans le cadre de la péjoration de son problème ophtalmique, ayant d'importantes répercussions psychiques avec état d'épuisement sévère. La symptomatologie dépressive sévère nécessite l'introduction d'une médication antidépressive (Cymbalta) et anxiolytique, ainsi que de la physiothérapie de relaxation. Reprise très progressive de son emploi avec l'adaptation de son poste de travail (niveau ergonomique, lunettes adaptées et aménagement de la luminosité) jusqu'à un taux de 50% effectif. Elle n'a pas pu reprendre son taux habituel de 70% en raison d'une augmentation de la fatigabilité, tant sur le plan psychique qu'ophtalmique et de ses limitations fonctionnelles d'ordre psychique.

En raison de la fatigabilité importante, investigation au Centre du sommeil au CHUV [Centre hospitalier universitaire vaudois] (rapports annexés) avec mise en place du CYPAP [Respiration assistée par pression positive].

2.2

Situation et symptômes médicaux actuels

Relative stabilité de l'humeur depuis l'été 2021, en parallèle à la stabilisation au niveau oculaire. Toutefois l'augmentation de la fatigabilité perdure tout en étant moindre qu'auparavant, avec amendement des angoisses et sommeil amélioré. Par ailleurs, elle présente une hyperphagie avec prise pondérale (plus de 10kg). L'assurée est en équilibre psychique précaire car si elle est confrontée à une surcharge professionnelle ou familiale, elle

présente une baisse de l'humeur, avec des difficultés de concentration manifestes et une aggravation de l'augmentation de la fatigabilité, qui l'amène rapidement dans un état d'épuisement tant physique que psychique, l'assurée n'arrivant plus à assumer les activités de la vie quotidienne avec un état de tension interne plus important.

[...]

2.5 [...]

Diagnostics

Antécédent d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques.

[...]

2.7

Votre pronostic sur la capacité de travail du patient/de la patiente **sur un taux de 100%**

D'un point de vue psychiatrique, son taux de travail actuel de 50% effectif est le maximum, au vu de l'équilibre précaire dans lequel se trouve l'assurée.

[...]

3.4

Existe-t-il des limitations fonctionnelles? Quels effets ont-elles sur l'activité que le patient a exercée jusqu'ici?
Veuillez décrire les limitations fonctionnelles.

Les limitations fonctionnelles d'ordre psychique comprennent l'augmentation de la fatigabilité, les difficultés de concentration et la difficulté à gérer les facteurs de stress.

[...]

4.5

Dans quelle mesure votre patient/votre patiente est-il/elle limité/e dans l'accomplissement des tâches ménagères?

(Par ex.: tenue du ménage /préparation des repas / nettoyage / achats / lessive / prise en charge des enfants)

Lors de surcharge professionnelle (cf 2.2), elle est dans l'incapacité d'assumer son quotidien. Ses parents habitant à proximité assument dans ces moments les repas et la tenue du ménage ainsi que la lessive sont suspendues. »

En annexe de son rapport du 14 novembre 2022, la Dre P._____ a joint notamment les rapports suivants :

- Un rapport du 20 mai 2015 du Dr E._____ et de la Dre F._____, spécialistes en ophtalmologie à l'hôpital

ophtalmique D._____, diagnostiquant chez l'assurée une conjonctivite allergique.

- Des rapports des 20 août, 10, 22 septembre, 16 décembre 2020 et 8 août 2022 de la Dre G._____, spécialiste en médecine du travail au CHUV, dans lesquels elle a fait état d'un trouble respiratoire nocturne de type obstructif et de degré modéré et d'un syndrome des mouvements périodiques des jambes, sans syndrome des jambes sans repos. Elle a prescrit à sa patiente un traitement par CPAP qui a eu un effet bénéfique sur sa fatigue.

Dans un courrier à l'OAI du 29 novembre 2022, le Dr B._____ a rappelé les diagnostics depuis 2012 de rosacées oculaires avec blépharite et kératite chronique, de multiples excisions de chalazion et d'un problème sur la face cornéenne gauche, ainsi qu'un épuisement physique et psychique dans le contexte d'une surcharge familiale et professionnelle et de problèmes ophtalmologiques de 2012 à 2013, aboutissant à un état dépressif sévère.

Le 6 mars 2023, sur recommandation du SMR, l'OAI a mandaté le Centre d'Expertise X._____ (ci-après : X._____) afin d'établir une expertise médicale bidisciplinaire, réalisée par le Dr J._____, spécialiste en ophtalmologie, et la Dre M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par courrier du 30 mai 2023, l'assurée, toujours représentée par sa mandante, a transmis à l'OAI plusieurs documents en vue de l'expertise bidisciplinaire :

- Un rapport du 8 octobre 2015 du Dr N._____, spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, lequel a posé le diagnostic de rosacée oculaire avec conjonctivite folliculaire des deux côtés et prescrit un traitement de gouttes doxycyclines.

- Un rapport du 24 avril 2018 du Dr T._____, spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, lequel a posé le diagnostic de blépharite chronique et de status après décompensation cornéenne de l'œil gauche dans le contexte d'une acné rosacée avec atteinte faciale et oculaire.
- Un rapport du 24 janvier 2017 du Dr C._____, indiquant la mise en place d'un traitement *per os* pour une altération de la fonction lacrymale.
- Un rapport du 11 juillet 2019 de l'Hôpital ophtalmique D._____, dans lequel la Dre H._____, spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, et le Dr S._____, spécialiste en ophtalmologie, ont relaté avoir reçu l'assurée pour un avis concernant une kératite ponctuée superficielle, une décompensation épithéliale, une rosacée oculaire et une blépharite mixte chronique. Ils ont rappelé des antécédents de chalazions récidivants et d'une dépression traitée par Cymbalta. Ils ont prescrit un traitement de gouttes de sérum autologue face à l'échec des premiers traitements.
- Un rapport du 25 avril 2023 du Dr C._____, dans lequel il a posé le diagnostic de blépharite chronique et status après décompensation cornéenne gauche, dans le cadre d'une acné rosacée avec atteinte faciale et oculaire sévère et a conclu que la situation actuelle était satisfaisante mais fragile et que le taux d'activité de 50 % était à maintenir, sous peine de rechute inflammatoire durable et difficile à gérer.
- Un rapport non daté de la Dre I._____, spécialiste en dermatologie et vénérologie, dans lequel elle a listé toutes les consultations de l'assurée auprès d'elle du 25 mai 2012 au 2 mai 2019 et constaté à plusieurs reprises que l'intéressée avait souffert de rosacée des joues et d'orgelets des yeux.

