

## **VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 937 vom 29. Januar 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-01-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2017\\_\\_937](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__937)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 937 du 29 janvier 2018

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 937 del 29 gennaio 2018

### **Regeste**

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, DEGRÉ DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, ADMISSION DE LA DEMANDE, DÉCISION DE RENVOI, EXPERTISE | 28 LAI, 29 LAI, 17 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 29ter RAI

### **Erwägungen**

#### **E. 27**

mars 2017 l'assurée a fait opposition avec l'appui de la Ligue vaudoise contre le cancer à notre projet de décision du 7 mars 2017. Nous avons examiné les éléments qu'elles nous ont apportés à cette occasion et nous avons répondu à leurs conclusions et arguments par pli du 19 avril 2017. Dès lors, la période d'audition étant terminée, nous n'accordons pas de délai supplémentaire. De plus, la décision chiffrée de la caisse est entretemps parvenue à l'assurée. Il lui est ainsi loisible de recourir contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal ». Le 12 juin 2017, Me Hofstetter a fait savoir à l'OAI que sa cliente n'avait, en date du 9 juin 2017, pas reçu de décision de la Caisse de compensation. Le 14 juin 2017, l'OAI a répété que la décision avait été notifiée le 22 mai 2017 et qu'il était loisible à l'assurée de recourir auprès du Tribunal cantonal. B. Par acte du 21 juin 2017, K.\_\_\_\_\_, représentée par Me Hofstetter, a recouru contre la décision de l'OAI du 22 mai 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2014, subsidiairement à sa nullité et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants et, plus subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants. Elle a fait valoir dans un premier grief d'ordre formel que la décision ne lui avait pas été notifiée et ne contenait de surcroît pas de voies de droit, devant donc être déclarée nulle ou annulée. La recourante s'est également plainte d'un défaut de motivation de la décision, au motif que l'OAI n'avait pas pris position sur les griefs qu'elle avait formulés, en particulier sur les motifs d'ordre somatique pour lesquels elle présentait une incapacité de travail invalidante, exposés par la ligue vaudoise contre le cancer. Sur le fond, la recourante a fait grief à l'OAI d'avoir écarté l'appréciation de la Dresse P.\_\_\_\_\_ qui retenait une capacité de travail de 50% au motif qu'elle n'était pas motivée, sans inviter la Dresse P.\_\_\_\_\_ à expliquer les motifs la conduisant à retenir une telle incapacité de travail. Pour la recourante, l'OAI avait dès lors manqué à ses devoirs d'instruction. Dans un autre moyen, elle a reproché à l'OAI de n'avoir mis en œuvre qu'une expertise psychiatrique, sans investiguer le volet oncologique et les effets indésirables des traitements. Elle a encore relevé que la rente entière devrait être versée à compter du 1<sup>er</sup> août 2014 et non dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014 comme l'avait retenu l'OAI, au motif que le

