

VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 1066 vom 22. Januar 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__1066

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 1066 du 22 janvier 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 1066 del 22 gennaio 2019

Regeste

REJET DE LA DEMANDE, ASSISTANCE JUDICIAIRE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FEMME AU FOYER, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION, PERSONNE PROCHE, AIDE D'AUTRUI, TENUE DU MÉNAGE | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 27 RAI, 27bis RAI

Erwägungen

E. 22

janvier 2019 _____ Composition : M. Neu , président Mmes Berberat et Durussel, juges Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre : A.S. _____ , à M. _____, recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD , à Vevey, intimé. _____ Art. 6 ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 27 et 27 bis RAI n f a i t : A. Ressortissante de l'ex-Yougoslavie, A.S. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, mariée, mère de trois enfants nés en 1990, 1991 et 1993, est établie en Suisse depuis 1987. Sans formation professionnelle, elle a travaillé comme femme de ménage (4 heures par semaine) et aide-concierge (au taux de 8%). Souffrant d'une dépression et d'une maladie rhumatismale en cours d'investigations, A.S. _____ a déposé, en date du 25 octobre 2012, une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé). Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assurée. Le 20 novembre 2012, A.S. _____ a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% en tant que femme de ménage par nécessité financière. Dans un rapport médical du 13 février 2013, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a retenu – avec répercussion sur la capacité de travail – diverses pathologies pulmonaires et rhumatologiques (polyarthralgie axiale et périphérique en cours d'investigation) ainsi qu'un état dépressivo-anxieux d'intensité moyenne. Ayant attesté une incapacité de travail totale depuis le 18 avril 2011, il a indiqué que compte tenu de la symptomatologie clinique et du ressenti exprimé, A.S. _____ n'était pas en mesure d'entrer dans un projet d'activité adaptée à son handicap. Le 25 avril 2013, le Dr X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – d'épisode dépressif moyen et de trouble hypochondriaque. Tout en retenant une capacité de travail théorique de 50% sur le plan psychique, il estimait que l'assurée n'était pas à même d'entreprendre les démarches en vue de trouver un nouvel emploi. Interpellé par l'office AI, le Dr D. _____ a confirmé que la capacité de travail de A.S. _____ était nulle en toute activité compte tenu de ses problèmes psychiatriques,

rhumatologiques et pulmonaires (courrier du 5 novembre 2013). De son côté, le Dr X. _____ a maintenu que l'exigibilité était de 50% au vu de la seule pathologie psychiatrique (courrier du 21 février 2014). Dans un rapport médical du 27 mai 2014, le Dr T. _____, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, a posé les diagnostics – avec effet sur la capacité de travail – de polyarthralgies axiales et périphériques d'origine indéterminée, d'obésité de stade I selon l'OMS et d'infiltrats nodulaires multiples pulmonaires bilatéraux d'origine indéterminée apparus en avril 2011. S'agissant de la capacité de travail, il a indiqué qu'il n'y avait a priori pas de limitation majeure vu les fonctions pulmonaires normales. Toutefois, aucun test de marche ni d'effort n'avait été réalisé de sorte qu'il n'était pas en mesure de répondre précisément à la question de l'exigibilité. Il ne s'est pas non plus prononcé sur les plaintes articulaires, qui étaient cependant au premier plan. Après avoir analysé les éléments médicaux au dossier, le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire afin d'établir les limitations fonctionnelles durables et l'évolution de la capacité de travail de l'assurée tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (avis médical du 2 juillet 2014). L'office AI a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire à la Policlinique J. _____. Les examens prévus portaient sur la médecine interne, la psychiatrie et la rhumatologie. Daté du 1^{er} décembre 2015, le rapport était signé par la Dresse R. _____, spécialiste en médecine interne générale, et par le Dr W. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Les experts ont posé les diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, de trouble hypocondriaque, d'agoraphobie sans trouble panique et d'autre phobie spécifique (phobie de la vue du sang). Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics de syndrome polyalgique idiopathique diffus de type fibromyalgie, d'infiltrats nodulaires pulmonaires multiples bilatéraux d'origine indéterminée apparus en avril 2011 et régressés en 2012 ainsi qu'un status post érythème polymorphe associé à un angio-oedème en avril 2011. Ils ont conclu leur appréciation du cas en ces termes : « Sur le plan de la médecine interne, Madame A.S. _____ a développé en avril 2011, sans facteur favorisant, de façon relativement soudaine un érythème polymorphe avec angio-œdème, asthénie, dyspnée, céphalées et ensuite douleurs polyarticulaires diffuses. Le bilan extensif va mettre en évidence en avril 2011 de multiples nodules pulmonaires bilatéraux dont certains sont excavés. Madame A.S. _____ développera ensuite une érythrocyturie glomérulaire. De multiples investigations réalisées à la consultation de pneumologie de la Policlinique J. _____, en néphrologie et en rhumatologie à l'Hôpital H. _____ n'ont pas permis de poser un diagnostic de certitude et l'évolution s'est avérée spontanément favorable, en particulier sur le plan pulmonaire, avec une résolution pratiquement complète des infiltrats pulmonaires dès fin 2011, confirmée en mai 2012. Cependant, depuis lors, Madame A.S. _____ se plaint d'une asthénie au premier plan, de douleurs polyarticulaires diffuses et d'une dyspnée. Les dernières fonctions pulmonaires réalisées en avril 2013 se sont avérées normales et le Dr T. _____, pneumologue à la Policlinique J. _____ qui suit Madame A.S. _____ depuis 2011, évoque une éventuelle maladie auto-immune à bas bruit, en proposant au médecin traitant un suivi régulier et biologique tous les 6 mois. Actuellement, les examens sanguins n'ont pas mis en évidence de syndrome inflammatoire. Les radiographies du thorax du médecin traitant réalisées en mai et octobre 2015 ne montrent pas non plus de récurrence au niveau des infiltrats pulmonaires. Cliniquement,