Le 12 juin 2023, le X._____ a transmis à l'OAI un rapport d'expertise bidisciplinaire ophtalmologique et psychiatrique du 9 juin 2023. Sur le plan ophtalmologique, le Dr J._____ a constaté que l'assurée souffrait d'un syndrome sec oculaire chronique, d'origine mixte (terrain de rosacée, prise de Cymbalta, pilule contraceptive et travail sur écran), une acné rosacée et de la presbytie. Au niveau des limitations fonctionnelles, l'expert a retenu chez l'intéressée des brûlures et sensations de corps étrangers, tout en relevant que les limitations en termes d'acuité ne pouvaient être retenues, celles-ci ayant été réglées par des interventions spécialisées ou pouvant l'être par un simple ajustement de la correction optique. Il a estimé que la capacité de travail était de 80 % depuis novembre 2020, période à laquelle le médecin-traitant envisageait un passage du taux d'activité de 50 à 80 %. Il a également relevé que la capacité était entière dans une activité sans écran, sans poussière, sans climatisation et avec un taux d'humidité ambiante optimale de 40-45 %. Quant à la différence entre les diagnostics qu'il a posés et ceux retenus précédemment, il a considéré ce qui suit (sic) :

« La présence d'un syndrome sec oculaire chronique au jour de l'expertise est attestée par les résultats de l'examen lors de la visite d'expertise, ainsi que par les résultats de la visite d'expertise du L._____ en 2021 et la totalité des rapports médicaux à disposition de l'expert au jour de l'expertise.

L'existence d'une composante liée au traitement médicamenteux de la sécheresse a été évoquée dans l'expertise du L._____ et ne peut qu'être confirmée par la présente expertise pour les mêmes motifs que ceux évoqués précédemment.

Une deuxième composante de terrain est liée à la baisse du clignement physiologique sur écran. Elle n'a pas été spécifiquement évoquée précédemment, mais est une cause commune de sécheresse prédominant sur le lieu de travail et doit ici être évoquée au vu de l'intensité du travail sur écran de l'assurée.

La question de savoir si le syndrome sec est en partie voire essentiellement secondaire à une Rosacée ou non a fait l'objet d'appréciations divergentes entre l'expertise du L._____ et l'évaluation des médecins traitants (voir notamment les rapports du Dr N._____ et du Dr T._____). Le résultat de la présente visite d'expertise ne diverge que peu de celle du L._____ en 2021. Il faut être fin observateur pour identifier un réseau de fines veinules à peine prononcées sur le fond entre les arcades sourcilières, au niveau des ailes du nez et des joues pouvant évoquer une Rosacée quiescente telles que l'expert les a constatées le 7 avril 2023. Elles pouvaient d'ailleurs n'être quasiment pas visualisables lors de la

visite d'expertise précédente. Ceci ne permet toutefois pas de balayer d'un revers de la main les constatations rapportées dans les rapports du Dr N. _____ en 2015 et du Dr T. _____ en 2018 qui retrouvent les signes cliniques typiques de la Rosacée oculaire (voir article de divulgation du Dr V. _____ ci-joint pour une revue des signes en question).

Il découle de l'analyse des rapports résumés sous chiffre 6.1 que les critères pour le diagnostic de Rosacée oculaire dans le cadre d'un Rosacée du visage ont bien été observés chez Mme A. _____ par le passé. Le fait qu'à ce jour il n'y ait plus de signes oculaires de Rosacée et que des signes à minima au niveau du visage, témoigne de l'avis de l'expert, d'un traitement bien conduit par les divers intervenants soignants et non de l'absence du diagnostic.

Le diagnostic de Rosacée est d'ailleurs confirmé par le dossier du Dr I. _____, qui l'a posé dès 2012 (annexe 1), ce qui répond de manière définitive, si besoin était, à la question de savoir si ce diagnostic devait être retenu ou pas, de l'aveu même de l'expert du L. _____. Ceci étant dit, il convient de préciser que la Rosacée est une affection fréquente et qu'elle est en tous les cas en rémission chez Mme A. _____ depuis au moins la visite d'expertise au L. _____ en 2021 jusqu'au jour de la présente expertise. De ce fait il est de l'avis de l'expert difficile de comprendre en quoi la présence d'une Rosacée, voir même d'une atteinte du Vème nerf crânien empêcherait une tentative d'augmentation de l'activité professionnelle par rapport au taux actuel, pour autant qu'un traitement à base de larmes artificielles, voir collyre de sérum autologue si besoin tel que préconisés par les Dr H. _____, T. _____ et N. _____ soit instauré le cas échéant.

Les rapports du médecin traitant Dr C. _____ (voir chiffre 6.1 ci-dessus) ne permettent pas de comprendre clairement pourquoi après un retour à 100% d'activité en 2019 le taux d'activité a rechuté par la suite progressivement (voir pièce n°42) si ce n'est peut-être la présence d'une symptomatologie d'algie oculaire et de céphalées allant croissant avec le taux d'activité (hypothèse non démontrée mais pas non plus invalidée par les éléments à disposition).

En tout état de cause au jour de la présente expertise le terrain de Rosacée est certes présent, mais les signes de rosacée oculaire typiques sont absents ou partiels, limités à une hyposécrétion de la composante aqueuse et lipidique du film lacrymal entraînant un BUT [Break-up time] et un Shirmer pathologique.

Outre la Rosacée, des facteurs médicamenteux (notamment la prise de Cimbalta sans que l'on puisse exclure formellement une composante liée à la pilule contraceptive), connus pour causer dans un certain nombre de cas un syndrome sec oculaire doivent être pris en compte notamment pour expliquer la persistance d'un œil gauche toujours à la limite de la kératite sèche ou avec des signes de kératite sèche selon le moment de l'examen.

Il en ira de même du travail sur écran qui diminue le clignement et de ce fait augmente le risque de sécheresse oculaire.

Le diagnostic de Xérophtalmie a également fait l'objet d'un débat suite à l'expertise du L._____. Selon la définition du Larousse il s'agirait d'une « sécheresse de l'œil amenant à l'opacité de la cornée et à la cécité ». En ophtalmologie on réserve souvent ce terme à la kératite sèche due à une hypovitaminose A, parfois on l'utilise simplement comme terme savant pour désigner un œil sec ou pour désigner un œil sec sévère.

Quoi qu'il en soit, en l'absence de documents prouvant la présence d'ulcères cornéens antérieurs et face à un œil ne présentant pas de cicatrices d'ulcère cornéen stromal, la présente expertise rejoindra ici les conclusions de l'expertise du L._____ en ce sens qu'il n'y a pas de signes d'ulcère sévère antérieur ayant laissé des cicatrices, ce qui n'exclut pas un ulcère de la surface cornéenne qui aurait guéri suite à un traitement bien conduit sans laisser de traces.