délai de carence d'une année était échu au 28 janvier 2014, le délai d'attente de six mois courant dès le dépôt de la demande étant quant à lui échu au 1<sup>er</sup> août 2014. La recourante était finalement d'avis qu'il convenait d'ajouter à la capacité de travail de 50% retenue par la Dresse P. \_\_\_\_\_ la diminution de rendement de 30% retenue par le Dr F. \_\_\_\_\_ au plan psychiatrique. En conséquence, selon elle, son taux d'invalidité était de 80% et lui donnait droit à une rente entière d'invalidité. Comme mesure d'instruction, elle a sollicité la mise en œuvre d'une investigation complémentaire, afin de déterminer l'incidence de ses troubles somatiques sur sa capacité de travail. Le 11 juillet 2017, la recourante a produit un rapport du 5 juillet 2017 de la Dresse M. \_\_\_\_\_ à son avocat. Celle-ci a répondu comme suit aux questions de Me Hofstetter : « Question 1 : Décrire les troubles présentés par la patiente Réponse 1. D'un point de vue psychiatrique, Madame K. \_\_\_\_\_ a présenté un épisode dépressif majeur, d'intensité moyenne à sévère, diagnostiqué au printemps 2014, suite à un épuisement lors de son retour au travail après le traitement pour la leucémie (à posteriori, il me semble que ce retour au travail s'est fait trop tôt, ou à un taux trop haut dans une activité qui n'était peut-être plus adaptée). L'évolution a été lentement progressive et marquée par plusieurs facteurs de stress : licenciement et décès de sa mère, ayant accentué pendant quelques mois la symptomatologie. Au printemps et été 2015 la symptomatologie avait diminué et l'épisode dépressif était d'intensité légère. D'un point de vue strictement psychiatrique, et depuis l'automne 2015 : Madame K. \_\_\_\_\_ présente une nette amélioration de sa thymie. Elle présente une stabilité thymique avec des variations adaptées aux circonstances et les facteurs de stress vécus. Cependant, elle présente de façon chronique (depuis 2013), une fatigue importante et une fatigabilité accrue, des insomnies et un fléchissement des fonctions cognitives (mémoire, concentration). Ces symptômes ont été accentués en parallèle à la symptomatologie dépressive et persistent au-delà de la disparition de l'épisode dépressif. Il me semble que ces symptômes sont liés au traitement (Glivec/Imatinib) de la maladie somatique de base (leucémie chronique, diagnostiquée en 2013) et, dont le compendium les décrit comme des effets secondaires fréquents voir très fréquents (10-15%), ainsi que d'autres effets physiques que Mme K. \_\_\_\_\_ présente (œdème des paupières, douleurs musculaires occasionnelles, etc...). Ceci est à confirmer avec mes collègues somaticiens. Question 2 : Quelle est, en raison de ces troubles, sa capacité de travail exigible, que ce soit dans son ancienne activité ou dans une activité adaptée à son état de santé ? Réponse 2. D'un point de vue strictement psychiatrique, la capacité de travail a été nulle de mai 2014 à février 2015, hormis une courte période (septembre-novembre 2014) à 30%. Depuis mars 2015, la reprise d'une activité adaptée et à un taux adapté (à son état physique plus que psychique) me semblait possible. Par ailleurs, dès ce moment, la patiente a été motivée pour la recherche d'une telle activité. Elle a réalisé plusieurs stages dans divers secteurs et avec l'aide d'A. \_\_\_\_\_, a bénéficié de quelques mesures d'évaluation/réinsertion professionnelle. Ces mesures ont montré que la patiente n'arrive pas à avoir une activité régulière de plus de 50% dans une activité adaptée, malgré toute sa motivation, en raison des limitations symptomatiques décrites dans la réponse 1. Question 3 : Quels sont vos remarques relativement au rapport d'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ ? Réponse 3. - L'expertise de mon collègue est bien documentée, cependant j'ai noté que dans le résumé du dossier médical, l'on parle de capacité de travail à 40% à certains moments et à d'autres d'incapacité à 40%. Je ne sais pas s'il s'agit d'une confusion dans l'expertise ou d'une confusion entre collègues médecins et SMR. - Les activités que la patiente arrive à faire (conduire, lecture, ...) sont bien décrites et les tests réalisés ne montrent pas de troubles de l'attention ou de la concentration pendant 40-60 minutes.