Madame A.S._____ est en bon état général et apparaît eupnéique, sans dyspnée lors de la marche à plat. En l'absence d'aggravation depuis 2013, nous n'avons pas refait de bilan pulmonaire et nous rejoignons l'avis du Dr T._____ qui en 2014 estimait qu'il n'y avait a priori sur le plan pneumologique pas de limitation au vu des fonctions pulmonaires normales. La fatigue reste cependant au premier plan et ce symptôme sera un facteur limitant pour les travaux lourds, les travaux de force ou nécessitant la montée répétée d'escaliers. Concernant encore la fatigue, rappelons que Madame A.S._____ a bénéficié d'une consultation au centre d'investigation du sommeil avec réalisation d'une polygraphie respiratoire en février 2014. Cet examen s'était avéré normal, sans troubles respiratoires au cours du sommeil. Le diagnostic retenu était une insomnie d'endormissement dans le contexte d'un trouble dépressif. Sur le plan ostéo-articulaire, Madame A.S._____ a développé au printemps 2011 des polyarthralgies et dans ce contexte a été suivie à la consultation de rhumatologie de l'Hôpital H._____ entre 2012 et janvier 2015. Les diverses investigations n'ont pas montré de maladie inflammatoire et en janvier 2015 les rhumatologues de l'Hôpital H._____ s'orientent vers une possible fibromyalgie. Actuellement, outre la fatigue, Madame A.S._____ se plaint toujours de douleurs articulaires diffuses qui semblent répondre modérément au traitement de Dafalgan. A l'examen clinique, Madame A.S._____ ne se montre pas démonstrative et tous les mouvements sont correctement réalisés, sans plainte. Nous ne constatons aucun signe inflammatoire au niveau des diverses articulations. A la lecture des documents radiologiques et des paramètres sanguins, nous n'avons aucun élément orientant vers une étiologie inflammatoire, tumorale, neurocompressive, fracturaire, toxique ou métabolique. Nous rejoignons les conclusions des rhumatologues de l'Hôpital H._____, à savoir que nous n'avons pas de lésion organique permettant d'expliquer la persistance des plaintes douloureuses depuis 2011. Madame A.S._____ apparaît cependant authentique dans sa souffrance et rappelle que l'asthénie reste toujours au premier plan avec aussi l'angoisse d'avoir une maladie grave. Sur le plan rhumatologique strict, en l'absence de maladie ostéo-articulaire spécifique, nous ne retenons pas de diminution de la capacité de travail de longue durée pour quelque profession que ce soit, ni pour les activités ménagères. Sur le plan psychiatrique, Madame A.S._____ est suivie depuis début 2012 par le Dr X._____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de trouble hypocondriaque depuis le printemps 2011. Elle bénéficie depuis janvier 2012 d'un suivi psychiatrique régulier avec entretiens mensuels et traitement antidépresseur. L'étude du dossier, l'entretien et l'examen clinique psychiatrique nous permettent en effet de retenir un trouble hypocondriaque. On constate la présence d'une anxiété importante avec notamment la conviction d'être atteinte d'une maladie somatique grave alors que les récentes investigations ne permettent pas de mettre en évidence de maladie sévère. Madame A.S._____ refuse d'accepter les conclusions et les propos rassurants des différents médecins. Les plaintes sont également proches d'une dysmorphophobie, l'expertisée ayant peur d'être défigurée chaque matin. A côté du trouble hypocondriaque, on relève aussi une phobie spécifique à la vue du sang. Il existait donc bien une anxiété phobique de base bien avant que Madame A.S._____ n'ait souffert de l'angio-œdème. Par ailleurs, depuis 2011, Madame A.S._____ se plaint en plus de l'anxiété, d'une importante fatigue, d'une irritabilité, d'un manque d'entrain, d'énergie, de perte de plaisir, d'une tristesse constante et rapporte des antécédents d'idées noires et suicidaires avec scénario. Actuellement, cliniquement, on ne constate pas de ralentissement psychomoteur majeur, ni de troubles cognitifs importants, pas de perte de l'appétit ni de