De ce fait sur la base des documents médicaux à disposition il n'est pas possible de conclure à une Xérophtalmie au sens d'une hypovitaminose A ou au sens plus général du dictionnaire (absence de cicatrice cornéenne), mais on pourra accepter le terme de xérophtalmie en tant que synonyme d'œil sec et le considérer comme ayant cette signification notamment sous la plume du Dr C._____.

Le diagnostic de kératite neurotrophique proposé en 2019 par la Dre H._____ à D._____ sur la base du test à l'esthésiomètre pose également question. En effet la sensibilité à l'esthésiomètre est très variable, notamment fonction de l'état cornée au moment de l'examen et de l'expertise du médecin qui le réalise, mais elle pourrait être retenue en association avec le terrain de Rosacée si un ulcère cornéen prenant non seulement l'épithélium cornéen, mais également le stroma antérieur avait bien eu lieu en 2014 (tel que rapporté par le Dr C._____). Malheureusement aucun document ou photo attestant de la constatation d'une telle lésion n'est à la disposition de l'expert au jour de la présente expertise et l'imagerie du Vème nerf crânien OG [œil gauche] réalisée par D._____ est restée négative. De ce fait l'expert concorde avec l'évaluation du L._____ que ce diagnostic ne peut être retenu en l'état.

La presbytie sous corrigée est un facteur limitant potentiel léger de la CT. Elle est actuellement apparemment sous corrigée pour l'âge sur les lunettes portées au quotidien par l'assurée. La question de savoir si cela entraîne réellement une vraie limitation dans la vie professionnelle, notamment au vu des interventions déjà réalisées par le Y._____ sur le poste de travail, dépend essentiellement de la taille des documents lus par l'assurée sur son poste, de la distance de travail à l'écran, etc. Une modification de la prescription devrait en principe être envisagée, mais son opportunité est à discuter entre le médecin traitant et le Y._____ »

Sur le plan psychiatrique, la Dre M._____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif en 2018 (CIM-10 [dixième révision de la classification internationale des maladies] F32), de difficultés dans le rapport avec les parents et son frère (CIM-10 Z63.1) et d'un trait de personnalité évitante non décompensée (CIM-10 F60.6), sans que cela

n'ait de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Elle a retenu une capacité de travail entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée depuis l'été 2021. Dans sa discussion sur les éventuelles incohérences, les interactions entre les diagnostics et sur les limitations fonctionnelles, l'experte a relaté ce qui suit (sic) :

« 3.2.8 Incohérences éventuelles apparues aux yeux de l'expert

La personne assurée reconnaît avoir souffert de difficultés psychologiques en relation avec des tensions familiales avant 2015. Mais elle affirme que la fatigue et la baisse de la concentration sont en relation avec les efforts qu'elle doit fournir pour travailler devant les écrans. Elle est persuadée que l'activité professionnelle est à l'origine de son besoin de repos.

La personne assurée affirme être fatiguée même sans les problèmes ophtalmiques ; néanmoins, elle promène ses chiens, participe activement à une association qui nécessite une mobilisation des ressources et implication personnelle alors qu'elle affirme ne pas pouvoir le faire sur son lieu de travail. L'expert relève que la personne assurée se fatigue devant les écrans mais ne se plaint pas de devoir broder, de faire du travail d'aiguilles, d'organiser des sorties avec son groupe ou de retrouver des propriétaires de chien afin de les promener.

[...]

6.3.3. Interactions entre diagnostics

Selon toute vraisemblance prépondérante, l'assurée a présenté, dans son enfance, son adolescence ainsi qu'à l'âge adulte, la constitution d'un trouble de la personnalité évitante dans un contexte de conflits à la maison et du harcèlement à l'école. Grâce à sa volonté et à sa capacité de mobiliser des ressources, elle a pu finir un diplôme de certificat de capacités et travailler. Selon l'étude du dossier et de l'examen clinique de l'assurée, il apparaît que le système de défense naturel lorsque l'assurée a été envahie par des angoisse, était la colère qui a fini par l'épuiser. C'est ainsi que s'établit un cercle vicieux entre un besoin constant de se protéger avec de la colère et/ou le repli et des épisodes de dysthymie qui ont abouti, en 2018, à un épisode dépressif majeur sévère sans symptôme psychotique, qui est actuellement en rémission. La possibilité pour l'assurée de dégager du temps pour des activités autres que professionnelles est partie intégrante de l'amélioration de la maladie psychiatrique et du rétablissement d'une stabilisation de l'humeur.

L'expert rejoint le psychiatre traitant dans la conclusion de la présence d'une intolérance au stress et d'un équilibre psychique précaire. Mais sans que cela ne constitue une incapacité de travail dans une activité adaptée en ce qui concerne les responsabilités et la charge de travail.

Le psychiatre traitant conclut à une capacité de travail de 50% dans une activité habituelle et adaptée. Dans la présente expertise, dans un contexte où l'assurée exerce déjà une activité adaptée aux limites fonctionnelles observées, à savoir un travail en équipe restreint et une activité avec des responsabilités modérées, est envisageable selon ses limitations fonctionnelles psychiatriques.

Dans la présente expertise l'assurée bénéficie d'un poste de travail qui, selon le dossier a été modifié et adapté aux limites posées par la maladie ophtalmique. Il n'y a pas des limitations fonctionnelles psychiatriques permettant de justifier une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques. Il est vraisemblable que le poste de travail qu'occupe l'assurée aujourd'hui à 50% ait un impact sur la tolérance au stress par l'assurée dans ce poste. Lorsqu'elle l'exerce à 80% elle se sentait submergée. Cette activité exercée à 50% lui permet par contre de participer à une association comme membre active, de promener ses chiens en groupe, de faire des randonnées, de faire du travail d'aiguille. La question est de pouvoir définir s'il existe une atteinte psychiatrique qui limite la capacité de travail, ou s'il s'agit d'une incapacité de l'assurée à faire face aux demandes de son poste de travail parce que celui-ci ne convient pas à la tolérance au stress de l'assurée mais qu'un autre poste lui permettrait de travailler à 100%.

Il ne s'agit ainsi dans le cas présent plus d'un problème médical mais plutôt de choix de métier qui ne correspond pas à l'assurée car ne lui permettant pas de s'épanouir.

Plusieurs éléments parlent en faveur d'une situation non-limitée par la sphère psychiatrique. En effet, on peut constater que la Dre P. _____ dans son appréciation justifie une CT de 50% sur la base du diagnostic d'« antécédent d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques ».

Les limitations ne sont pas uniformes dans tous les domaines de la vie de l'assurée.

Il y a de possibles bénéfices secondaires.

Le traitement est parcimonieux (un rdv / mois).