Cependant, il me semble que l'on ne tient pas compte de l'effet cumulatif de la fatigue, ni de la durée de ces activités, ni des moments de récupération nécessaires après un temps d'activité. La situation d'entretien ne me semble pas superposable à une semaine de 40h de travail, en ce qui concerne la diminution des fonctions cognitives. Comment conclure alors à une capacité de travail complète actuellement ? L'expert n'avait probablement pas l'information des divers tests et évaluations réalisés par A. \_\_\_\_\_ en vue de la réinsertion professionnelle. - Les conclusions sont valables d'un point de vue psychiatrique, puisqu'il n'y a pas de diagnostic psychiatrique influençant la capacité de travail depuis l'été 2015. Cependant, l'aspect somatique et notamment des effets secondaires du traitement d'Imatinib, me semble-t-il n'a pas été suffisamment pris en compte dans la décision de capacité/incapacité de travail, ni par l'expert, ni par l'assurance-invalidité ». Dans sa réponse du 15 août 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a exposé avoir soumis le rapport de la Dresse M. \_\_\_\_\_ au SMR. Dans son avis du 2 août 2017, le Dr N. \_\_\_\_\_ a maintenu sa position, exposant que les restrictions neuropsychologiques avaient été investiguées le 10 mars 2015, indépendamment de leurs origines (psychique, somatique et/ou médicamenteuse), qu'elles étaient intégrées dans l'expertise psychiatrique du 18 novembre 2016, et qu'aucune aggravation n'était décrite depuis 2015. Quant aux symptômes décrits par la Dresse M. \_\_\_\_\_ (fatigue chronique importante, fatigabilité accrue, insomnies et fléchissement des fonctions cognitives au plan de la mémoire et de la concentration), le Dr N. \_\_\_\_\_ indiquait qu'ils existaient depuis 2013 et avaient été pris en compte par l'expert par la diminution de rendement de 30% retenue. S'agissant de la question du départ du délai de carence d'une année, l'OAI a précisé que comme l'incapacité de travail de 40% en moyenne avait été interrompue du 1<sup>er</sup> novembre 2013 au 23 décembre 2013, un nouveau délai d'attente d'un an avait débuté le 24 décembre 2013, ouvrant le droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014. L'OAI a de plus pris position sur les griefs de nature formelle de la recourante. Dans sa réplique du 12 septembre 2017, la recourante a maintenu sa position, répétant qu'elle n'avait jamais reçu la décision contestée. Elle a fait valoir qu'elle avait elle-même interpellé la Dresse P. \_\_\_\_\_ et a produit un rapport médical du 28 juin 2017 adressé par cette dernière à son conseil, dans lequel la Dresse P. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit : « Par la présente, je vais tenter de motiver au mieux mon appréciation quant à la capacité de travail de l'ordre de 50% chez la patiente susnommée. Contexte médical : Madame K. \_\_\_\_\_ est atteinte d'une leucémie myéloïde chronique qui a été diagnostiquée au [...] le 28 janvier 2013, à la suite de violentes douleurs de l'hypochondre gauche, secondaires à une splénomégalie de 21 cm. De plus, elle se plaignait de douleurs osseuses généralisées. Elle a été traitée initialement par Litalir, puis par Glivec® avec une obtention d'une très bonne réponse hématologique puisqu'il s'agit d'une réponse moléculaire majeure. Néanmoins, le diagnostic de leucémie myéloïde chronique impose au patient, contrairement à de multiples affections malignes, une chimiothérapie permanente, quotidienne, sans perspective d'arrêt de traitement. Les plaintes actuelles de la patiente relèvent d'effets secondaires du Glivec, à savoir : ■ troubles de la concentration ■ troubles de la mémoire ■ grande fatigabilité ■ troubles du sommeil ■ rétention hydrosodée avec œdème péri-orbitaire bien visible sur la face ■ diarrhées ■ crampes des membres inférieurs De plus, l'on doit considérer des séquelles psychologiques dues au stress lié à la maladie avec risque d'échappement au traitement et de progression en leucémie aigüe. La patiente souffre d'un état dépressif amélioré par un traitement de Cipralax et la prise en charge par sa psychiatre. Les effets secondaires énumérés sont classiques et bien connus, décrits dans la littérature médicale chez les patients atteints de leucémie myéloïde chronique sous