perte pondérale. On ne relève pas d'idées sévères de dévalorisation ou de culpabilité. Sur une échelle psychométrique avec un score MADRS de 27 points sur 60, la symptomatologie se situe dans la zone de la dépression moyenne ; nous rejoignons encore l'avis du Dr X. _____ et retenons dès lors le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique. Selon le Dr X. _____, la symptomatologie s'est légèrement améliorée avec le traitement de paroxétine et les entretiens réguliers. A ce sujet, signalons que la compliance médicamenteuse de Madame A.S. _____ est excellente, comme le montre le taux sanguin de paroxétine dans la norme. En présence des symptômes algiques non entièrement expliqués par les constatations somatiques, se pose la question d'un éventuel syndrome somatoforme douloureux. Nous ne retenons pas ce diagnostic car chez Madame A.S. _____ la plainte essentielle ne concerne pas les douleurs mais plutôt les symptômes anxieux, hypocondriaques et dépressif, qui restent au premier plan. Concernant les symptômes anxieux, relevons encore une agoraphobie, l'expertisée décrivant un malaise significatif dans les lieux fortement fréquentés. Sur le plan de la personnalité, nous n'avons pas d'élément parlant en faveur d'un trouble de la personnalité. Cependant, il est important de relever que Madame A.S. _____ présente plusieurs facteurs de fragilisations importants dans son anamnèse, avec une enfance passée dans des conditions socio-économiques défavorables, le décès précoce de sa mère alors que l'expertisée n'était encore qu'adolescente, et enfin un mariage peu épanouissant, arrangé par la famille. Sur le plan social, Madame A.S. _____ a rencontré quelques difficultés d'intégration dans un village fribourgeois mais elle a réussi à établir des relations équilibrées, notamment grâce à son activité professionnelle dans les ménages. Elle avait réussi à développer un réseau amical mais depuis ses problèmes de santé, ce réseau s'est considérablement rétréci progressivement, avec actuellement un état de régression à domicile qui paraît particulièrement important et fixé. Nous ne relevons pas de discordance dans le discours de Madame A.S. _____ qui se dit incapable de reprendre une activité professionnelle d'aide-ménagère en raison de la fatigue, des douleurs, et de l'anxiété. En effet, à domicile, la tenue du ménage semble reposer sur les membres de la famille, qui sont mis à contribution. Par ailleurs, cliniquement, concernant les éléments de cohérence, Madame A.S. _____ n'est pas spécialement théâtrale ou inductible, elle apparaît authentique dans ses plaintes. Les réponses correspondent à ce que l'on rencontre dans le cadre des épisodes dépressifs moyens et des troubles anxieux, sans exagération. Rappelons que lors des entretiens somatiques, Madame A.S. _____ ne s'est pas montrée démonstrative et est apparue authentique dans ses plaintes auprès des différents experts. La présence de plusieurs comorbidités avec également des facteurs socioculturels, à savoir les difficultés d'intégration, une situation conjugale problématique, nous amènent à évaluer que les ressources personnelles de l'assurée sont actuellement assez faibles. Sur le plan thérapeutique, relevons encore que Madame A.S. _____ bénéficie d'un traitement mené de façon *lege artis*, qu'elle se montre collaborante, coopérante, et que la compliance est bonne. Malgré un suivi depuis plus de 3 ans, la situation reste malheureusement peu évolutive. Ce suivi reste cependant très important, permettant d'éviter un effondrement psychique plus grave. Concernant les limitations fonctionnelles psychiatriques, il apparaît qu'en raison de la fatigabilité qui découle de l'atteinte dépressive, Madame A.S. _____ rencontre des difficultés à planifier et à structurer les tâches, sa flexibilité et ses capacités d'adaptation sont réduites. Cependant, sa capacité de jugement et de prise de décision reste en partie conservée, les troubles cognitifs liés à la dépression n'étant pas sévères. La capacité de s'affirmer est également abaissée et la capacité d'endurance est, elle,

significativement diminuée par l'asthénie. De même, l'état de régression et les angoisses entraînent des troubles relationnels. Enfin, au vu de la phobie du sang, il est illusoire que Madame A.S. _____ puisse se réinscrire un jour dans une activité paramédicale (rappelons qu'elle avait obtenu un diplôme d'infirmière sans avoir jamais exercé cette activité). En prenant en compte ces limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, nous rejoignons l'avis formulé par le Dr X. _____, à savoir que la capacité de travail est diminuée de l'ordre de 50%. Il existe certes des facteurs socioculturels qui diminuent la motivation de l'expertisée à regagner le monde du travail, mais ces facteurs ne devraient pas être sur-interprétés et ne devraient pas empêcher Madame A.S. _____ de reprendre une activité professionnelle dans un emploi suffisamment simple à 50%. En conclusion, au terme de notre colloque de synthèse, nous retenons que Madame A.S. _____ est apparue comme une personne authentique, cohérente dans ses plaintes, qui présente au premier plan des affections psychiatriques avec une diminution des ressources personnelles qui ne sont actuellement pas totalement effondrées, ceci probablement grâce à la prise en charge thérapeutique par le psychiatre traitant et le médecin généraliste menée dans les règles de l'art chez une assurée collaborante. Malgré une absence du monde professionnel depuis plus de 3 ans, nous estimons que Madame A.S. _____ présente encore une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 50% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, en particulier la fatigue liée au syndrome dépressif. Ainsi, dans une activité ne nécessitant pas des travaux lourds, le port de charges ou des déplacements importants, Madame A.S. _____ doit pouvoir retrouver une capacité de travail partielle. L'expertisée n'a jamais bénéficié de mesures de réadaptation et à notre avis il vaudrait la peine de lui proposer des mesures de réentraînement au travail, une aide au placement. Dans un premier temps, une reprise progressive du travail sans obligation de rendement permettrait possiblement à Madame A.S. _____ de retrouver une certaine motivation et de sortir de son isolement social. Rétrospectivement, nous retenons une incapacité de travail complète entre le mois d'avril et le mois de mai 2012, où les investigations pulmonaires ont confirmé une régression subtotale des lésions pulmonaires. Depuis lors, il persiste une incapacité de travail de 50% pour raisons psychiatriques essentiellement. » Constatant que, aux yeux des experts, les empêchements prenaient leurs racines dans la sphère psychique, le Dr N. _____ a estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de leurs conclusions, lesquelles recoupaient celles du Dr X. _____ (avis du 4 janvier 2016). Le 13 avril 2016, l'office AI a fait procéder à une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 29 avril 2016, l'enquêtrice a conclu à un statut d'active de 25%, les 75% restants étant dévolus à la tenue du ménage. Les empêchements dans les activités domestiques s'élevaient à 46,30%. Par projet de décision du 6 juillet 2016, l'office AI a informé A.S. _____ qu'il comptait lui refuser le droit à ses prestations (rente d'invalidité et mesures professionnelles). Sur la base d'un statut d'active de 25% et de ménagère de 75%, il a retenu qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, le 21 avril 2012, le préjudice économique était de 59,72%, résultat de l'addition de l'empêchement dans la part active par 25% ($25\% \times 100\%$) et de l'empêchement dans la part ménagère par 34,72% ($75\% \times 46,30\%$). Arrondi à 60%, ce taux ouvrait le droit à un trois quarts de rente d'invalidité. Cela étant, les prestations ne pouvaient être allouées que six mois après le dépôt de la demande. Comme l'assurée avait déposé sa demande de prestations le 25 octobre 2012, la rente ne pouvait lui être versée qu'à compter du 1^{er} avril 2013. Or, dès le 1^{er} mai 2012, son état de santé s'était amélioré, portant sa capacité de travail à 50% d'un plein temps, tant dans l'activité habituelle (aide-concierge et femme de ménage) que dans