Cela ne parle pas en faveur d'une situation dans laquelle le poids des souffrances revêt valeur de maladie.

[...]

Limitations fonctionnelles

La personne assurée peut s'adapter aux règles et aux routines (elle est toujours sur son lieu de travail, promène ses chiens, a des échanges avec différents groupes de personnes, elle s'occupe de son ménage, de son administration et respecte les accords). Elle est en mesure de planifier et structurer sa journée et des tâches à venir. Elle consacre du temps adéquat à ses activités (travail, gestion du ménage, chiens, loisirs et d'autres activités quotidiennes). Elle est en mesure de structurer judicieusement l'ordre du processus de travail, de les effectuer et de les finir comme planifié.

Elle est capable d'adapter son comportement, sa réflexion et son vécu à des situations changeantes. Elle s'adapte à des modifications exigées dans son poste de travail, tel que le mentionne la Dre P. _____ dans son rapport du 14.10.2022 (page 435 du dossier).

Elle peut faire à ses compétences professionnelles, elle est capable de prendre des décisions et d'émettre un jugement (comme par exemple de décider de quitter le village où habitent ses parents pour vivre avec son compagnon, acheter un appartement et dans le contexte professionnel, participer à l'engagement de nouveaux collaborateurs, gérer l'administration des dossiers des collaborateurs ainsi que le temps de travail des collaborateurs, gérer des tableaux de bord).

La capacité d'endurance est diminuée, l'assurée ayant une mauvaise adaptation à la fatigue dans le contexte de son activité professionnelle.

L'assurée ne présente pas de difficultés à s'affirmer.

L'assurée peut entretenir des contacts avec différents groupes, que ce soit au travail, dans l'association des femmes paysannes vaudoises et les propriétaires des chiens avec qui elle promène les siens. Sa capacité d'évoluer au sein d'un groupe se vérifie dans les activités des femmes paysannes vaudoises, les promeneurs des chiens et son travail.

L'assurée prépare le dîner, promène ses chiens, elle fait le ménage, l'administration.

L'assurée peut prendre soin de son hygiène personnelle.

L'assurée se déplace avec les transports publics, elle se perçoit comme dangereuse si elle conduit la voiture car la fatigue peut avoir un impact sur ses réflexes.

En conclusion, du point de vue strictement psychiatrique, il n'y a pas de limitations fonctionnelles justifiant une baisse de la capacité de travail. »

Dans leur consilium interdisciplinaire, les deux experts ont retenu une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée. Ils ont notamment motivé leur conclusion en relevant que la disparité entre les symptômes algiques et l'atteinte oculaire pouvait s'expliquer de manière interdisciplinaire, la manifestation d'un épisode dépressif chez l'assurée ayant pu accentuer le ressenti douloureux.

Par avis du 15 juin 2023, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire et a retenu une capacité de travail de 80 % dans

l'activité habituelle dès novembre 2020 en raison de ses limitations ophtalmiques. Il a notamment considéré que l'assurée exerçait déjà une activité pouvant être considérée comme adaptée aux limitations fonctionnelles observées. Sur le plan psychiatrique, il a relevé que la capacité de travail aurait pu être à 100 % dès le 21 avril 2021.

Le 4 septembre 2023, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui octroyant une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2019 au 30 avril 2020, basée sur un degré d'invalidité de 56 % puis de 52 %, et un quart de rente pour la période du 1^{er} mai 2020 au 31 janvier 2021, basé sur un degré d'invalidité de 44 % puis de 40 %. Dans sa motivation, l'OAI a considéré que l'assurée présentait une capacité de travail de 80 % depuis novembre 2020 et qu'il n'était pas nécessaire de réaliser une enquête ménagère pour calculer les empêchements dans ses travaux habituels, étant donné que cela n'influençait pas le droit à la rente.

Par courrier du 9 septembre 2023, complété le 14 décembre 2023 et le 5 mars 2024, l'assurée a formulé des observations à l'encontre du projet de décision du 4 septembre 2023 et a conclu au maintien du droit à la rente au-delà du 1^{er} février 2021. En substance, elle a critiqué la valeur probante du volet psychiatrique de l'expertise du 9 juin 2023 au motif qu'elle était empreinte de contradictions et s'appuyait sur des éléments non-médicaux et des considérations arbitraires. Elle a ajouté que l'absence d'enquête ménagère était incompréhensible. Elle a joint à son envoi un questionnaire complété le 15 février 2024 par la Dre P._____, par lequel celle-ci a réitéré son diagnostic d'« antécédent d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques », exprimé son désaccord avec l'expertise précitée au motif qu'elle ne prenait pas en compte son avis de psychiatre traitante et rappelé que les activités non professionnelles de sa patiente lui permettaient de ne pas s'effondrer et de maintenir un équilibre.

Le 20 février 2024, W._____, Sàrl a proposé à l'OAI la prise en charge de moyens auxiliaires sous forme de verres filtrants médicaux. L'OAI a accepté cette proposition le 26 avril 2024.

Le 10 avril 2024, une évaluation économique sur le ménage a été menée au domicile de l'assurée. Dans un rapport y relatif du 17 avril 2024, l'enquêtrice a proposé de retenir un statut d'une personne exerçant une activité lucrative à 80 %. Elle a conclu que l'assurée avait la capacité d'assumer ses tâches ménagères de manière autonome, le cas échéant avec l'aide de son compagnon.

Dans un avis du 14 mai 2024, le SMR a maintenu sa position du 9 avril 2024.

Dans un avis du 19 juin 2024, la juriste de l'OAI a relevé que le volet psychiatrique et consensuel du rapport d'expertise du 12 juin 2023 faisait état d'une pleine capacité de travail qu'à compter de « l'été 2021 », de sorte qu'il fallait tenir compte d'une incapacité de travail à tout le moins jusqu'au courant du mois d'août 2021.

Le 25 juin 2024, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision qui annulait et remplaçait le projet du 4 septembre 2023. Ce nouveau projet prévoyait l'octroi d'une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2019 au 30 avril 2020, basée sur un degré d'invalidité de 56 % puis de 52 %, et d'un quart de rente pour la période du 1^{er} mai 2020 au 30 novembre 2021, basé sur un degré d'invalidité de 44 % puis de 40 %. L'OAI a notamment estimé que l'assurée avait une capacité de travail exigible de 80 % dès le mois d'août 2021.

Dans un courrier du même jour, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'une évaluation économique sur le ménage avait été effectuée, de laquelle il ne résultait aucun empêchement dans la sphère ménagère, qu'il considérait que le rapport d'expertise, y compris son volet psychiatrique, revêtait une pleine valeur probante et que même si un diagnostic d'ordre psychiatrique avait été retenu, les indicateurs topiques de la jurisprudence plaidaient à l'encontre d'une atteinte invalidante.

