

VD_FINDINFO AI 299/14 - 239/2015 vom 14. September 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-09-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_299_14_-_239_2015

FR: VD_FINDINFO AI 299/14 - 239/2015 du 14 septembre 2015

IT: VD_FINDINFO AI 299/14 - 239/2015 del 14 settembre 2015

Regeste

NOUVELLE DEMANDE, RENTE D'INVALIDITÉ, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION, ADMISSION PARTIELLE, RENTE TEMPORAIRE | 28 LAI, 29 LAI, 16 LPGA, 17 LPGA, 88a RAI

Erwägungen

E. 14

septembre 2015 _____ Composition : Mme Berberat , présidente Mme Di Ferro Demierre et Mme Pasche, juges Greffière : Mme Simonin ***** Cause pendante entre : N. _____ , à Lausanne, recourante, représentée par Centre social protestant, à Lausanne, et Y. _____ , à Vevey, intimé. _____ Art. 6, 7, 8, 16, 17 LPGA, 28, 29 LAI, 88a RAI E n f a i t : A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, travaillait depuis le 1 er mai 1991 comme employée au guichet à [...]. Elle a présenté des incapacités de travail à des taux variables depuis le 16 décembre 2003 et H. _____, assurance perte de gain de l'employeur, a versé des indemnités journalières à compter du 14 février 2004. Le 14 avril 2005, elle a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), en indiquant souffrir de dépression. Dans un rapport du 6 mars 2004 à H. _____, le Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a diagnostiqué un état anxio-dépressif d'intensité moyenne, le traitement ayant débuté le 13 décembre 2003. Il a expliqué que la patiente avait développé des troubles du sommeil, un état de fatigue, un état d'angoisse, des nausées et un état de tristesse, depuis septembre 2003 en relation avec des pressions professionnelles. Dans un rapport du 20 mai 2005 à l'OAI, le Dr Q. _____ a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail d'épisode anxio-dépressif de sévérité moyenne récidivant existant depuis janvier 1999 et sans effet sur la capacité de travail, une tendinopathie de la coiffe des rotateurs existant depuis 2003. Il a écrit ce qui suit : « 3. La patiente a été vue en janvier 1999 pour un premier épisode anxio-dépressif suite au décès de son père d'une sclérose en plaques en décembre 1998, âgé de 65 ans. Cette prise en charge a permis de pouvoir aider la patiente dans le processus de deuil et elle a reçu un traitement anxiolytique et elle a pu faire face à ses obligations professionnelles et la prise en charge s'est terminée en mai 1999. Elle a été revue en juin 2003 pour des cervico-brachialgies droites qui avaient amené une impotence presque complète mais un examen neurologique pratiqué le 27 juin 2003 était normal de même que l'EMG. Il avait été conclu davantage à une tendinite de la coiffe des rotateurs. La patiente a été revue depuis le 16.12.2003 pour un nouvel état dépressif essentiellement dans le cadre de difficultés professionnelles et un épuisement professionnel lié à des changements d'horaires et des tensions au niveau du travail. Les symptômes étaient essentiellement une inappétence, une insomnie, des angoisses, des nausées et un état de

