

VD_FINDINFO AI 208/16 - 336/2018 vom 21. November 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_208_16_-_336_2018

FR: VD_FINDINFO AI 208/16 - 336/2018 du 21 novembre 2018

IT: VD_FINDINFO AI 208/16 - 336/2018 del 21 novembre 2018

Regeste

AI{ASSURANCE}, EXPERTISE, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, AFFECTION PSYCHIQUE, ADMISSION DE LA DEMANDE, DEMI-RENTE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 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 (cf. 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 d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid 2.1). b) Le litige porte sur le caractère limité dans le temps de la rente octroyée, au motif d'un retour à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tel que fondé sur l'examen de la Dresse E._____ et du Dr T._____, nonobstant les atteintes à la santé psychique de la recourante. L'évaluation des atteintes à la santé physique n'étant ni contestée, ni critiquable, elle ne sera pas remise en question.

E. 3

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail

équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). b) Chez les assurés n'exerçant que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28 a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28 a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA). Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3). C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; également ATF 137 V 334 et 131 V 51 consid. 5.1.2). Pour l'évaluation de l'incapacité sur la part ménagère, selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 ; TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 et les références).

E. 3.2

et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2).

E. 3.5

; 113 V 273 consid. 1a p. 275). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPG (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372, 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; TF 9C_97/2011 du 21 juillet 2011 consid. 4).

E. 4

Pour pouvoir fixer le taux d'invalidité, l'administration (le tribunal en cas de recours) se base sur les documents que les médecins – d'autres spécialistes le cas échéant – doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_58/2013 consid. 3.1). Le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci (cf. art. 61 let. c LPG). Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu (TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2). A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 précité consid.

E. 4.2

; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 précité consid. 4.2). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve

; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_862/2008 précité consid. 4.2 ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2). A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43 ; 9C_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3 ; 8C_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si les médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_392/2010 du 21 décembre 2010 consid. 5.2 ; 9C_341/2010 du 12 octobre 2010 consid. 2.2 ; 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4 ; 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008 consid. 4.2). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (cf. ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

E. 5

Selon la jurisprudence (TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3 et la référence), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (art. 88 a al. 1 RAI). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343

consid.

E. 6

Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid.

E. 7

a) En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport des Drs T._____ et E._____ pour octroyer à la recourante une rente limitée dans le temps. Les médecins traitants ont émis une opinion divergente quant à l'évaluation de la capacité de travail en lien avec l'état de santé psychique de la recourante. Leurs rapports, détaillés et motivés ont conduit le juge instructeur à ordonner la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, dont l'intimé remet en cause la valeur probante. L'intimé ne peut être suivi dans ses critiques. L'expertise du Dr H._____ remplit les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 4). En effet, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, le rapport se fonde sur deux examens de la recourante, son dossier médical complet et procède à une discussion fine d'un cas manifestement délicat, par une approche d'exclusion des diagnostics pouvant entrer en ligne de compte. En particulier, l'expert explique la divergence entre les conclusions des médecins traitants et celles du SMR. Il expose de manière convaincante pourquoi il retient le diagnostic de trouble de l'humeur persistant. Contrairement à ce que soutient l'intimé, on ne saurait reprocher à l'expert d'avoir pris en compte les plaintes de la recourante dès lors que cela relève précisément du mandat d'expertise. Cette dernière n'est pas non plus emprunte de jugements de valeurs, mais procède bien d'une discussion du cas quant à la nature du trouble de l'humeur persistant et son impact sur la capacité de travail résiduelle. L'intimé reproche en particulier à l'expert d'avoir exposé qu'il était évident que la recourante ne reprendrait pas d'activité professionnelle, ce qui démontrerait une certaine subjectivité. On ne voit pas en quoi le fait que l'expert rapporte la démotivation de la recourante à reprendre une activité invaliderait son appréciation de la capacité de travail. Il était au contraire de son devoir de le relever, ceci afin de distinguer appréciation subjective de la recourante et éléments objectifs. L'intimé reproche finalement à l'expert une contradiction dans son appréciation de la capacité de travail puisqu'il dit qu'un changement de médication n'en permettrait pas un recouvrement même partiel, mais retient tout de même une capacité de travail de deux à trois heures par jour. Ceci ne suffit pas à nier la valeur probante de l'appréciation de l'expert. Ce dernier est en définitive clair lorsqu'il affirme que la capacité de travail n'est pas complètement nulle. On comprend finalement qu'une modification de la médication ne serait pas susceptible d'améliorer dite capacité. En définitive, le rapport d'expertise a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et de toutes les pièces médicales pertinentes, la description de l'atteinte à la santé est claire et les conclusions sont dûment motivées, de sorte qu'il convient de leur conférer pleine valeur probante. Au vu de ce qui précède, il n'est pas nécessaire d'examiner les griefs de la recourante à l'encontre des différents rapports du SMR. b) Le Dr H._____ retient une capacité de travail dans une activité adaptée, soit une activité simple non soumise à un rythme soutenu, qui implique des positions variées et ne demande pas d'effort de concentration important, de deux à trois