Par courrier du 2 juillet 2024, l'assurée a réitéré ses observations et son opposition au projet de décision du 25 juin 2024.

Par décision du 2 décembre 2024, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité pour la période allant du 1^{er} octobre 2019 au 30 avril 2020 d'un montant mensuel de 1'062 fr., un quart de rente d'invalidité pour la période allant du 1^{er} mai au 31 décembre 2020 d'un montant mensuel de 531 fr. et, pour la période allant du 1^{er} janvier au 30 novembre 2021 d'un montant mensuel de 536 francs. Au bas de la première page de la décision figurait la mention « Cette décision comporte 16 pages », alors que la décision notifiée en contenait trois.

C. Par acte du 15 janvier 2025, A._____, toujours représentée par son conseil, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant préliminairement à l'ordonnance d'une nouvelle expertise auprès d'un spécialiste en psychiatrie, principalement à l'annulation (*recte* : réforme) de la décision précitée en ce sens qu'elle a droit à la poursuite de son droit à la rente au-delà du 30 novembre 2021 et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi à l'OAI pour nouvelle décision. En substance, elle a invoqué une violation du droit d'être entendu, car la décision communiquée était incomplète et dépourvue de motivation et de voies de droit. Elle a également réitéré ses critiques concernant la valeur probante du volet psychiatrique du rapport d'expertise du 9 juin 2023 en se référant notamment au rapport du 15 février 2024 de la Dre P._____ et a demandé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Elle a enfin fait grief à l'OAI de ne pas avoir analysé l'impact indirect des limitations dans son activité professionnelle sur sa sphère ménagère.

Par réponse du 4 mars 2025, l'intimé a rappelé que la motivation manquante de la décision du 2 décembre 2024 était identique à celle du projet de décision du 25 juin 2024 et que la recourante avait réussi à rédiger et motiver son acte de recours. Il a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 4 juin 2025, la recourante a maintenu ses conclusions.

Par duplique du 30 juin 2025, l'intimé a confirmé les conclusions prises au stade de la réponse en précisant que le questionnaire du 15 février 2024 de la Dre P. _____ n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux et présentait une incohérence entre l'absence d'atteinte à la santé durablement incapacitante, l'attestation d'une incapacité de travail durable à 30 % et la description de limitations fonctionnelles psychiatriques.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile - compte tenu des fêtes hivernales (art. 38 al. 4 let. c LPGA) - auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 30 novembre 2021, singulièrement le taux d'invalidité à la base de cette prestation.

b) 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. Concrètement, cela concerne toute demande d'octroi de rente d'invalidité déposée à partir du 1^{er} juillet 2021 compris (art. 29 al. 1 LAI, inchangé par la réforme).

Dans le cas d'espèce, la recourante a déposé sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le 3 avril 2019. Cette date étant antérieure au 1^{er} juillet 2021, il convient par conséquent d'appliquer l'ancien droit, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

3. A titre liminaire, il convient d'examiner le grief tiré d'une prétendue violation du droit d'être entendue invoquée par la recourante.

a) Conformément à l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions des assureurs doivent contenir les voies de droit et être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties.

Principe constitutionnel découlant des garanties de procédure et d'accès au juge inscrites aux art. 29 à 30 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101 ; CHRISTIAN BOVET/MARINA POPADIĆ in : Bellanger/Candrian/Hirsig-Vouilloz [édit.], Loi fédérale sur la procédure administrative, Commentaire Romand, Bâle 2024, n°2 ad art. 35 PA), l'obligation d'indiquer les voies de droit a pour vocation, en matière d'assurances sociales, de permettre à l'intéressé, d'une part, de reconnaître le caractère décisionnel d'un acte de l'assureur (ATF 134 V 145 consid. 3.2 ; ELODIE SKOULIKAS/VALÉRIE DÉFAGO GAUDIN, in : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales,

Commentaire romand, 2^e édition, Bâle 2025, n°38 *ad* art. 49 LPGA) et, d'autre part, de pouvoir identifier le moyen de droit à sa disposition pour attaquer la décision (opposition ou recours), l'autorité ou la juridiction à laquelle le moyen en question doit être adressé et le délai pour l'utiliser (SKOULIKAS/DÉFAGO GAUDIN, *op. cit.*, n°34 *ad* art. 49).

L'obligation de motivation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., a pour but que la personne destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que la personne concernée puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de la procédure (ATF 150 III 1 consid. 4.5 ; 149 V 156 consid. 6.1 ; 147 IV 249 consid. 2.4 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les références citées). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2).

L'art. 49 al. 3 LPGA dispose également que la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé, consacrant ainsi un principe général du droit qui concrétise la protection constitutionnelle de la bonne foi et les garanties conférées par l'art. 29 al. 1 et 2 Cst. (TF 8C_349/2024 du 19 décembre 2024

consid. 3.2.2 ; 9C_239/2022 du 14 septembre 2022 consid. 5.1 et les références citées). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification : la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice. Il convient à cet égard de s'en tenir aux règles de la bonne foi qui imposent une limite à l'invocation du vice de forme (ATF 150 II 26 consid. 3.5.4 ; 139 IV 228 consid. 1.3 ; 122 I 97 consid. 3a/aa ; TF 8C_349/2024 du 19 décembre 2024 consid. 3.2.2).

b) En l'espèce, il est constant que la décision du 2 décembre 2024 ne contenait que trois pages des seize annoncées et qu'il manquait la motivation et l'indication des voies de droit.

Concernant l'absence d'indication des voies de droit, il convient d'emblée de constater que cela n'a pas porté préjudice à la recourante qui a pu recourir dans le délai légal auprès de la juridiction compétente. Ainsi, malgré le vice dans la notification, celle-ci a atteint son but et la décision lui est opposable.

Il en va de même pour l'obligation de motiver. En effet, comme relevé par l'intimé dans sa réponse du 4 mars 2025, la motivation de la décision du 2 décembre 2024 était identique à celle du projet de décision du 25 juin 2024. A cet égard, il est important de relever que l'intimé avait accompagné son projet de décision d'un courrier du même jour dans lequel il expliquait à la recourante, d'une part, avoir mis en œuvre, à sa demande, une enquête ménagère de laquelle il ne résultait aucun empêchement dans la sphère ménagère et, d'autre part, les motifs pour lesquels il ne suivait pas son avis concernant le volet psychiatrique du rapport d'expertise du 9 juin 2023. A réception de ces documents, la recourante a simplement réitéré ses observations et maintenu ses conclusions en se référant à ses précédentes écritures (cf. courrier du 2 juillet 2024). Par ailleurs, après avoir pris connaissance de l'entièreté du

dossier envoyé le 4 juillet 2024 et des trois pages de la décision du 2 décembre 2024, elle pouvait se rendre compte que les périodes d'octroi de la demi-rente et des deux quarts de rente d'invalidité correspondaient à celles du projet de décision du 25 juin 2024. Le contenu de son recours démontre qu'elle a non seulement saisi les enjeux de la cause, mais qu'elle a également pu faire valoir ses arguments au stade de la présente procédure judiciaire devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer. Enfin, rien n'empêchait la recourante, à la réception de la décision incomplète, de requérir auprès de l'intimé les pages manquantes.