tristesse. Cette situation a nécessité un traitement anxiolitique puis anti-dépresseur et une incapacité de travail. En mars 2004, elle a consulté à la policlinique psychiatrique. En mars 2004, la situation est devenue telle qu'un tentamen a pu être évité de justesse et qu'elle a ensuite été hospitalisée quelques jours à l'hôpital de [...] par le Dr [...], en mars 2004. 4. La patiente travaille actuellement à 50% mais elle a de la peine à s'adapter aux pressions de stress professionnel et ne pourrait pas travailler à 100% en raison du peu de résistance psychique. Elle ne supporte pas non plus les changements d'horaire et c'est surtout le rythme qui l'éprouve passablement. Actuellement, sa situation est relativement stable, mais elle est très fatiguée. [...] ». Le Dr Q. _____ a encore précisé qu'à D. _____, les autres activités de factrice et de trieuse envisageables n'étaient pas adaptées, en raison des limitations psychiques de l'assurée. Selon lui, l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée comme par exemple vendeuse, réceptionniste ou opératrice de saisie. Il était également d'avis que l'activité exercée jusqu'ici était possible à 50% et en évitant les horaires irréguliers ou de nuit. Le 24 mai 2005, l'assurée a complété le formulaire 531bis à la demande de l'OAI, dans lequel elle a indiqué que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 75% comme opératrice de saisie, réceptionniste, ou au guichet de la poste et ce depuis 2005 ou 2006. Dans un rapport du 26 mai 2005 à l'OAI, la Dresse T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à l'Hôpital de [...] -où l'assurée a séjourné du 25 mars au 15 avril 2004 - a posé le diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, existant depuis 1998. La Dresse T. _____ a indiqué que l'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis 2003 comme employée à D. _____. Selon elle, l'état de santé de l'assurée s'améliorait à sa sortie de l'hôpital, et il pouvait s'améliorer encore avec des mesures médicales. Pour le surplus, elle renvoyait à l'opinion du Dr O. _____, psychiatre traitant, précisant que lors de sa sortie de l'hôpital, « rien ne supposait que la patiente ne pouvait pas reprendre son emploi à la poste ». La Dresse T. _____ a de plus écrit ce qui suit : « 3. Anamnèse Anamnèse familiale et personnelle : Mme N. _____ est la cadette de 4 enfants, elle décrit une enfance assez terne, se sentant souvent « forcée » par ses parents, décrits comme très sévères et rigoureux. Notion d'antécédents de dépression chez une tante maternelle. Son père, décédé en 1998 à l'âge de 65 ans, atteint d'une sclérose en plaques, est tombé malade lorsqu'elle commençait son apprentissage de couturière. Mme N. _____ dit s'être beaucoup rapprochée de son père sur la fin de sa vie, en l'assistant alors qu'il était devenu dépendant. Sa mère a subi en 1998 l'ablation d'un sein suite à un cancer ; elle est décrite comme une personne assez froide, avec qui elle n'a plus eu de contact et à laquelle elle peut difficilement se confier. Après avoir terminé son apprentissage (qu'elle avait très peu investi), Mme N. _____ a travaillé dans le secrétariat ainsi que dans d'autres branches. Mme N. _____ se marie à l'âge de 25 ans, puis se consacre entièrement à l'éducation de ses deux garçons actuellement âgés de 12 et 15 ans. Le couple possède d'abord une entreprise de transports dans laquelle Mme N. _____ travaillait comme secrétaire, l'entreprise a dû être abandonnée en 1999 en raison de difficultés financières. Puis son mari travaille pour la ville de [...], au service des sports, comme concierge. Il est décrit comme « très calme et endurant ». Il y a un an environ, Mme N. _____ décide de suivre une formation accélérée pour un emploi à D. _____, emploi qu'elle poursuit jusqu'à décembre 2003. Depuis lors, elle est en arrêt maladie en raison d'un état anxiodépressif. Antécédent psychiatrique : Mme N. _____ relate avoir présenté un premier épisode dépressif, de sévérité moins importante que l'actuel, suite à la mort de son père en 1998. A l'époque, pendant une période d'environ 6

mois, elle avait ressenti de la tristesse liée au manque de son père, dont elle s'était occupée activement pendant la dernière phase de son existence. Cette symptomatologie n'a pas entraîné de diminution significative du fonctionnement social et familial. Aucun traitement médicamenteux spécifique (antidépresseur) n'avait été introduit alors. En dehors de cet épisode, Mme N. _____ n'aurait pas présenté jusqu'ici d'autres épisodes de troubles affectifs.

4. Plaintes subjectives La patiente se plaint d'une tristesse, de perte de plaisir, d'idées de dévalorisation et d'un sentiment de culpabilité. Elle se plaint également de difficultés de concentration avec troubles du sommeil, avec difficultés d'endormissement et réveils matinaux précoces. Elle décrit également une baisse de l'appétit avec perte de poids non chiffrée ainsi qu'une fatigue et fatigabilité accrue associée à une perte d'énergie ainsi qu'une irritabilité.