traitement de Glivec. Ces effets secondaires sont difficilement quantifiables. Il est à noter que les patients sous chimiothérapie permanente ne reprennent que très rarement un travail à 100%. Contexte socio-professionnel : Son époux a présenté 2 accidents vasculaires cérébraux et 2 infarctus. Lorsque le diagnostic de leucémie myéloïde chronique a été posé, la patiente travaillait comme codeuse à l'Hôpital [...], travail qui nécessitait beaucoup d'attention, de précision. Dans le cadre de son activité professionnelle, elle a effectué, vraisemblablement, en raison d'une fatigue intense, des erreurs qui ont mené à son licenciement en février 2015. L'assurance-invalidité est restée extrêmement passive, n'a pas fait d'effort pour l'aider à un parcours de reconversion professionnelle. Il n'y a pas eu de proposition d'activité adaptée avec une capacité progressive. Il s'agit d'une patiente courageuse, motivée à reprendre une activité professionnelle. Elle a cherché d'elle-même des occupations, ce qui reste néanmoins très difficile en étant atteinte d'une maladie oncologique, à l'âge de 59 ans. Récemment, en 2017, elle a fait un essai d'auxiliaire de la petite enfance et travaillait de 7h à 8h30, puis de 11h à 14h, puis de 15h à 18h30. L'essai a été poursuivi pendant 3 jours mais s'est soldé d'une immense fatigue. Elle a, également, effectué sur appels un travail de patrouille scolaire ». Au surplus, la recourante a déploré que l'OAI « rechigne à examiner un tableau clinique invalidant présenté par son assurée dans son ensemble, à savoir sur un plan tant psychique que somatique ». La recourante a fait de plus valoir que l'allégation de l'OAI selon laquelle l'incapacité de travail avait été interrompue du 1<sup>er</sup> novembre au 23 décembre 2013 n'était pas attestée médicalement, relevant en outre que cet argument avait été invoqué tardivement par l'office. Dans sa duplique du 2 octobre 2017, l'OAI a maintenu ses conclusions. Il a déclaré se rallier à un nouvel avis SMR du 26 septembre 2017 rédigé par le Dr N. \_\_\_\_\_, qu'il a produit, selon lequel les quatre premières plaintes citées par la Dresse P. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 28 juin 2017 avaient déjà été prises en compte dans l'expertise psychiatrique du 18 novembre 2016 retenant une baisse de rendement de 30%. Quant à l'œdème péri-orbitaire et les diarrhées, il s'agissait d'effets secondaires bien connus du traitement d'Imatinib et ils n'étaient pas de nature à entraver la capacité de travail de l'assurée. Dans ses déterminations du 17 octobre 2017, la recourante a maintenu son point de vue. Le 23 octobre 2017, elle a produit un avenant à son contrat de travail avec l'Association [...], selon lequel son taux d'activité était de 42,5% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent en principe à la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]), et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment). Il y a donc lieu d'entrer en matière. 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). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité ensuite de sa demande du 10 février 2014, singulièrement sur le point de savoir si l'OAI était fondé à supprimer sa rente entière d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> septembre 2015. La recourante conteste en particulier l'évaluation de la capacité de travail à laquelle a procédé l'intimé, étant d'avis que la problématique somatique a été négligée. 3. La recourante fait également valoir plusieurs moyens de nature formelle, qu'il convient d'examiner au préalable, dans la mesure où ils sont susceptibles de conduire à l'annulation de la décision indépendamment des chances de succès sur le fond (cf. TF 9C\_763/2013 du 12 février 2014 consid. 3.1). Elle soutient qu'elle n'a pas reçu la décision du 22 mai 2017, laquelle était viciée car elle ne contenait pas les voies de recours. Elle considère en outre que la décision était insuffisamment motivée, reprochant à l'OAI de ne s'être pas prononcé sur les griefs qu'elle a soulevés en procédure administrative, reprochant plus particulièrement à l'OAI de ne pas avoir instruit la problématique somatique. a) aa) Selon l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé. L'art. 44 al. 1 LPA-VD prévoit que les décisions sont en principe notifiées à leurs destinataires sous pli recommandé ou par acte judiciaire. 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 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. Ainsi l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il entend contester (ATF 122 I 97 consid. 3a/aa p. 99 ; 111 V 149 consid. 4c p. 150 et les références ; RAMA 1997 n°U 288 p. 442, U 263/96, consid. 2b/bb). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas déférée au juge dans un délai raisonnable (SJ 2000 I p. 118, 1P.485/1999) (cf. TF 9C\_529/2013 du 2 décembre 2013 consid. 4). Dans le même ordre d'idées, selon le principe de la bonne foi ancré à l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999 ; RS 101), lorsqu'il existe une obligation de mentionner une voie de droit, son omission ne doit pas porter préjudice au justiciable, qui ne doit pas pâtir d'une indication inexacte ou incomplète sur ce point. L'erreur peut consister, outre l'omission pure et simple de l'indication obligatoire de la voie de droit, en une indication fautive, peu claire, équivoque ou incomplète. Cela étant, celui qui s'aperçoit du vice qui affecte l'indication de la voie de droit ou qui devait s'en apercevoir en faisant usage de la prudence que l'on pouvait attendre de lui, ne peut se prévaloir d'une indication inexacte ou incomplète. En particulier, ne mérite pas de protection la partie dont l'avocat eût pu déceler l'omission ou l'erreur par la seule lecture du texte légal, sans recourir à la consultation de la jurisprudence ou de la doctrine (cf. ATF 134 I 199 consid. 1.3.1 et les références ; TF 9C\_529/2013 précité consid. 6 ; TF 2P.124/2003 du 30 septembre 2003 consid. 1.1.1 et les références). bb) Le droit d'être entendu inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst. comprend notamment le droit d'obtenir une décision motivée permettant à son destinataire ou à toutes personnes intéressées de la comprendre et de l'attaquer utilement, ainsi qu'à l'instance de recours d'exercer pleinement son contrôle si nécessaire (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les références, ATF 129 I 232 consid. 3.2 p. 236 ; TF 9C\_669/2013 du 4 décembre 2013 consid. 3.2). Pour répondre à ces exigences, le juge ou l'administration doivent mentionner, au moins brièvement, les motifs qui les ont guidés