Dans ces conditions, l'argument tiré d'une éventuelle violation du droit d'être entendue de la recourante doit être écarté.

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'assurée 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 être rétablie maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptations 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.

c) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (MICHEL VALTERIO, Commentaire de la loi sur l'assurance-invalidité, Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 2 *ad* art. 28a LAI).

aa) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, le revenu que la personne aurait pu obtenir si elle n'était pas atteinte dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [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/JENNY CASTELLA, in : Dupont/Moser-Szeless [édit.],

Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2^e édition, Bâle 2025, 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]).

d) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut 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, si, étant valide, il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération 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. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 et les références ; TF 9C_250/2021 du 24 mars 2022 consid. 2.2).

5. 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 ; 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).

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 consid. 4.3 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 consid. 5.1). 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).

Il convient en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

Le diagnostic doit résister à des motifs d'exclusion. Il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les symptômes décrits et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi

que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1). Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité. Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

d) Une évaluation économique sur le ménage effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]) 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).

Même si, compte tenu de sa nature, l'évaluation économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que la personne assurée rencontre dans ses activités habituelles en raison

de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (TF 9C_925/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 2.2 et les références citées).

6. a) En l'espèce, l'intimé a considéré que la recourante, dans l'hypothèse où elle n'était pas atteinte dans sa santé, aurait exercé son activité lucrative à un taux de 80 %, le reste étant consacré à l'accomplissement de ses travaux habituels.

b) Cette clé de répartition n'étant pas contestée, il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

7. a) Afin d'évaluer le taux d'invalidité que la recourante présente dans la partie qu'elle consacre à son activité lucrative, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire ophtalmologique et psychiatrique du 9 mars 2023 du X._____.

b) Sur le plan ophtalmique, il ressort du rapport précité que la recourante est, dans le cadre d'un syndrome sec oculaire chronique d'origine mixte (terrain de Rosacée, prise de Cymbalta, pilule contraceptive et travail sur écran), d'une acné rosacée et d'une presbytie, limitée par des brûlures et des sensations de corps étranger liées à la sécheresse oculaire, nécessitant des pauses toutes les heures ou toutes les deux heures. Concernant la capacité de travail de l'intéressée, l'expertise a montré qu'après avoir été nulle jusqu'au mois de mars 2019, elle a progressivement augmenté avant d'atteindre un taux de 80 % en novembre 2020, mois durant lequel le Dr C._____ a envisagé de faire passer la capacité de travail de la recourante de 50 à 80 %. Confirmant les conclusions de l'expertise du L._____ de 2021, le Dr J._____ a en outre

considéré qu'il n'existait plus de signes objectifs d'atteinte de la surface cornéenne justifiant une incapacité durable. Idéalement, dans une activité parfaitement adaptée (travail sans écran, sans poussière, sans climatisation, avec un taux d'humidité ambiante optimale de 40-45 %), l'intimé a considéré que la capacité de travail serait de 100 %, mais que cela impliquerait une réorientation professionnelle complète, qui ne peut pas être exigée dans un contexte où la recourante exerce déjà une activité qui peut être considérée comme adaptée aux limitations fonctionnelles observées (cf. avis SMR du 15 juin 2023).

Le volet ophtalmologique du rapport d'expertise n'étant pas contesté, les conclusions de l'expert J._____, fondées sur une analyse détaillée et convaincante de l'ensemble du dossier, doivent se voir conférer pleine valeur probante.

c) Sur le plan psychiatrique, la recourante critique l'expertise de la Dre M._____, estimant qu'elle est dénuée de toute valeur probante. Pour justifier sa capacité de travail actuelle de 50 %, elle se prévaut de l'avis de la Dre P._____.

aa) Dans son rapport du 9 juin 2023, la Dre M._____ a mis en évidence chez la recourante les diagnostics d'épisode dépressif en 2018 en rémission (CIM-10 F32), de difficultés dans le rapport avec les parents et le frère (CIM-10 Z63.1) et de trait de personnalité évitante non décompensée (CIM-10 F60.6). Selon l'experte, aucun de ces diagnostics n'avait de répercussions sur la capacité de travail de l'expertisée au moment de l'évaluation. Dans le même sens, elle a retenu qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques permettant de justifier une incapacité de travail et que les difficultés liées à la tolérance au stress de la recourante relevaient davantage d'un choix de métier ne lui permettant pas de s'épanouir que d'un problème médical. En l'absence de diagnostic incapacitant actif et face à une situation stabilisée, la Dre M._____ a conclu à une capacité de travail pleine et entière dès l'été 2021.

bb) Dans ses rapports des 14 novembre 2022 et 15 février 2024, la Dre P. _____ a diagnostiqué chez la recourante un antécédent d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques. En 2022, elle a fait état d'une relative stabilité de l'humeur de sa patiente depuis l'été 2021, avec une plus faible augmentation de la fatigabilité qu'auparavant, un amendement des angoisses et sommeil amélioré. A titre de limitations fonctionnelles, la psychiatre traitante a relevé une augmentation de la fatigabilité, des difficultés de concentration et de la difficulté à gérer les facteurs de stress. Elle a conclu à une capacité de travail de 50 %, au vu de l'équilibre précaire dans lequel se trouvait la recourante.

cc) Il ressort de ce qui précède que ni la Dre M. _____ ni la Dre P. _____ ne font état chez l'intéressée d'un diagnostic psychiatrique actuellement incapacitant. En effet, la psychiatre traitante, rejointe par l'experte sur ce point, a retenu uniquement un « antécédent d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques ». A cet égard, on ne saurait considérer « l'équilibre précaire » de la recourante comme un diagnostic médical incapacitant. Sur ce point, il convient de rappeler que la jurisprudence considère qu'en l'absence d'atteinte, il n'existe aucune justification pour une rente d'invalidité (cf. *supra* consid. 5d). On ne saurait ainsi suivre l'avis de la Dre P. _____ lorsqu'elle estime que sa patiente présente encore une incapacité de travail de 30 %.