5. Constatations objectives Patiente faisant son âge, de présentation correcte, orientée aux 4 modes, collaborante, légèrement anxieuse durant l'entretien. Elle ne présente pas de troubles formels de la pensée. La thymie est triste, nous notons une perte de plaisir, des idées de dévalorisation, un sentiment de culpabilité vis-à-vis de son entourage et un sentiment d'insuffisance. Nous notons également des difficultés de la concentration. Aucun symptôme psychotique floride net. (...)

7. Thérapie / Pronostic Cet épisode dépressif s'inscrit dans un contexte de conflictualité et de mobbing au travail. Il ne s'agit pas toutefois d'un premier épisode pour cette femme, qui nous a relaté un précédent épisode dépressif en 1998. L'évolution de Mme N. _____ a été favorable pendant l'hospitalisation : rapidement, la patiente a pu bénéficier du cadre hospitalier, a pu prendre de la distance par rapport à sa problématique professionnelle. L'humeur s'est améliorée et les idéations suicidaires ont disparu, sous traitement d'antidépresseur avec de la Fluoxetine à 40 mg/j., bien toléré par la patiente. Sur le plan psychothérapeutique, l'expérience récente de Mme N. _____ l'a motivée à poursuivre, après l'hospitalisation, une prise en charge individuelle. C'est ainsi qu'à sa sortie de l'hôpital, Mme N. _____ a pris contact avec le Dr O. _____ à [...] pour la suite du traitement ». Il ressort d'une note d'entretien entre l'OAI et l'assurée du 1^{er} novembre 2005 que celle-ci avait cessé d'aller chez le Dr O. _____, médecin qu'elle avait consulté depuis sa sortie de [...] au mois de mars 2005 (recte : 2004). Pour le moment, elle était uniquement suivie par le Dr Q. _____. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée le 3 mai 2006. Il en ressort que l'assurée avait exercé son activité lucrative selon les taux suivants : 50% de 75% de novembre 2004 à fin avril 2005, 0% de mai à octobre 2005, reprise le 1^{er} novembre jusqu'à mi-décembre 2005, puis reprise à 75% de son 75% depuis le 1^{er} janvier 2006. L'enquêtrice n'a pas retenu d'empêchements dans les activités ménagères, toute la famille s'entraidant pour les activités ménagères. L'enquêtrice a fixé la part de l'activité lucrative à 75% et celle de l'activité ménagère à 25%. Dans un rapport du 15 août 2006, la Dresse K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a écrit qu'après sa sortie de [...], le 15 avril 2004, l'évolution de l'état de l'assurée avait été lentement favorable, celle-ci ayant pu reprendre son activité professionnelle à des taux variables, les arrêts de travail étant justifiés pour cause de dépression. Dès janvier 2006, elle travaillait de nouveau à 100% de son 75%. Selon la Dresse K. _____, la dépression était actuellement en rémission complète et la capacité de travail de l'assurée était de 100% de son taux habituel comme collaboratrice à D. _____, depuis janvier 2006. Il ressort d'une fiche d'examen de l'OAI du 10 janvier 2007 que l'assurée travaillait à 50% depuis le mois de juillet 2006. Par décision du 21 février 2007, confirmant un projet de décision du 10 janvier 2007, l'OAI a constaté que l'assurée n'avait pas le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il s'est fondé sur les

motifs suivants : « Vous travaillez à 75% à D. _____ depuis le 1^{er} septembre 2000. Depuis le mois de décembre 2003, suite à une atteinte à la santé, vous avez présenté des épisodes d'incapacités de travail à différents taux et pour des périodes variables. Ces taux (moins de 40%) ainsi que la durée de ces périodes n'ont pas ouvert le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. L'évolution favorable de votre atteinte vous a permis de reprendre votre activité professionnelle à 50% depuis l'été passé. Votre incapacité de travail dès lors est de 25%. Une enquête ménagère a été effectuée le 27 avril 2006. Il ressort de cette enquête que vous ne présentez pas d'empêchements dans vos travaux ménagers ». L'assurée n'a pas contesté cette décision, qui est entrée en force. B. Le 20 novembre 2012, le Centre de psychothérapie Z. _____ a complété un formulaire de détection précoce concernant l'assurée. Il en ressortait que cette dernière avait divorcé, et que de novembre 2010 jusqu'à octobre 2012, elle faisait des devoirs surveillés pour l'arrondissement scolaire [...], à raison de 6h30 par semaine. Depuis le 9 avril 2012, elle se trouvait en incapacité totale de travail, en raison de « douleurs à la jambe et problèmes d'alcool ». Dans un rapport initial de détection précoce du 10 décembre 2012, l'OAI a écrit ce qui suit : « Une première demande avait été faite en 2005, pour dépression. Selon le rapport SMR du