heures par jour. On retient dès lors que la recourante présente une capacité de travail de 2.5 heure par jour, soit 12.5 heures par semaine, ce qui représente 29.97 % (arrondi à 30 %) pour un plein temps (soit 41.7 heures par semaine conformément aux statistiques sur la durée normale du travail dans les entreprises publiées par l'Office fédéral de la statistique).

E. 8

a) Dès lors que la recourante présente une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à son état de santé, il convient de procéder à une comparaison des revenus selon la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (cf. supra consid. 3b). La recourante soutient que sa capacité de travail est, sur la base des conclusions du Dr H. _____, de 30 %, ce qui n'influence pas son droit à la rente. Cela serait vrai si elle devait être considérée comme active à 100 %. Or son statut est de 70 % active et 30 % ménagère, ce qu'elle n'a pas contesté. Le calcul du degré d'invalidité doit tenir compte de cette pondération. b) Compte tenu de la date de la décision administrative en cause, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (TF 9C_446/2013 et 9C_469/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2), il n'y a pas lieu de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018 (art. 27bis RAI et les dispositions transitoires de la modification du RAI du 1^{er} décembre 2017, RO 2017 7581 ; voir aussi TF 9C_8/2018 consid. 2.3 et 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 6.2). Ainsi, le taux d'invalidité doit être calculé de la manière suivante : $(\text{revenu sans invalidité à 70 \%} - \text{revenu d'invalidité}) / \text{revenu sans invalidité à 70 \%} \times 100 \times 0.7$ (TF 9C_8/2018 du 14 mars 2018 consid. 5.1 ; TF 9C_858/2017 du 20 février 2018 consid. 5.1). c) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3 ; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 8.2.2). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3 ; TF I 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 5.2; VSI 1999 p. 182). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré 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, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 134 V 22 ; ATF 126 V 75). La recourante n'ayant pas repris d'activité professionnelle, c'est à juste titre que l'intimé a déterminé le revenu d'invalidité sur la base de l'ESS, en particulier le salaire auquel peuvent prétendre les

femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé, niveau de compétence 1. L'intimé peut-être suivi dans son calcul du revenu d'invalidé, à ceci près que l'indexation du montant de 51'144 fr. 10, qui correspond à l'année 2012 et tient correctement compte d'un horaire de travail normal dans une entreprise de 41.7 heures par semaine, porte le salaire annuel à 51'914 fr. 10 en 2014 (+ 0.7 en 2013 et + 0.8 en 2014) et non 51'801 fr. 21. Pour un taux d'activité de 30 %, tel que déterminé par le Dr H. _____, le revenu annuel est de 15'574 fr. 20 en 2014. C'est à raison que l'intimé a tenu compte d'un abattement de 10 %. Le revenu d'invalidité est ainsi de 14'016 fr. 80 pour l'année 2014. d) Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé ; le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte si nécessaire de l'évolution des prix et de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1.2.1). On constate en l'espèce avec la recourante que le revenu retenu par l'intimé, soit 32'137 fr., est le montant figurant sur l'extrait du compte individuel de la recourante pour l'année 2011. Il manquerait alors à ce montant une indexation à 2014. Quoiqu'il en soit, l'intimé ne pouvait prendre tel quel ce revenu comme revenu sans invalidité. Il ne correspond en effet pas à un taux d'activité de 70 %. Selon la demande de prestations de la recourante déposée en septembre 2012, son taux d'activité était de 50 %. Dans le questionnaire pour employeur du 3 octobre 2012, L. _____ SA a indiqué que la recourante travaillait 15 heures sur 40 depuis le 1 er juillet 2002, jusqu'à son incapacité totale de travail le 30 mai 2012. Le salaire annuel de la recourante était de 28'092 francs par année depuis le 1 er avril 2012, salaire qui correspondait à son rendement et à ce qu'elle aurait gagné au 3 octobre 2012 sans atteinte à la santé. Le taux d'activité de la recourante pour L. _____ SA avant son atteinte à la santé était donc de 37.5 % (15 heures x 100 / 40 heures), pour un salaire de 28'092 en 2012. La recourante faisait en outre 4 heures de ménage par semaine chez K. _____, jusqu'en septembre 2012, pour un salaire de 4'498 fr. par année, salaire qui était également celui qu'elle aurait perçu sans l'atteinte à la santé selon le questionnaire pour employeur du 5 novembre 2012. Comparé à un nombre d'heures de travail usuel en entreprise de 41.7 heures en 2012, la recourante travaillait pour K. _____ au taux d'activité de 9.6 %. Ainsi, avant l'atteinte à la santé, la recourante travaillait à 47.10 %, pour un salaire annuel de 32'590 fr. selon les données des employeurs. L'intimé s'en était du reste rendu compte, puisqu'il a demandé à la recourante le 5 janvier 2015 d'expliquer pour quelle raison elle avait indiqué sur le formulaire de détermination du statut du 10 octobre 2012 qu'elle travaillerait à 70 % sans atteinte à la santé, alors que son taux d'activité était de 37.5 % L. _____ SA et de 10 % pour K. _____ avant l'incapacité de travail. La recourante a répondu avoir travaillé 20 heures par semaine chez L. _____ SA de 2002 à 2008. De 2004 à 2008, elle faisait en outre le ménage du bureau de K. _____ chez L. _____ SA pour l'équivalent d'un 10 %. Parallèlement, elle travaillait comme femme de ménage chez K. _____ à raison d'environ 4 heures par semaine, soit également 10 %. Ces trois activités cumulées correspondent à un taux d'activité de 70 %. La recourante a précisé que pour des raisons économiques, L. _____ SA l'avait contrainte à travailler une heure de moins par jour et lui avait enlevé la charge du bureau de K. _____, ce qu'elle ne souhaitait pas. Comme sa santé se dégradait déjà, elle n'avait toutefois pas cherché une autre activité pour compenser cette perte d'activité. Il