une activité adaptée. Il en résultait un taux d'invalidité de 35%, correspondant aux seuls empêchements afférents à la part ménagère. Le 6 septembre 2016, A.S. _____ a présenté des objections à l'encontre de ce projet, critiquant l'évaluation du taux d'invalidité. Elle a tout d'abord déploré que les experts W. _____ et R. _____ n'aient pas été interrogés sur sa capacité à exercer ses activités habituelles et qu'ils ne s'étaient pas non plus prononcés sur son incapacité globale à effectuer une activité ménagère quotidienne et une activité lucrative en parallèle, en tenant compte de la majoration de ses empêchements résultant de ces deux activités. Après avoir rappelé que la Cour européenne des droits de l'homme avait considéré la méthode mixte comme discriminatoire, elle s'en est plus particulièrement prise à l'enquête économique sur le ménage réalisée à domicile le 29 avril 2016 (recte : 13 avril 2016), critiquant plusieurs des constatations opérées par l'enquêtrice, notamment en ce qui concerne l'aide de 20% fournie par son mari et l'un de ses fils. Se référant enfin aux déclarations des experts prénommés, elle a fait grief à l'office AI d'avoir rendu son projet de décision sans avoir examiné les mesures professionnelles susceptibles d'entrer en ligne de compte. Le 13 septembre 2016, A.S. _____ a transmis un rapport de sa nouvelle psychiatre traitante, la Dresse F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, daté du 5 septembre 2016. Celle-ci y posait les diagnostics suivants : trouble dépressif d'intensité actuellement sévère sans symptômes psychotiques, trouble anxieux, trouble hypocondriaque et autres modifications durables de la personnalité, présents depuis 2011. Compte tenu d'un retrait social marqué avec anhédonie et aboulie ainsi que d'un ralentissement psychomoteur, la Dresse F. _____ estimait que l'incapacité de travail était totale en toute activité. L'assurée en déduisait une aggravation de son état de santé, de sorte qu'il incombait à l'office AI de réinterpeller les experts R. _____ et W. _____ afin qu'ils se déterminent sur sa capacité de travail résiduelle. Dans un avis médical du 22 septembre 2016, le Dr N. _____ a considéré que le rapport précité de la Dresse F. _____ constituait une appréciation différente d'une situation similaire à celle prise en compte dans son rapport du 4 janvier 2016. En vue de répondre aux objections soulevées par l'assurée, le service des enquêtes ménagères de l'office AI a rédigé un rapport complémentaire daté du 31 octobre 2016, confirmant les résultats de l'enquête du 29 avril précédent. Par décision du 30 janvier 2017, l'office AI a entériné le refus de toutes prestations en faveur de A.S. _____, conformément à son projet du 6 juillet 2016. Une lettre d'accompagnement du même jour prenait position sur les observations formulées. B. Par acte du 3 mars 2017, A.S. _____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2012 avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} avril 2014 ; subsidiairement à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction dans le sens des considérants. Arguant d'une mauvaise évaluation de sa capacité de travail, l'assurée a fait valoir qu'il était inexact de prétendre que le rapport de la Dresse F. _____ du 5 septembre 2016 ne constituait qu'une appréciation différente d'une situation demeurée similaire. Outre que l'état dépressif était désormais qualifié de sévère, sa psychiatre traitante avait posé un diagnostic nouveau, à savoir celui de modifications durables de la personnalité. A cela s'ajoutait que le Dr N. _____ ne l'avait jamais examinée personnellement. Par ailleurs, le rapport d'expertise de la Policlinique J. _____ était antérieur de plus d'une année à la décision litigieuse. Dans ces conditions, c'était à tort que l'office AI avait pris sa décision finale sans ordonner un complément d'expertise sur le point de savoir si son état de santé s'était péjoré à la lumière de l'appréciation de la Dresse