et sur lesquels ils ont fondé leur décision. Ils n'ont toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peuvent au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). 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 (TF 2C\_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434). b) En l'occurrence, bien que la recourante soutienne ne pas avoir reçu la décision du 22 mai 2017 et se prévaut du fait que celle-ci ne contenait pas les voies de recours, elle et son avocat ont été en mesure d'en prendre connaissance et de l'attaquer dans le délai légal et selon les formes prescrites devant la Cour de céans. Ainsi, la recourante n'a subi aucun préjudice d'une éventuelle notification irrégulière de la décision, de sorte que la décision ne saurait être annulée ou déclarée nulle pour ce motif. Quant à la violation du droit d'être entendue alléguée, elle n'est pas réalisée. La décision attaquée du 22 mai 2017 est en effet suffisamment motivée, compte tenu de la motivation séparée du 19 avril 2017, pour permettre à la recourante de comprendre les motifs ayant conduit l'OAI à nier le droit à une rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2015 et de la contester valablement. Quoi qu'il en soit, même dans l'hypothèse où un défaut de motivation devait être admis, il conviendrait de constater qu'un éventuel manquement serait réparé devant l'autorité de céans, le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit permettant un examen complet de la décision entreprise, en fait et en droit (TF 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à TF 9C\_127/2007 du 12 février 2008) et la recourante ayant eu tout loisir de faire valoir ses arguments de façon circonstanciée dans le cadre de la présente procédure de recours. Le grief de la violation du droit d'être entendue doit dès lors être écarté. S'agissant en outre du grief en lien avec le défaut d'instruction au plan somatique, dans la mesure où il porte au final sur le résultat de l'appréciation des preuves, le moyen tiré d'une violation du droit d'être entendu se confond ici avec celui d'une constatation inexacte des faits pertinents que la recourante soulève également. Cet argument sera donc examiné avec le fond du litige. 4. 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 art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : 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) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption

notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let.c). Selon l'art. 29 ter RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28, al. 1, let. b, LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins. Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (art. 29 al. 1 LAI). c) La décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression (rente temporaire) correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009 consid. 3) et doit être examinée au regard des conditions de cette disposition (ATF 125 V 413 consid. 2d ; voir notamment : TF 9C\_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2, TF 9C\_104/2009 du 14 décembre 2012 consid. 2). L'art. 17 LPGA prévoit que 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 (al. 1). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; 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 133 V 545 consid. 6.1, 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b ; TF 9C\_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Selon l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29 bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge, en cas de recours, se base sur des documents médicaux, 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 pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C\_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées). 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. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont c'est précisément le rôle de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351, consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables — de nature clinique ou diagnostique — qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). 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, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). En outre, selon la jurisprudence, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée pendant le stage (TF 9C\_83/2013 et 9C\_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C\_426/2011 du 14 décembre 2011 consid. 4.3 et 9C\_854/2010 du 30 décembre 2010 consid. 3.2 et les références citées ; TFA 762/2002 du 6 mai 2003 consid. 2). Cela étant, les informations recueillies par les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure un assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (ATF 107 V 17 consid. 2b; TF 9C\_136/2014 du 24 juin 2014 consid. 3.3, 9C\_83/2013 et 9C\_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 9C\_739/2010 du 1<sup>er</sup> juin 2011 consid. 2.3 et les références citées). Lorsque ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de requérir un complément d'instruction (TF 9C\_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2 ; cf. également TF 8C\_760/2014 du 15 octobre

2015 consid. 4.3). f) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision 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; 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 (ATF 135 V 176 consid. 5.3).