E. 16

LPGA ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI ; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (cf. art. 28a al. 3 LAI ; cf. ATF 137 V 334, ATF 130 V 393, et ATF 125 V 146). aa) Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI ; méthode ordinaire de comparaison des revenus). bb) L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI ; méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité). cc) Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI ; méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). c) La détection précoce a pour but de prévenir l'invalidité (art. 8 LPGA) de personnes en incapacité de travail (art. 6 LPGA). L'office AI examine la situation personnelle de l'assuré, en particulier son incapacité de travail et les causes et conséquences de celle-ci, et détermine si des mesures d'intervention précoce au sens de l'art. 7d LAI sont indiquées (art. 3c al. 2 LAI). Au besoin, l'office AI ordonne à l'assuré de s'annoncer à l'AI (art. 29 LPGA) (art. 3c al. 6 LAI). d) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2). Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le

tribunal – se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Par ailleurs, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise ordonnée par l'administration ou par le juge, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de ces derniers afin de les éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). En revanche, il n'y a pas lieu de procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb : cf. également TF 9C_113/2010 du 25 juin 2010 consid. 3.3). Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Toutefois, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin

interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6) (voir également TF 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3 ; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3). f) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références). 4. a) Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) (teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1). b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 et TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2). c) Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art.

LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose 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 la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3 et les références citées). Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

5. a) Dans le cas d'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par N._____ et a repris l'instruction de la cause. Il en ressort notamment que l'assurée, après avoir été licenciée de D._____ avec effet au 1^{er} novembre 2009, travaillait depuis avril 2011 comme répétitrice scolaire pour les devoirs surveillés, à raison de 6 heures 30 par semaine. b) En ce qui concerne l'état de santé de la recourante au plan physique, il ressort des pièces du dossier qu'elle a fait une chute le 9 avril 2012 laquelle a causé une fracture à sa jambe droite associée à une fracture des malléoles interne et postérieure, traitées le 11 avril 2012 par réduction ouverte et ostéosynthèse des malléoles ainsi qu'un enclouage du tibia. En novembre 2012, l'intéressée a été examinée par la Dresse M._____, qui a relevé que la patiente décrivait des douleurs aux genoux et disait être gênée par le matériel au niveau de la malléole. Elle a posé un pronostic favorable et relevé qu'il faudrait prévoir l'ablation du matériel d'ostéosynthèse une année après l'opération. S'agissant de la capacité de travail de la recourante au plan somatique, vu l'avis largement concordant des médecins somaticiens, le Dr Q._____ et le Dr S._____, il convient de retenir que cette dernière a présenté une incapacité totale de travail depuis le 9 avril 2012 jusqu'au 20 mars 2013 à tout le moins (date du rapport médical du Dr Q._____). En raison de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, l'assurée a de nouveau présenté une incapacité totale de travail du 1^{er} au 19 mai 2013. Le Dr [...] a attesté la possibilité d'une reprise d'activité à 100% dès le 20 mai 2013. S'agissant de l'évolution postérieure, et comme le relève l'avis SMR du 3 février 2015, aucun indice au dossier ou aucun élément avancé par l'assurée ne permettent de douter que la situation après l'ablation de matériel d'ostéosynthèse en mai 2013 n'a pas évolué favorablement et que l'assurée ne présente pas une capacité de travail entière dans une activité adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles somatiques suivantes : peu de marche et de station debout (cf. avis SMR des 28 mars 2013 et 3 février 2015). Dans ces conditions, la capacité de travail de la recourante au plan somatique étant établie au degré de la vraisemblance prépondérante, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction, sous la forme d'une expertise orthopédique, comme elle le requiert. c) Du point de vue psychiatrique, les rapports du Dr X._____ et de l'experte W._____ sont partiellement contradictoires. Au plan des diagnostics retenus d'abord, le Dr X._____ a posé celui de trouble de la personnalité émotionnellement labile compulsif ainsi que des troubles liés à l'utilisation de l'alcool, alors que la Dresse W._____ a diagnostiqué un trouble anxieux d'intensité légère présent depuis plusieurs années, incapacitant depuis 2012 et un trouble dépressif récurrent, en rémission au moment de l'expertise, avec un premier épisode en 1998 et un deuxième épisode en 2004. La Dresse W._____ a en particulier expliqué de manière convaincante pourquoi elle ne diagnostiquait pas un trouble de la personnalité émotionnellement labile : en effet, pour retenir un diagnostic de trouble de la personnalité,