F. _____, cette dernière ayant attesté d'une incapacité de travail complète. S'agissant des statuts d'active et de ménagère, l'assurée a contesté la répartition retenue par l'office AI, laquelle se fondait sur une enquête ménagère inexacte. A cet égard, elle a critiqué l'évaluation de divers postes, notamment celui concernant l'aide exigible des proches. Elle a par ailleurs estimé qu'il convenait de prendre en compte les interactions entre activités lucratives et travaux habituels, ce que les experts R. _____ et W. _____ n'avaient pas fait. Elle a également invoqué une application erronée de la méthode mixte. Enfin, l'assurée a demandé à titre subsidiaire de pouvoir bénéficier de mesures professionnelles. Par décision du 20 mars 2017, le magistrat instructeur a accordé à A.S. _____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 3 mars 2017. Elle était exonérée du paiement d'avances et de frais judiciaires, de même que de toute franchise mensuelle. Un conseil d'office en la personne de Me Corinne Monnard Séchaud lui a été désignée. Dans sa réponse du 4 mai 2017, l'office AI a confirmé la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} mai 2012 telle que retenue par les experts de la Polyclinique J. _____. En ce qui concerne le statut, il a indiqué qu'il n'existait aucun indice concret en faveur d'une volonté de travailler à un taux supérieur au taux habituel de 25%. En outre, le cadet des enfants de l'assurée avait presque atteint 18 ans lorsqu'était survenue l'atteinte à la santé. Le postulat selon lequel, si elle avait été en bonne santé, l'assurée aurait augmenté son taux d'activité à 100% lorsque son dernier enfant aurait fini sa scolarité, ne pouvait ainsi être validé. Renvoyant pour le surplus à son complément d'enquête du 31 octobre 2016 ainsi qu'à ses explications du 30 janvier 2017, l'office AI a conclu au rejet du recours. En réplique du 3 août 2017, l'assurée a réaffirmé que, si elle avait été en bonne santé, elle aurait travaillé au taux de 100%. Elle a une nouvelle fois contesté le calcul de l'invalidité selon la méthode mixte, invoquant le cas d'application du nouvel art. 27 bis RAI en voie de modification. De même, elle a contesté la capacité de travail retenue au vu de l'aggravation de son état dûment attestée et motivée par un nouveau rapport de la Dresse F. _____ du 20 mars 2017. L'assurée a derechef critiqué l'évaluation de l'aide exigible des proches compte tenu de leur disponibilité restreinte. A cet égard, elle a exposé que le fils aîné (recte : cadet), qui vivait encore au domicile familial, avait commencé l'armée le 31 octobre 2016 et qu'il ne rentrait que le week-end. De plus, son mari avait été en incapacité totale de travail à la suite d'un accident du 29 août 2016 au 15 mars 2017, date à laquelle il avait repris une activité à 50%, dite incapacité de travail ayant au demeurant été annoncée à l'assurance-invalidité. Dans la mesure où ces faits étaient antérieurs à la décision attaquée du 30 janvier 2017, l'office AI aurait dû en tenir compte. L'assurée a déclaré maintenir ses conclusions. Dupliquant en date du 6 septembre 2017, l'office AI a joint un avis du Dr N. _____ du 15 août précédent, dans lequel il déclarait s'en tenir aux conclusions des experts de la Polyclinique J. _____. Pour le reste, il a relevé qu'une diminution temporaire de la disponibilité des proches était sans incidence quant à leur aide. Il a derechef conclu au rejet du recours. S'exprimant une nouvelle fois par pli du 3 novembre 2017, l'assurée a répété que l'invalidité de son mari et l'indisponibilité de son fils aîné (recte : cadet) pour cause de service militaire étaient antérieurs à la décision attaquée, de sorte que l'office AI aurait dû procéder à des mesures d'instruction en relation avec ces faits et en tenir compte dans le cadre de la décision à rendre. Elle a déclaré maintenir ses conclusions. Par courrier du 15 décembre 2017, l'assurée a demandé l'application de l'art.

E. 27

bis RAI dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2018. D'après elle, il serait illogique d'exiger qu'elle dépose une nouvelle demande de prestations alors qu'une procédure est

pendante devant la Cour de céans. Le 25 janvier 2018, l'office AI a indiqué que la nouvelle réglementation n'avait pas d'effet rétroactif, de sorte que le nouveau droit ne s'appliquait qu'à partir du 1^{er} janvier 2018. Puisque la décision attaquée avait été rendue le 30 janvier 2017, l'invalidité devait être évaluée selon l'ancienne méthode mixte, ainsi que cela avait été fait. Comme le degré d'invalidité était à cette date inférieur à 40%, la décision attaquée devait être confirmée. Dans d'ultimes déterminations du 14 février 2018, l'assurée a une nouvelle fois exposé les motifs justifiant selon elle l'application à sa situation du nouveau mode de calcul en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2018. Elle a pour le surplus confirmé l'ensemble de ses conclusions. **E n d r o i t :** 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). 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'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (cf. art. 6 LPGA). b) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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 (ATF

125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c). d) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). e) 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 en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). 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_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 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 loc. cit., avec la jurisprudence citée). f) Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). 4. a) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (ATF 130 V 393 consid. 3.3 ; 125 V 146). b) Dans le cas présent, le statut actif de la recourante a été évalué à 25% et celui de ménagère à 75%. Cette répartition n'est pas contestable. Comme relevé par l'enquêtrice dans son rapport du 29 avril 2016, l'intéressée a travaillé à raison d'environ dix heures par semaine, en-dehors des heures scolaires, pour lui

permettre de s'occuper de ses enfants sans avoir recours à des structures de garde. Si elle allègue dans ses écritures avoir souhaité travailler à 100%, elle aurait été en mesure de le faire dès le milieu des années 2000 alors que ses enfants n'étaient plus en bas âge et avant que n'apparaissent ses problèmes de santé. Elle n'a pourtant pas entrepris de démarches dans ce sens, semblant s'être contentée de cette situation, même après que les enfants n'ont plus nécessité l'encadrement de leur mère, le cadet ayant 18 ans lorsqu'est survenue l'atteinte à la santé en 2011. Il y a donc lieu de s'en tenir à la répartition retenue par l'office AI.