5. a) En l'espèce, une leucémie myéloïde chronique a été diagnostiquée chez l'assurée le 26 janvier 2013 (cf. rapport de la Dresse P. \_\_\_\_\_ à l'OAI du 25 février 2014). Elle a présenté les incapacités de travail suivantes : 100% du 28 janvier au 23 avril 2013, 70% du 24 avril au 16 septembre 2013, 40% du 17 septembre au 13 octobre 2013, 20% du 14 octobre au 23 décembre 2013 et 40% dès le 24 décembre 2013 (cf. demande de prestations de l'assurée du 10 février 2014 ; fiche d'examen par l'OAI du 14 février 2014 ; rapport à l'OAI de la Dresse P. \_\_\_\_\_ du 25 février 2014). Pour la période courant dès le printemps 2014, tant la Dresse M. \_\_\_\_\_ que l'expert psychiatre F. \_\_\_\_\_ ont indiqué qu'une problématique psychiatrique s'était surajoutée à la problématique somatique, et ont diagnostiqué un épisode dépressif de degré moyen avec syndrome somatique. La Dresse M. \_\_\_\_\_ a expliqué que l'assurée souffrait en particulier d'une symptomatologie dépressive réactionnelle à sa maladie somatique, accentuée par le décès de sa mère en mai 2014. Elle a attesté une incapacité de travail de l'assurée de 100% dès le 2 juin 2014, et de 70% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2014 (rapport de la Dresse M. \_\_\_\_\_ à l'OAI du 17 octobre 2014), puis à nouveau une incapacité de travail de 100% en novembre 2014, l'assurée ayant été licenciée à cette période (avec effet au 28 février 2015), ce qui a exacerbé sa symptomatologie anxieuse et dépressive (rapport de la Dresse M. \_\_\_\_\_ à l'OAI du 20 avril 2015). Ainsi, pour la période courant du printemps 2014 à la fin de l'année 2014 au moins, l'évaluation de la capacité de travail de l'intéressée au plan psychiatrique telle qu'elle ressort des rapports de la Dresse M. \_\_\_\_\_ est claire et convaincante dans la mesure où elle s'explique aisément par l'importance de la symptomatologie dépressive et anxieuse décrite par la psychiatre traitante. Les périodes d'incapacité de travail sont donc établies au degré de la vraisemblance prépondérante sur cette base. Le Dr N. \_\_\_\_\_ du SMR a d'ailleurs confirmé cette évaluation dans son avis du 24 février 2017, qui a fondé la décision de l'OAI. En conclusion, les taux d'incapacité de travail indiqués ci-dessus pour la période du 26 janvier 2013 à la fin de l'année 2014, qui ne sont par ailleurs pas contestés par les parties, doivent être confirmés.

b) Pour évaluer la capacité de travail de l'assurée dès janvier 2015 notamment, l'OAI a mis en œuvre une expertise psychiatrique auprès du Dr F. \_\_\_\_\_ et de la psychologue [...]. Les experts ont diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique de 2014 à juin 2015. Dès juin 2015, ils ont diagnostiqué un épisode dépressif léger, constatant une nette amélioration thymique avec des baisses thymiques ponctuelles, de la fatigue sans ralentissement psychomoteur, des insomnies ponctuelles, sans anhédonie ni aboulie. Les experts ont indiqué que dès cette dernière date, la capacité de travail de l'assurée était de 100% avec une baisse de rendement de 30% dans une activité adaptée à son niveau d'acquisition et à son status somatique, précisant que la dernière activité exercée par l'assurée était adaptée d'un point de vue psychiatrique. Ces conclusions sont claires et dûment motivées, les experts s'étant prononcés sur la base du dossier assécurologique et de l'anamnèse réalisée au moment de l'expertise, prenant également en compte les indications subjectives de l'assurée. De plus, ils ont vu l'assurée à trois reprises et ont effectué des tests