ce dernier doit, d'après les explications de l'experte, se manifester dès l'enfance, persister à l'adolescence et émerger de manière florissante à l'âge adulte, ce qui n'est pas le cas chez l'assurée. L'experte a néanmoins précisé que des traits de la personnalité impulsive étaient présents (cf. expertise p. 23). L'on ne peut donc suivre la recourante dans la mesure où elle reproche à l'experte de ne pas avoir expliqué pourquoi elle s'écartait du diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile posé par son psychiatre traitant, lequel n'a au demeurant pas explicité les critères sur lesquels il se fondait pour poser un tel diagnostic, ni les médecins de [...] (voir expertise W. _____ p. 8). Les deux autres diagnostics posés par l'experte sont également étayés de manière claire et convaincante, étant fondés sur l'anamnèse et un entretien avec l'expertisée. L'experte a en particulier précisé que « la notion de plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de périodes de rémission permettait de retenir, selon la définition de la CIM-10, le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Actuellement ce trouble est en rémission ». Elle a également expliqué que chez la recourante, « le seuil anxiogène est abaissé et s'accompagne d'une anxiété anticipatrice avec parfois des conduites d'évitement. Ces symptômes correspondent, selon la définition de la CIM-10, à un trouble anxieux, sans précisions ». S'agissant de la dépendance à l'alcool, l'experte W. _____ a conclu qu'elle était secondaire au trouble dépressif récurrent et au trouble anxieux et n'était pas incapacitante au moment de l'expertise. Cela étant, malgré les divergences au plan diagnostic entre le psychiatre traitant et l'experte, leur appréciation de la capacité de travail de la recourante d'un point de vue psychiatrique concorde largement s'agissant de la période courant de juillet 2012 à fin 2013. Ils sont en effet tous deux d'avis que la recourante était totalement incapable de travailler de juillet 2012 – date de son hospitalisation à [...] pendant une semaine dans le contexte d'une alcoolisation aiguë – à juillet 2013, moment à partir duquel le Dr X. _____ a attesté que la recourante pouvait reprendre une activité à 50% dans un cadre adapté. La Dresse W. _____ est également d'avis que la recourante pouvait exercer une activité adaptée à 50% depuis mi-juillet 2013. Dans ces conditions, il convient de retenir que l'assurée a effectivement présenté une incapacité totale de travail au plan psychiatrique de juillet 2012 à juillet 2013. On ne saurait donc suivre l'intimé qui considère que la recourante avait recouvré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à compter de mars 2013, en se fondant sur l'avis du médecin traitant - lequel avait mentionné dans son rapport du 20 mars 2013 une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (soit une activité dans une ambiance calme et sans stress) (cf. l'avis SMR du 3 février 2015). En effet, concernant l'état de santé psychique de la recourante, l'opinion concordante des spécialistes en la matière doit l'emporter. Par ailleurs, on relèvera que le médecin traitant s'était prononcé avant que la mesure auprès d'I. _____ ne soit interrompue pour des motifs somatiques (soit en raison de l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse effectuée en mai 2013) et psychiatriques (cf. le rapport d'I. _____ du 25 juin 2013). En ce qui concerne la période courant à compter de janvier 2014, l'experte relève que l'assurée a de nouveau une relation suivie avec son ami, qu'elle a repris des loisirs et des contacts avec ses diverses amies et qu'elle sort quotidiennement se promener. Elle en conclut ainsi, de manière convaincante, que le trouble dépressif est en rémission. Par ailleurs, elle expose que le trouble dépressif récurrent et le trouble anxieux entraînent comme limitations des variations de la thymie en fonction des circonstances existentielles, une fatigabilité psychique, une vulnérabilité au stress et une diminution des capacités adaptatives et entraînent une diminution de 30% de sa capacité de travail ; l'experte précise que des activités sont exigibles de la part de l'assurée pour autant qu'elles s'exercent dans