Au contraire, il appert que l'état de santé psychiatrique de la recourante s'est amélioré depuis l'été 2021, comme le relèvent justement la Dre M. _____ et l'intimé. Cette amélioration semble d'ailleurs corrélée à sa convalescence sur le plan ophtalmique. En effet, la recourante a affirmé que la fatigue et la baisse de la concentration étaient liées à son travail devant les écrans et ses problèmes ophtalmiques (cf. ch. 3.2.8 du volet psychiatrique du rapport du 9 juin 2023) et les experts du X. _____ ont constaté une anxiété relative à une peur de récurrence de ses troubles oculaires (cf. ch. 4.4.3 du consilium interdisciplinaire du rapport du 9 juin 2023). En outre, la Dre M. _____ a expliqué que les difficultés à gérer le stress étaient à mettre en relation avec un choix d'activité

professionnelle, sans que cela ne constitue un problème médical. Cet élément a d'ailleurs été pris en compte par l'intimé lorsqu'il a défini les limitations fonctionnelles visant en particulier à éviter le travail de nuit, les horaires irréguliers, à favoriser une équipe restreinte et bienveillante avec des consignes claires par rapport aux attentes à son égard et à préférer une réduction du poids des responsabilités.

En tout état de cause, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle estime que l'expertise psychiatrique du X._____ se fonde sur une appréciation lacunaire de l'ensemble de sa situation médicale. Dès lors que la Dre M._____ a eu accès à l'ensemble des pièces médicales, en particulier le rapport du 14 novembre 2022 de la Dre P._____, qu'elle a personnellement évalué la recourante, qu'elle s'est prononcée tant sur les diagnostics et les limitations fonctionnelles avancées par la psychiatre traitante, l'expertise psychiatrique du X._____ revêt une pleine valeur probante. En outre, l'argumentation de la recourante selon laquelle l'intimé n'a pas tenu compte du rapport du 15 février 2024 de la Dre P._____ tombe également à faux. Dans celui-ci, la psychiatre traitante réitère les mêmes diagnostics et limitations fonctionnelles énoncées dans son précédent rapport du 14 novembre 2022, se limitant à exprimer son désaccord avec le diagnostic de trouble de la personnalité évitante posé par l'experte et à relever que son avis n'avait pas été pris en compte. Elle ne pose aucun diagnostic différentiel ni n'évoque de limitations fonctionnelles qui n'auraient pas été examinées par l'experte, respectivement le SMR. Tout au plus, la Dre P._____ insiste sur la nécessité pour sa patiente de maintenir des activités en dehors de son travail lui permettant de ne pas s'effondrer d'un point de vue psychique et de permettre un équilibre. Ainsi, à l'instar du SMR (avis du 9 avril 2024), il y a lieu de constater que la psychiatre n'a pas apporté d'éléments nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte par la Dre M._____ dans son analyse.

d) En définitive, il n'y a pas de raison de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire du 9 juin 2023, qui,

fondées sur une analyse détaillée et circonstanciée du dossier de la recourante, revêtent une pleine valeur probante.

8. a) Dans la mesure où la recourante a présenté une capacité de travail fluctuante dans le temps, il reste encore à évaluer son degré d'invalidité pour la part dévolue à l'exercice d'une activité lucrative, en procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité (cf. *supra* consid. 3c/aa). A cet égard, la recourante dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle et aucune autre activité n'est mieux adaptée à ses limitations fonctionnelles (cf. *supra* consid. 7b), de sorte que le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a ; TF 9C_562/2022 du 12 septembre 2023).

b) En l'occurrence, pour la période allant du 1^{er} au 10 novembre 2019, au cours de laquelle la recourante disposait d'une capacité de travail de 30 % dans son activité d'assistante en ressources humaines, son taux d'invalidité était de 70 %. Pour la période allant du 11 novembre 2019 au 5 janvier 2020, au cours de laquelle la recourante disposait d'une capacité de travail de 35 %, son taux d'invalidité était de 65 %. Pour la période allant du 6 janvier au 8 mars 2020, au cours de laquelle la recourante présentait une capacité de travail de 40 %, pour un taux d'invalidité de 60 %. Pour la période allant du 9 au 16 mars 2020, au cours de laquelle la recourante disposait d'une capacité de travail de 45 %, son taux d'invalidité était de 55 %. Pour la période allant du 17 mars 2020 au 31 août 2021, la recourante présentait une capacité de travail de 50 %, son taux d'invalidité s'élevait à 50 %. Depuis le 1^{er} septembre 2021, la recourante a recouvré 80 % de sa capacité de travail et son taux d'invalidité est de 20 %.

9. a) Pour évaluer les empêchements de la recourante dans l'accomplissement de ses travaux habituels, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'enquête à domicile du 17 avril 2024. Il ressort de celui-ci que la recourante est en mesure d'assumer ses tâches ménagères de manière autonome, son compagnon apportant « un peu d'aide », ce qui est

exigible. L'intimé a dès lors conclu à une pleine capacité d'exécuter les tâches ménagères.

b) Dans ce contexte, la recourante critique l'absence d'analyse de l'impact de son incapacité de travail sur sa capacité à exécuter ses tâches ménagères. A cet égard, elle se prévaut de la jurisprudence fédérale et notamment de l'arrêt 9C_332/2018 du 24 octobre 2018, à savoir que « les limitations dans le travail rémunéré avaient des répercussions directes sur les capacités ménagères (épuisement, douleurs accrues), qu'une simple addition des invalidités dans les deux domaines ne reflétait pas correctement la réalité de ses limitations globales et qu'une évaluation spécifique de l'interaction entre les deux sphères était nécessaire pour garantir une compensation équitable ». Dans l'arrêt en question, le Tribunal fédéral a reconnu conforme au droit fédéral le réexamen d'office d'une rente d'invalidité fondée sur un rapport d'expertise pluridisciplinaire, duquel il ressortait qu'une assurée présentait une incapacité de travail globale de 20 %. La Haute Cour a estimé qu'il est plausible que les incapacités de travail attestées par différents médecins spécialistes, chacune à hauteur de 20 % tant sur le plan somatique que psychique, ne s'additionnent pas, si elles sont les deux dues à un besoin accru de pauses ou de repos, ces mêmes pauses pouvant servir à la fois à la récupération physique et mentale (9C_332/2018 du 24 octobre 2018 consid. 3.1 et 3.2). Cette jurisprudence n'est de toute évidence pas pertinente ici.