psychométriques. En particulier, le constat d'amélioration de la thymie dès juin 2015 est motivé et convaincant, notamment sur la base du status clinique et du fait que les experts ont relevé que l'assurée consultait sa psychiatre traitante une fois tous les deux mois, alors qu'auparavant, un suivi hebdomadaire était nécessaire. De plus, ils ont relevé que le dosage du Cipralext (médicament antidépresseur) était passé de 20 mg à 10 mg au moment de l'expertise, ce qui va également dans le sens d'une amélioration au plan psychiatrique. Une telle amélioration en 2015 a du reste également été constatée par la Dresse M. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 avril 2015 à l'OAI. Les experts ont encore tenu compte, dans leur appréciation de la situation, de l'examen neuropsychologique de Mmes H. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, lesquelles ont conclu à un fléchissement des capacités d'attention soutenue, compatible avec un état d'épuisement lié aux effets secondaires du traitement oncologique et à une thymie abaissée, considérant au final qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles significatives sur le plan neuropsychologique. Les experts F. \_\_\_\_\_ et [...] ont pour leur part rapporté qu'au moment de leur examen neurocognitif clinique, l'assurée était bien orientée dans le temps et dans l'espace, sans troubles attentionnels, de concentration ou mnésiques. En définitive, vu l'expertise du 18 novembre 2016, corroborée par les constatations de la Dresse M. \_\_\_\_\_ d'une part et celles des neuropsychologues H. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, d'autre part, il convient de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que dès juin 2015, la capacité de travail de la recourante au plan psychiatrique est de 100% avec une diminution de rendement de 30% dans une activité adaptée. c) Cela étant, force est de constater avec la recourante, que l'OAI n'a procédé à aucun examen au plan somatique (oncologique), limitant l'instruction aux plans psychiatrique et neuropsychologique. Or, il ne peut pas être exclu, au vu de plusieurs indices ressortant du dossier, que la recourante présente également une incapacité de travail au plan somatique et compte tenu de sa situation dans son ensemble. En effet, la Dresse P. \_\_\_\_\_, oncologue, a attesté dans ses rapports médicaux successifs que sa patiente avait une capacité de travail réduite de 40-50% (rapports à l'OAI des 10 avril 2015, 20 janvier 2016 et 9 février 2017). L'OAI ne pouvait se contenter de considérer que les rapports de la spécialiste en oncologie n'étaient pas suffisamment détaillés, cette dernière étant en charge du suivi de la recourante depuis le début de la maladie somatique, pour laquelle un traitement au long cours est nécessaire, et sans qu'aucun rapport circonstancié au dossier ne contredise son appréciation. De plus, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a expressément indiqué dans son rapport du 20 avril 2015 à l'OAI qu'il convenait d'interroger l'oncologue car la fatigabilité importante et l'asthénie constatées semblaient être en lien également avec la leucémie myéloïde chronique, considérant elle aussi que la capacité de travail de l'assurée était seulement partielle (voir aussi son rapport du 5 juillet 2017 à Me Hofstetter dans lequel elle réitère son avis selon lequel l'aspect somatique et notamment les effets secondaires du traitement d' [...] n'ont pas été suffisamment pris en compte dans l'appréciation de la capacité de travail de la recourante). Sur demande de l'avocat de la recourante, la Dresse P. \_\_\_\_\_ a finalement donné des explications complémentaires dans son rapport du 28 juin 2017. Les conclusions de ce rapport ne peuvent toutefois être suivies telles quelles étant donné que la Dresse P. \_\_\_\_\_ explique le taux d'incapacité de travail (50%) par des facteurs somatiques (effets secondaires du traitement de Glivec) et psychiatriques, sans concertation avec un psychiatre et sans tenir compte du résultat de l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_. On relèvera encore que le rapport du conseiller en réinsertion professionnelle d'A. \_\_\_\_\_ du 27 novembre 2015, faisant suite à la participation de l'assurée à deux stages pratiques dans l'économie, va également dans le sens d'une capacité

de travail réduite de l'assurée (40% selon le conseiller en réadaptation). A cela s'ajoute que l'assurée a repris une activité à temps partiel auprès de l'Association [...], à un taux réduit seulement (42,5% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2017). Vu ce qui précède, la capacité de travail de la recourante au plan somatique, et compte tenu également de ses limitations fonctionnelles psychiatriques, n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, de sorte que l'instruction doit être complétée. On rappellera en effet que l'appréciation de la capacité de travail doit faire l'objet d'une évaluation globale, les conclusions finales devant résulter d'un dialogue interdisciplinaire entre les différents spécialistes impliqués (cf. TF 8C\_245/2012 du 9 décembre 2013 consid. 5.1 ; TF 9C\_565/2011 du 15 mars 2012 consid. 2.2.2 ; TFA U 412/05 du 20 septembre 2006 consid. 6). Enfin, on rappellera que les taux d'incapacité de travail ne sauraient simplement s'additionner (TF 9C\_565/2011 du 15 mars 2012 consid. 2.2.2), de sorte que l'on ne saurait retenir purement et simplement que l'incapacité de travail de la recourante est de 80%, comme elle le plaide. 6. a)