un environnement avec peu de stress. Ces explications sont dûment motivées, prennent en compte l'anamnèse et les plaintes de l'assurée et emportent ainsi conviction. Le grief de la recourante selon lequel l'expertise est contradictoire car l'experte estime qu'elle peut travailler 6h30 par jour malgré la vulnérabilité au stress et une diminution des capacités adaptatives, est infondé, dès lors que précisément l'experte a tenu compte de ces limitations en retenant que l'assurée avait une diminution de la capacité de travail de 30% et devait travailler dans un environnement avec peu de stress. On ne saurait non plus reprocher à l'experte de n'avoir pas procédé à des tests psychologiques complémentaires, vu la large autonomie dont jouit l'expert dans la manière de conduire son expertise (cf. TF 9C_732/2012 du 26 novembre 2012 consid. 4.2). On relèvera d'ailleurs qu'aucun médecin n'a suggéré la réalisation de tels tests. Enfin, comme cela ressort de l'avis SMR du 12 novembre 2014, le rapport du Dr X. _____ du 13 octobre 2014 ne permet pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise. En effet, ce médecin ne pose pas un diagnostic différent de ceux retenus par l'experte, excepté le trouble de la personnalité émotionnellement labile que celle-ci a réfuté de manière convaincante (cf. ci-dessus). Au demeurant, il convient de tenir compte du fait qu'en tant que psychiatre traitant, il peut être enclin à prendre le parti de sa patiente. Par conséquent, la capacité de travail de la recourante au plan psychique est établie sur la base d'une expertise probante qui remplit les réquisits jurisprudentiels en la matière. En particulier, les points de divergence avec l'appréciation du psychiatre traitant sont étayés par l'experte de manière convaincante ; de plus l'évolution de la capacité de travail de la recourante jusqu'à la date de la décision litigieuse (cf. TF 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3 et les références, selon lequel le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative) a pu être établie au degré de la vraisemblance prépondérante, tant du point de vue psychique que somatique (cf. supra b). Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction en la forme d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, ou de la tenue d'une audience en présence des Drs W. _____ et X. _____, le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 136 I 229 consid. 5.3, ATF 134 I 140 consid. 5.3). d) Vu ce qui précède, l'on ne peut suivre entièrement l'OAI dans son appréciation de la capacité de travail de la recourante, qui doit être fixée comme suit, vu les atteintes physiques et psychiques de la recourante : 0% dans toute activité du 9 avril 2012 à mi-juillet 2013, 50% de mi-juillet 2013 à fin 2013 dans une activité adaptée (soit une activité dans une ambiance calme, avec peu de stress, avec peu de marche et de station debout) et 70% dès le 1^{er} janvier 2014 dans une activité adaptée. 6. Il reste à examiner le taux d'invalidité de la recourante pour ces trois différentes périodes, respectivement le droit à la rente, étant donné que la recourante conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2013. Dans le cas d'espèce, il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, l'assurée ayant déclaré dans le formulaire 531bis du 28 janvier 2013, ainsi que lors de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 31 octobre 2013, que sans atteinte à la santé elle travaillerait à 80% pour des raisons financières (cf. supra consid. 3b). C'est donc à juste titre que l'OAI a retenu un statut d'active à 80% et de ménagère à 20%. La recourante ne le conteste d'ailleurs pas. a) aa) Selon la méthode générale de la comparaison des revenus (applicable à la part active), l'invalidité est évaluée en comparant le revenu que l'assuré pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui sur un marché du travail équilibré