ressort en effet d'un courrier datant vraisemblablement de 2007 de L. _____ SA à la recourante que, dès le 1^{er} décembre 2007 son taux de travail effectif quotidien serait réduit et que dès le 1^{er} janvier 2008, elle n'aurait plus à effectuer le nettoyage du bureau de K. _____. Bien qu'il ne soit précisé nulle part au dossier à partir de quand la recourante a effectué les heures de ménage en privé chez K. _____, il peut être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante que la recourante aurait bien travaillé à 70 % sans atteinte à la santé, ce que l'intimé a du reste admis en confirmant le statut d'active à 70 %. L'intimé ne pouvait dès lors se fonder sur un revenu sans invalidité correspondant à un taux d'activité inférieur. La recourante expose qu'elle présentait déjà des troubles avec répercussion sur la capacité de travail depuis 2008, de sorte que le revenu sans invalidité devrait être calculé en fonction des revenus perçus antérieurement, à savoir en 2007. La recourante ne peut être suivie dans son raisonnement. Bien qu'il soit entendu que lorsque L. _____ SA a réduit son taux d'activité, c'est en raison de son état de santé que la recourante n'a pas cherché une activité complémentaire, il n'y a pas au dossier de pièce qui démontrerait que les salaires perçus par la recourante postérieurement à 2007 auraient été fixés en tenant compte de l'atteinte à sa santé. Les salaires indiqués par les deux employeurs correspondaient à son rendement et à ce qu'elle aurait gagné sans atteinte à la santé au taux de 47.10 %. On ne voit dès lors pas de motif de s'en écarter. Il convient dès lors d'extrapoler le revenu annuel de 32'590 fr. correspondant au taux d'activité de 47.10 % pour la même activité exercée à 70 %. Dans cette mesure, la recourante aurait gagné, en 2012, 48'435 fr. 20. Indexé à 2014, ce montant est de 49'164 fr. 40. Conformément à la formule décrite au considérant 8 supra, le degré d'invalidité de la recourante pour la part active se détermine comme suit : $(49'164 \text{ fr. } 40 [\text{revenu sans invalidité à } 70 \%] - 14'016 \text{ fr. } 80 [\text{revenu d'invalidité}]) / 49'164 \text{ fr. } 40 \times 70 \%$, soit un degré d'invalidité de 50 %. e) Afin de déterminer le degré d'invalidité présenté par la recourante dans la tenue de son ménage, l'intimé a réalisé une enquête ménagère à son domicile le 24 mars 2015 et retenu un empêchement de 8.8 %, soit 2.64 % sur une part ménagère de 30 %. Le rapport d'enquête du 26 mars 2015 peut se voir conférer pleine valeur probante selon les réquisits jurisprudentiels (cf. supra consid. 3b) et n'est du reste pas remise en cause par la recourante. f) En définitive, il convient de retenir qu'au-delà du 31 décembre 2014, la recourante présente un degré d'invalidité de 52.64 % lui donnant droit à une demi-rente d'invalidité.

E. 9

Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la rente entière d'invalidité octroyée à la recourante dès le 1^{er} mai 2013 est réduite à une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2015.

E. 10

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à la charge de l'intimé.