Pour autant qu'on la comprenne, la recourante considère que la diminution de sa capacité de travail a forcément pour conséquence une diminution de sa capacité à exécuter ses tâches ménagères. Cela signifierait que, dans le cas d'espèce, son incapacité de travail entraînerait des répercussions directes sur sa capacité à accomplir ses travaux habituels, bien que l'enquête à domicile n'ait pas démontré d'empêchement dans ce domaine. A ce stade, il convient toutefois de rappeler que dans le cadre d'un statut mixte (cf. *supra* consid. 4c/cc et 6b), les taux d'invalidités sont calculés en fonction des méthodes applicables dans chaque sphère d'activité. Pour la part active, on

déterminera l'invalidité de la personne en fonction de la méthode dite de comparaison des revenus (cf. *supra* consid. 4c/aa) et, pour la part ménagère, en fonction de la méthode dite spécifique (cf. *supra* consid. 4c/bb). Ces degrés d'invalidité sont ensuite pondérés et additionnés pour aboutir à un degré d'invalidité global (cf. *supra* consid. 4c/cc). A cet égard, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a précisé que les limitations dans le domaine de l'activité lucrative et dans celui de l'activité ménagère doivent être déterminées indépendamment les unes des autres et qu'il n'y a pas de compensation de temps entre les deux domaines (ch. 3702 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] de l'OFAS, valable dès le 1^{er} janvier 2022). Il convient enfin de relever que le domaine du ménage ne comporte pas les exigences de rendement du secteur professionnel et permet une marge de manœuvre substantielle sur le plan organisationnel.

c) Partant, c'est à juste titre que l'intimé a conclu à l'absence d'invalidité dans la sphère ménagère.

10. a) Avant de procéder au calcul du degré d'invalidité global de la recourante, il convient de se prononcer sur la date de l'ouverture du droit à une rente d'invalidité, singulièrement sur le début du délai d'attente d'un an prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI (inchangé par la réforme). Dans sa décision du 2 décembre 2024, l'intimé a considéré que la recourante avait présenté une incapacité durable de travailler depuis le 18 octobre 2018 et estimé que le droit à la rente était ouvert au 17 octobre 2019, faisant ainsi débiter le versement de la demi-rente au 1^{er} octobre 2019 (en application de l'art. 29 al. 3 LAI, inchangé par la réforme). Au vu des éléments versés au dossier, force est toutefois de constater que la date du 18 octobre 2018 ne correspond à aucune des périodes d'incapacité de travail de la recourante attestées médicalement. En effet, le certificat du 11 mars 2019 et le rapport du 11 septembre 2019 du Dr B. _____ indiquent que l'incapacité de travail de la recourante a débuté le 7 novembre 2018. Cette date concorde également avec ce que l'intéressée avait indiqué dans sa demande de prestations du 3 avril 2019. A cet égard, la liste des absences pour maladie et/ou accident produite le

15 mai 2019 par l'employeur de la recourante est le seul document faisant état d'une incapacité de travail le 18 octobre 2018. L'empêchement en question n'a toutefois duré qu'une seule journée. Dans ces conditions, l'incapacité de travail de la recourante ne peut être qualifiée de durable qu'à compter du 7 novembre 2018. Cela signifie également que son droit aux prestations de l'assurance-invalidité ne lui était ouvert qu'au 1^{er} novembre 2019, en application des art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 3 LAI.

b) Ce constat aboutit à un résultat qui est moins favorable pour la recourante, dans la mesure où l'octroi par l'intimé d'une demi-rente de l'assurance-invalidité pour une période débutant le 1^{er} octobre 2019 s'avère erroné.

Il conviendrait en principe, conformément à l'art. 61 let. d LPGA, de réformer la décision litigieuse au détriment de l'intéressée. Cependant, si le juge est tenu d'envisager une *reformatio in pejus* dans un tel cas, la jurisprudence admet qu'il n'est pas tenu d'y procéder et qu'il n'optera pour une telle modification qu'avec retenue, en particulier si des questions d'opportunité ou d'appréciation sont en jeu (cf. ATF 144 V 153, consid. 4.2.4 ; JEAN MÉTRAL in : Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2^e édition, Bâle 2025, n°77 *ad* art. 61 LPGA). Compte tenu des circonstances de la présente affaire et notamment des montants en jeu, la *reformatio in pejus* n'apparaît pas opportune dans le cas particulier. Partant, il y est renoncé.

11. a) Il s'agit enfin d'évaluer le taux d'invalidité global de la recourante - lequel a varié selon les périodes - en application de la méthode mixte (cf. supra consid. 3c/cc), dans le but de déterminer l'étendue du droit à la rente.

b) Pour la période du 1^{er} au 10 novembre 2019, le taux d'invalidité global est de 56 %, compte tenu d'un degré d'invalidité de 70 % pour la part active et de 0 % pour la part consacrée à l'accomplissement des travaux habituels ([70 % x 80 %] + [0 % x 20 %]). Ce taux n'a que très légèrement diminué au cours de la période allant du

11 novembre 2019 au 5 janvier 2020, pour atteindre 52 % ([65 % x 80 %] + [0 % x 20 %]). Il s'ensuit que le droit à une demi-rente est en tout état de cause ouvert en faveur de la recourante jusqu'au 30 avril 2020, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de travail (cf. art. 88a al. 1 RAI).

c) Pour la période allant du 6 janvier 2020 au 31 août 2021, le taux d'invalidité global s'est progressivement réduit, s'élevant à 48 % jusqu'au 8 mars 2020 ([60 % x 80 %] + [0 % x 20 %]), à 44 % du 9 au 16 mars 2020 ([55 % x 80 %] + [0 % x 20 %]) et à 40 % du 17 mars 2020 au 31 août 2021 ([50 % x 80 %] + [0 % x 20 %]). Pour la période allant du 1^{er} mai 2020 au 30 novembre 2021 (trois mois après l'amélioration de la capacité de travail, cf. art. 88a al. 1 RAI), la recourante a droit à un quart de rente.

d) Pour la période dès le 1^{er} décembre 2021, le taux d'invalidité global se monte à 16 % ([20 % x 80 %] + [0 % x 20 %]), taux insuffisant pour maintenir le droit à la rente conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur au 31 décembre 2021).

e) En conséquence, c'est à bon droit que l'intimé a octroyé une demi-rente jusqu'au 30 avril 2020 et un quart de rente du 1^{er} mai 2020 au 30 novembre 2021.

12. Le dossier est pour le surplus complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de compléter l'instruction, comme le requiert la recourante, par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_90/2020 du 17 novembre 2020 consid. 4.3.2 ; 8C :826/2019 du 13 mai 2020 consid. 5.2).

13. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision rendue le 2 décembre 2024 par l'intimé confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur des prestations de l'assurance-invalidité 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.

c) Il n'y a d'ailleurs pas lieu d'allouer de dépens à la 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 2 décembre 2024 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 A._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

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

Le greffier :