(revenu d'invalidé) avec le revenu qu'il aurait obtenu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main-d'oeuvre. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 ; TF 9C_446/2008 du 18 septembre 2008, 9C_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références citées). La comparaison des revenus (revenu avec invalidité et revenu sans invalidité) s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). Ce n'est qu'en cas de circonstances particulières qu'il peut se justifier que l'on s'en écarte et que l'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser selon toute vraisemblance en tant que personne valide, par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (TFA B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2 et les références citées; voir également TFA I 201/06 du 14 juillet 2006, consid. 5.2.3). Pour estimer le revenu d'invalide lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant

toujours sur la médiane ou valeur centrale. Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175 ; Ueli Kieser, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ASTG), in : SBVR, Soziale Sicherheit, 2^{ème} édition, Bâle 2007, ch. 25, p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; ATF 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71 consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25% (cf. notamment : TF 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.5). bb) Vu l'incapacité totale de travail de la recourante dans toute activité d'avril 2012 à juillet 2013, elle a le droit à une rente entière d'invalidité. En effet, le taux d'incapacité de travail se confond dans ce cas avec le taux d'invalidité pour la part active (cf. TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6) ; dès lors en l'occurrence, pour la seule part active, le taux d'invalidité s'élève à 80% (100% x 80%), à l'ouverture du droit à la rente, soit le 9 avril 2013 (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI). Toutefois, la recourante ayant déposé sa demande de prestations AI le 31 décembre 2012, la rente entière est versée à compter du 1^{er} juin 2013 (art. 29 al. 1 et al. 3 LAI), jusqu'au 31 octobre 2013, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail constatée à la mi-juillet 2013 (cf. art. 88a al. 1 RAI). cc) S'agissant de la période de mi-juillet 2013 au 31 décembre 2013, et celle à compter du 1^{er} janvier 2014, il se justifie, comme l'a relevé l'OAI dans sa fiche d'examen du droit à la rente du 3 septembre 2014, de se fonder sur l'ESS pour déterminer le revenu hypothétique sans invalidité, pour la part active, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par la recourante. En effet, il apparaît très vraisemblable que même sans atteinte à la santé celle-ci n'aurait pas conservé son travail auprès de [...], vu ses problèmes d'alcool. De plus, elle a cessé cet emploi le 1^{er} novembre 2009, soit plus de trois ans avant de déposer sa nouvelle demande de rente le 31 décembre 2012. Par ailleurs, vu le taux d'occupation de l'assurée dans l'activité de surveillante de devoirs (6 heures 30 par semaine), qu'elle a exercée d'avril 2011 jusqu'à l'accident d'avril 2012, il apparaît que