Conformément au principe inquisitoire inscrit à l'art. 43 LPGA, régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, au plan somatique, l'OAI s'est contenté de demander des rapports à la Dresse P. \_\_\_\_\_, sans toutefois lui demander de motiver son appréciation de la capacité de travail, alors même qu'il a considéré que ceux-ci n'étaient pas suffisamment étayés (cf. avis SMR du 13 avril 2017) et que plusieurs autres indices du dossier indiquaient qu'une incapacité de travail au plan somatique ne pouvait être sérieusement exclue (cf. supra consid. 5 c). Les

faits ont donc été constatés de façon sommaire par l'office, de sorte qu'il se justifie de lui renvoyer la cause pour qu'il mette en œuvre un complément d'instruction sous la forme d'une expertise somatique au sens de l'art. 44 LPGA, à confier à un spécialiste en oncologie. Dans le cas où l'expert devait conclure à la présence d'une limitation de la capacité de travail, il lui incombera de prendre contact avec le Dr F. \_\_\_\_\_ afin de procéder à une évaluation globale de la capacité de travail de l'assurée, intégrant les volets psychiatrique et somatique, pour que les conclusions finales résultent d'un dialogue interdisciplinaire entre les différents spécialistes impliqués. 7. La recourante conteste la date de début du versement de la rente entière d'invalidité fixé par l'OAI le 1<sup>er</sup> décembre 2014. Force est de constater avec la recourante que le début du versement de la rente entière d'invalidité doit être fixé au 1<sup>er</sup> août 2014. En effet, contrairement à ce qu'a constaté l'OAI, renvoyant dans sa réponse du 15 août 2017 à la fiche d'examen du dossier du 7 mars 2017, il n'y a pas eu d'interruption notable de l'incapacité de travail de l'assurée au sens des art. 28 LAI et 29 ter RAI du 1<sup>er</sup> novembre au 23 décembre 2013. En effet, la recourante présentait une incapacité de travail de 20% durant cette période (cf. demande de prestations de l'assurée du 10 février 2014 et fiche d'examen du dossier par l'OAI du 14 février 2014, ainsi que supra consid. 5a). Or l'art. 29 ter RAI exige que l'assuré ait été entièrement apte au travail pendant au moins

### **E. 30**

jours consécutifs pour qu'il y ait interruption notable. Dans ces conditions, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, il n'y a pas de départ d'un nouveau délai de carence d'une année dès le 24 décembre 2013. Le départ du délai de carence se situe au 28 janvier 2013, début de l'incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (cf. les dates et taux d'incapacité de travail constatés supra consid. 5a), et court jusqu'au 28 janvier 2014, délai à l'issue duquel l'assurée présentait toujours une incapacité de travail de 40% au moins (cf. art. 28 LAI). L'assurée ayant déposé sa demande de prestation le 10 février 2014, la rente entière ne peut être versée que six mois plus tard (art. 29 al. 1 LAI), soit dès le 1<sup>er</sup> août 2014 (cf. art. 29 al. 3 LAI). Dès lors qu'il ressort de l'expertise psychiatrique du Dr F. \_\_\_\_\_ que l'épisode dépressif moyen de la recourante a subsisté jusqu'à la fin du mois de mai 2015, il se justifie de confirmer son droit à la rente entière d'invalidité jusqu'au

### **E. 31**

août 2015, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé le 1<sup>er</sup> juin 2015 (cf. art. 88a RAI), dont l'ampleur reste à définir, compte tenu d'une évaluation globale de l'état de santé aux plans somatique et psychiatrique. 8. Vu ce qui précède, le recours doit être admis, la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1<sup>er</sup> août 2014 au 31 août 2015. Il y a pour le surplus lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision sur le droit à la rente à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2015. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 3'500 fr., vu l'importance et la complexité du litige, à la charge de l'OAI qui succombe (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 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.