c) Dans ses écritures, la recourante a formulé des critiques quant à l'utilisation de la méthode mixte, invoquant l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire Di Trizio contre la Suisse du 2 février 2016. aa) Selon cet arrêt, l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité à une assurée qui, sans atteinte à la santé, n'aurait travaillé qu'à temps partiel après la naissance de ses enfants et s'est vue de ce fait supprimer la rente d'invalidité en application des règles sur la révision de la rente, constitue une violation de l'art. 14 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101), prohibant toute discrimination, en relation avec l'art. 8 CEDH, garantissant le droit au respect de la vie privée et familiale. On ne saurait cependant déduire des considérants de cet arrêt que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité s'inscrit systématiquement en violation de la CEDH. Il convient en effet de se rapporter à la situation concrète dont avait à juger la Cour européenne des droits de l'homme, en l'espèce un changement de statut de l'assurée – et la perte de la prestation de rente consécutive – découlant exclusivement de la naissance de ses enfants et de la réduction (hypothétique) du taux d'activité qui s'en était suivie (ATF 143 I 50 consid. 4.4 ; TF 9C_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4 ; cf. aussi Anne-Sylvie Dupont, Arrêt Di Trizio c. Suisse – une appréciation, REAS 2016 p. 479). La méthode mixte s'applique encore lors d'une première attribution de rente ainsi qu'aux autres cas qui ne sont pas absolument similaires au cas Di Trizio (arrêt TF 9F_8/2016 du 20 décembre 2016). bb) En l'occurrence, d'une part, la recourante ne se trouve pas dans le contexte d'une révision du droit à la rente faisant suite à la naissance d'un enfant. D'autre part, le taux d'occupation usuel de la recourante n'a jamais été supérieur à quelques heures hebdomadaires, ceci par choix personnel. Cela étant, la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité s'applique dans la situation de l'assurée. cc) Afin de satisfaire aux exigences de la CEDH concernant une conception non discriminatoire de la méthode mixte, le Conseil fédéral a procédé à la modification des art. 27 et 27 bis al. 2 à 4 RAI. Cette modification est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018. Cependant, compte tenu de la date de la décision administrative attaquée (le

E. 30

janvier 2017) qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1; 127 V 467 consid. 1), il n'y a pas lieu de tenir compte de la modification réglementaire précitée (art. 27 bis RAI; TF 9C_573/2017 du 23 janvier 2018 consid. 2.2 ; 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 6.2). Dans la mesure où la décision attaquée est intervenue avant l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2018, de la nouvelle du 1^{er} décembre 2017 modifiant le RAI (RO 2017 7581), il convient d'examiner la situation à la lumière des dispositions légales et réglementaires applicables jusqu'au 31 décembre 2017.

d) Cela étant, la recourante critique l'évaluation des empêchements ménagers à laquelle a procédé l'intimé, en particulier la mesure dans laquelle l'aide des proches peut être exigée. Elle expose qu'à la suite d'un accident de travail survenu le 29 août 2016, son époux a présenté une incapacité de travail de 100% jusqu'au 15 mars 2017, date à laquelle il a repris l'exercice d'une activité professionnelle à 50%. Par ailleurs, son fils B.S._____ a été

astreint à effectuer son école de recrues du 31 octobre 2016 au 7 avril 2017. D'après elle, l'office AI aurait dû tenir compte de ces faits, antérieurs à la décision litigieuse. aa) Pour l'évaluation de l'incapacité sur la part ménagère, selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1 ; TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 et les références). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante admis que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il faille se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les arrêts cités). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible (TF 9C_716/2012 du 11 avril 2013 consid. 4.4). Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; 130 V 97 consid. 3.3.3 et les références). bb) Il ressort du rapport d'enquête ménagère du 29 avril 2016 que l'enquêtrice a retenu une aide raisonnablement exigible de 20% de la part du mari et des enfants de la recourante dans les postes suivants : alimentation, entretien du logement, emplettes et courses diverses ainsi que pour les soins à donner aux plantes. Des trois enfants de la recourante, seuls deux vivent au domicile familial, C.S. _____ ainsi que son frère cadet B.S. _____. Sans qu'il soit nécessaire ici de déterminer la date exacte de l'accident subi par le mari de la recourante (29 août ou 29 octobre 2016 ; cf. respectivement le courrier de la recourante à son conseil du 4 avril 2017 et le rapport de la Dresse F. _____ du 20 mars 2017), il convient de retenir qu'entre le