le salaire qu'elle a perçu dans ce cadre ne correspond pas à ce qu'elle aurait été en mesure de réaliser selon toute vraisemblance en tant que personne valide, dès lors qu'il est hautement probable qu'elle rencontrait déjà des difficultés professionnelles en raison de son état de santé avant l'accident du mois d'avril 2012. A cet égard, le salaire médian réalisé par les femmes en 2010, dans des activités simples et répétitives, était de 4'225 fr. par mois. Compte tenu d'un horaire de travail hebdomadaire dans les entreprises de 41.7 heures en moyenne en 2013 (La Vie économique, 11-2014, tableau B 9.2), de l'indexation de 1% en 2011 et de 0.8% en 2012 (La Vie économique 9-2013, p. 95, B. 10.2) et de 0.7% en 2013, (les données statistiques concernant la durée du travail et l'indexation en 2014 n'étant pas encore parues dans la revue La Vie économique à la date de l'arrêt de la Cour de céans), c'est un revenu annuel sans invalidité de 43'348 fr. 56 qu'il y a lieu de retenir à 80% (soit 54'185 fr. 70 à 100%) et non de 42'945 fr. comme l'a retenu l'intimé. Pour fixer le revenu d'invalidé pour la période courant de mi-juillet 2013 au 31 décembre 2013, et pour celle courant à partir de janvier 2014, il sied également de se fonder sur l'ESS, la recourante n'ayant pas repris d'activité adaptée raisonnablement exigible et ne contestant pas le fait de se référer au salaire statistique. Dès lors, le salaire médian retenu ci-dessus est également déterminant. Cela étant, vu les limitations fonctionnelles physiques et psychiques de la recourante, il apparaît opportun d'appliquer un abattement de 15% sur ce revenu statistique. Dès lors, le revenu d'invalidé est de 23'028 fr. 95 pour la première période (27'092 fr. 85 - 4'063 fr. 90) et de 32'240 fr. 50 pour la seconde (37'929 fr. 99 - 5'689 fr. 49). Vu ce qui précède, le taux d'invalidité pour la part active est de 46,9% pour la période de mi-juillet 2013 au 31 décembre 2013 ($[43'348 \text{ fr. } 56 - 23'028 \text{ fr. } 95] / 43'348 \text{ fr. } 56 \times 100$) et de 25.62% ($[43'348 \text{ fr. } 56 - 32'240 \text{ fr. } 50] / 43'348 \text{ fr. } 56 \times 100$) depuis le 1^{er} janvier 2014. b) La recourante conteste en substance la valeur probante du rapport de l'enquête économique sur le ménage du 4 novembre 2013 faisant valoir que ses « divers troubles, d'ordre psychique, diminuent significativement son rendement, respectivement ses capacités domestiques ». aa) 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 128 V 93 ; cf. TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Il convient enfin de préciser que les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; cf. TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1). bb) En l'espèce, l'enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de la recourante, de sorte que l'enquêtrice avait connaissance de la situation spatiale, et elle a dûment pris acte des limitations fonctionnelles et des atteintes à la santé de l'intéressée (cf. point 1 du rapport). L'enquêtrice a également tenu compte des indications de cette dernière s'agissant de sa situation médicale et économique. Pour le surplus, le rapport est détaillé et motivé en ce qui concerne les empêchements ménagers retenus, et repose sur les indications

données par la recourante. Dès lors, le rapport constitue une base fiable de décision, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'enquêtrice qui a fixé à 0.95% les empêchements ménagers. On relèvera à cet égard que dans son rapport d'expertise, la Dresse W. _____ a indiqué que dans l'activité de ménagère, la capacité de l'assurée était entière. c) Vu ce qui précède, le taux d'invalidité de la recourante pour la période de mi-juillet 2013 au 31 décembre 2013 est de 37,7% (soit $[80\% \times 46.9\%] + [20\% \times 0.95\%]$). Il est de 20.7 % (soit $[80\% \times 25.65\%] + [20\% \times 0.95\%]$) dès le 1^{er} janvier 2014. Ces taux sont insuffisants pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (art. 28 LAI). 7. a) Ainsi le recours est partiellement admis, la décision attaquée étant réformée en ce sens que la recourante a le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2013 au 31 octobre 2013. Il appartiendra à l'OAI de calculer le montant de la rente et des intérêts dus sur les arriérés. En ce qui concerne la période à compter du 1^{er} novembre 2013, le taux d'invalidité est insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice, lesquels sont en principe supportés par la partie qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, le recourant qui obtient gain de cause a droit à l'allocation de dépens, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD). c) En l'espèce, la recourante obtient partiellement gain de cause. Ayant procédé par l'intermédiaire d'une représentante qualifiée du Centre social protestant - Vaud, qui peut se voir accorder des dépens, la recourante a droit à une indemnité de dépens réduits qu'il convient, compte tenu de l'ampleur des activités déployées en procédure judiciaire, de fixer à 600 fr. à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). L'émolument judiciaire, arrêté à 400 fr., est mis à la charge des deux parties, à raison de 200 fr. chacune (cf. art. 51 LPA-VD) (cf. art. 11 TFJDA [tarif vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.