E. 31

octobre 2016 – date de l’entrée en service de B.S. _____ – et le 15 mars 2017 – date de la reprise d’une activité professionnelle à 50% par le mari –, la recourante pouvait se faire aider par son fils B.S. _____ les week-ends dès lors que celui-ci rentrait à la maison en fin de semaine (cf. mémoire de recours du 3 mars 2017, p. 18). Durant la semaine, cette aide pouvait être fournie – si nécessaire – par la fille de la recourante, D.S. _____. Certes, elle ne fait plus ménage commun avec ses parents. Le rapport d’enquête du 29 avril 2016 indique toutefois que les repas du soir se prennent en famille avec le mari et les enfants, ce qui laisse entendre que D.S. _____ serait de facto souvent présente. Quoiqu’il en soit, il résulte des propres déclarations de la recourante que sa fille est en mesure de lui apporter son aide dans l’exécution des travaux ménagers (cf. rapport d’enquête du 29 avril 2016, p. 5). Dès lors qu’il n’y a pas de grandeur limite au-delà de laquelle l’aide des membres de la famille ne serait plus exigible, on peut s’attendre à ce que l’aide de D.S. _____ soit sollicitée pendant la période d’empêchement de l’un ou l’autre membre de la famille. Dans ce contexte, il y a lieu de relever que le rapport d’enquête ne fait nulle mention de l’aide exigible du fils aîné C.S. _____. Dans la mesure où il vit à l’étage de la maison avec sa famille, il convient d’admettre qu’une aide peut également être exigée de sa part, à tout le moins à titre temporaire pendant l’absence de son frère. Au surplus, des tensions au sein du couple (cf. rapport d’expertise de la Policlinique J. _____ du 1^{er} décembre 2015, p. 25) ne justifient pas d’écarter la participation de l’époux aux travaux ménagers de ce qui est aussi son logement et son ménage (TF 9C_785/2014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3). cc) Sur le vu de ce qui précède, il apparaît que le rapport d’enquête ménagère du 29 avril 2016 – ainsi que son complément du 31 octobre 2016 – ne prête pas le flanc à la critique et que, dans ces conditions, une aide de 20% est raisonnablement exigible de la part des proches de la recourante au titre d’obligation de réduire le dommage. 5. S’agissant de la situation médicale, la recourante soutient que le rapport d’expertise de la Policlinique J. _____ du 1^{er} décembre 2015 ne saurait être suivi, dès lors que l’intimé n’a pas tenu compte des rapports médicaux de la Dresse F. _____ des 5 septembre 2016 et 20 mars 2017 pour se prononcer sur l’aggravation de l’état de santé avancée sur le plan psychique. La recourante critique ainsi la capacité de travail retenue par l’intimé. a) Au terme de son examen, le Dr W. _____ a posé les diagnostics – avec répercussion sur la capacité de travail – d’épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, de trouble hypocondriaque, d’agoraphobie sans trouble panique et d’autre phobie spécifique (phobie de la vue du sang). Il a notamment expliqué que l’épisode dépressif moyen, le trouble hypocondriaque, la phobie du sang et l’agoraphobie avec trouble panique étaient, à eux seuls, susceptibles d’entraîner des limitations fonctionnelles, sous la forme de difficultés à s’adapter à la nouveauté et à d’autres règles et routines que celles de la vie familiale. De plus, il apparaissait qu’en raison de la fatigabilité découlant de l’atteinte dépressive, la recourante rencontrait des difficultés à planifier et à structurer les tâches. Sa flexibilité et ses capacités d’adaptation étaient en outre réduites. Cependant, sa capacité de jugement et de prise de décision demeuraient en partie conservées, les troubles cognitifs liés à la dépression n’étant pas sévères. La capacité de s’affirmer était également abaissée et la capacité d’endurance était, elle, significativement diminuée par l’asthénie. De même, l’état de régression et les angoisses entraînaient des troubles relationnels. Sur le plan thérapeutique, les experts ont relevé, dans le cadre du colloque de synthèse, que la recourante bénéficiait d’un traitement mené de façon légère, qu’elle se montrait collaborante et que la compliance était bonne. Malgré un suivi existant depuis plus de trois ans, la situation évoluait peu. Ce suivi restait

cependant très important afin d'éviter un effondrement psychique plus grave. Au regard des limitations fonctionnelles mises en évidence sur le plan psychiatrique, les experts de la Polyclinique J. _____ ont conclu à une capacité de travail diminuée. Tout en admettant que l'existence de facteurs socio-culturels pouvait diminuer la motivation de la recourante à regagner le monde du travail, ils ont toutefois estimé qu'ils ne devaient pas être sur-interprétés et qu'ils ne devraient pas empêcher l'intéressée de reprendre une activité professionnelle à 50% dans un emploi suffisamment simple, tel qu'aide-ménagère ou concierge. b) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées des Drs W. _____ et R. _____. Le rapport d'expertise du 1 er décembre 2015 de la Polyclinique J. _____ remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Les conclusions rendues par les experts résultent d'une analyse complète de la situation médicale – objective et subjective. Elles sont claires et convaincantes. Dans son certificat du 5 septembre 2016, au demeurant bref et peu étayé, ainsi que dans son rapport médical du 20 mars 2017, la Dresse F. _____ a notamment posé le diagnostic d'autres modifications durables de la personnalité (trouble durable de la personnalité après une expérience traumatique liée à une maladie pulmonaire transitoire dont le diagnostic est resté incertain). Elle n'a cependant pas motivé ce diagnostic dans son certificat du 5 septembre 2016. Or, l'existence de problèmes pneumologiques était connue des experts de la Polyclinique J. _____ (cf. rapport du 1 er décembre 2015, p. 7). Tout en ayant relevé plusieurs facteurs de fragilisation importants dans l'anamnèse de la recourante (enfance passée dans des conditions socio-économiques défavorables, décès précoce de sa mère alors qu'elle n'était qu'adolescente et mariage peu épanouissant arrangé par la famille), ils ont toutefois souligné qu'ils n'avaient pas d'élément parlant en faveur d'un trouble de la personnalité. Les experts de la Polyclinique J. _____ ont donc examiné l'éventualité d'un trouble de la personnalité, mais l'ont rejetée. A cela s'ajoute que la Dresse F. _____ a qualifié de sévère le trouble dépressif présenté par la recourante depuis 2011. Le dossier tel que constitué ne contient cependant aucune pièce corroborant l'appréciation de la Dresse F. _____ sur ce point. Bien plutôt, le Dr X. _____, précédent psychiatre traitant, a évoqué un épisode dépressif moyen (cf. rapports des 25 avril 2013 et 21 février 2014). Si la Dresse F. _____ a précisé que les diagnostics posés étaient présents depuis 2011 (cf. rapport du 20 mars 2017) et que la recourante ne se reconnaissait pas dans l'état actuel perdurant depuis 2011 (cf. certificat médical du 5 septembre 2016), elle n'a toutefois mis en évidence aucun facteur d'aggravation ni n'a indiqué quel serait l'élément nouveau lui permettant de poser des diagnostics différents de ceux retenus par les Drs X. _____ et W. _____, se contentant de se référer à la situation telle qu'elle persistait depuis 2011. Force est donc de constater que l'analyse de la Dresse F. _____ ne repose pas sur des éléments nouveaux mais qu'elle constitue seulement une appréciation différente de la situation. On relèvera par ailleurs qu'elle ne s'est pas exprimée sur la teneur du rapport d'expertise du 1 er décembre 2015 ni n'a communiqué aucun constat clinique qui n'aurait pas été analysé par les experts de la Polyclinique J. _____. Elle ne fait pas état d'élément qui n'aurait pas été pris en compte par ces derniers ou qui justifieraient de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée. Partant, le certificat du 5 septembre 2016 et le rapport du 20 mars 2017 établis par la Dresse F. _____ ne permettent pas d'admettre une incapacité de travail totale en toute activité. c) Au surplus, il convient d'admettre que le trouble psychique dont souffre la recourante présente un caractère invalidant au sens de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (ATF 143 V 409 ; 143 V 418 ; 141 V 281).

L'expertise de la Polyclinique J. _____ fournit des explications détaillées sur le caractère cohérent du tableau clinique, expliquant notamment que les réponses données par la recourante correspondaient globalement à ce que l'on rencontre dans le cadre des épisodes dépressifs moyens et des troubles anxieux, que l'on prenne le versant agoraphobe ou le trouble hypocondriaque. Les plaintes psychiatriques, qui demeuraient au premier plan, que ce soit sur le plan anxieux ou dépressif, étaient restées cohérentes dans le sens d'une congruence avec un diagnostic d'épisode dépressif moyen. Cela étant, les experts de la Polyclinique J. _____ ont souligné que l'importance du handicap devait être pondérée en tenant compte d'une symptomatologie dépressive qui demeurait moyenne, de facteurs socioculturels et de facteurs extra-médicaux, comme la présence d'un conflit conjugal, qui ne faisait que verrouiller l'intéressée dans son sentiment d'incapacité. La présence de plusieurs comorbidités psychiatriques associée à des facteurs socioculturels, à savoir les difficultés d'intégration et une situation conjugale problématique, ont conduit les experts à retenir que les ressources personnelles de la recourante étaient assez faibles. Des ressources résiduelles exploitables subsistaient néanmoins dans des activités simples impliquant peu de contacts avec autrui ou au sein de groupes très restreints. d) Partant, il convient de retenir, à l'instar des experts de la Polyclinique J. _____, que la recourante présente, depuis le mois de mai 2012, une capacité de travail de 50% dans l'activité d'aide-ménagère ou de concierge pour autant qu'elle soit compatible avec les limitations fonctionnelles énoncées sur le plan somatique. 6. En définitive, en déniait le droit de la recourante à une rente d'invalidité ainsi qu'à des mesures professionnelles, la décision attaquée échappe à la critique. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision rendue le 30 janvier 2017. 7. Cela étant, il convient d'inviter la recourante à déposer dès que possible une nouvelle demande de prestations auprès de l'office intimé. D'après l'al. 2 des dispositions transitoires de la nouvelle du 1^{er} décembre 2017 modifiant le RAI, la personne assurée qui exerçait une activité lucrative à temps partiel et accomplissait par ailleurs des travaux habituels a la possibilité de déposer une nouvelle demande lorsque l'octroi d'une rente lui a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1^{er} décembre 2017 parce que le taux d'invalidité était insuffisant. L'office AI est en effet tenu d'examiner cette nouvelle demande à la lumière des nouvelles règles applicables (art. 27 bis al. 2 à 4 RAI) s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente. 8. a) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que la recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA). b) La recourante dispose, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me Corinne Monnard

Séchaud à compter du 3 mars 2017 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure. Me Monnard Séchaud a produit le 15 mars 2018 le relevé des opérations effectuées pour le compte de la recourante. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Pour l'année 2017, il convient d'arrêter la durée totale des opérations effectuées à 14 heures et 36 minutes pour la période comprise entre le 3 mars et le 15 décembre 2017 au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), soit un montant s'élevant à 2'628 fr., à quoi s'ajoutent les débours par 131 fr. 40 et la TVA au taux de 8 % par 220 fr. 75, ce qui représente un montant total de 2'980 fr. 15. Quant à l'année 2018, la durée totale des prestations accomplies du 14 février au 15 mars 2018 s'élève à une heure, soit 180 francs (art. 2 al. 1 let. a RAJ), à quoi s'ajoutent les débours par 9 fr. et la TVA au taux de 7,7% par 14 fr. 55, ce qui représente un montant total de 203 fr. 55. L'indemnité d'office en faveur de Me Corinne Monnard Séchaud s'élève par conséquent à 3'183 fr. 70 (2'980 fr. 15 + 203 fr. 55).

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