

VD_GERICHTE ZD14.050157 vom 14. September 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-09-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.050157

FR: VD_GERICHTE ZD14.050157 du 14 septembre 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.050157 del 14 settembre 2015

Erwägungen

E. 4

a) Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) (teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance,

- 38 - la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1). b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 et TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2). c) Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPG, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la

- 39 - décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3 et les références citées). Si

l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2).

E. 5

a) Dans le cas d'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par N._____ et a repris l'instruction de la cause. Il en ressort notamment que l'assurée, après avoir été licenciée de D._____ avec effet au 1er novembre 2009, travaillait depuis avril 2011 comme répétitrice scolaire pour les devoirs surveillés, à raison de 6 heures 30 par semaine. b) En ce qui concerne l'état de santé de la recourante au plan physique, il ressort des pièces du dossier qu'elle a fait une chute le 9 avril 2012 laquelle a causé une fracture à sa jambe droite associée à une fracture des malléoles interne et postérieure, traitées le 11 avril 2012 par réduction ouverte et ostéosynthèse des malléoles ainsi qu'un enclouage du tibia. En novembre 2012, l'intéressée a été examinée par la Dresse M._____, qui a relevé que la patiente décrivait des douleurs aux genoux et disait être gênée par le matériel au niveau de la malléole. Elle a posé un pronostic favorable et relevé qu'il faudrait prévoir l'ablation du matériel d'ostéosynthèse une année après l'opération. S'agissant de la capacité de travail de la recourante au plan somatique, vu l'avis largement concordant des médecins somaticiens, le Dr Q._____ et le Dr S._____, il convient de retenir que cette dernière a présenté une incapacité totale de travail depuis le 9 avril 2012 jusqu'au 20 mars 2013 à tout le moins (date du rapport médical du Dr Q._____). En raison de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, l'assurée a de nouveau

- 40 - présenté une incapacité totale de travail du 1er au 19 mai 2013. Le Dr [...] a attesté la possibilité d'une reprise d'activité à 100% dès le 20 mai 2013. S'agissant de l'évolution postérieure, et comme le relève l'avis SMR du 3 février 2015, aucun indice au dossier ou aucun élément avancé par l'assurée ne permettent de douter que la situation après l'ablation de matériel d'ostéosynthèse en mai 2013 n'a pas évolué favorablement et que l'assurée ne présente pas une capacité de travail entière dans une activité adaptée, compte tenu des limitations fonctionnelles somatiques suivantes : peu de marche et de station debout (cf. avis SMR des 28 mars 2013 et 3 février 2015). Dans ces conditions, la capacité de travail de la recourante au plan somatique étant établie au degré de la vraisemblance prépondérante, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction, sous la forme d'une expertise orthopédique, comme elle le requiert. c) Du point de vue psychiatrique, les rapports du Dr X._____ et de l'experte W._____ sont partiellement contradictoires. Au plan des diagnostics retenus d'abord, le Dr X._____ a posé celui de trouble de la personnalité émotionnellement labile compulsif ainsi que des troubles liés à l'utilisation de l'alcool, alors que la Dresse W._____ a diagnostiqué un trouble anxieux d'intensité légère présent depuis plusieurs années, incapacitant depuis 2012 et un trouble dépressif récurrent, en rémission au moment de l'expertise, avec un premier épisode en 1998 et un deuxième épisode en 2004. La Dresse W._____ a en particulier expliqué de manière convaincante pourquoi elle ne diagnostiquait pas un trouble de la personnalité émotionnellement labile : en effet, pour retenir un diagnostic de trouble de la personnalité, ce dernier doit, d'après les explications de l'experte, se manifester dès l'enfance, persister à l'adolescence et émerger de manière floride à l'âge adulte, ce qui n'est pas le cas chez l'assurée. L'experte a néanmoins précisé que des traits de la personnalité impulsive étaient présents (cf. expertise

p. 23). L'on ne peut donc suivre la recourante dans la mesure où elle reproche à l'experte de ne pas avoir expliqué pourquoi elle s'écartait du diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile posé par son psychiatre traitant, lequel n'a au demeurant pas explicité les critères sur lesquels il se fondait pour poser un tel diagnostic, ni les médecins de [...] (voir

- 41 - expertise W. _____ p. 8). Les deux autres diagnostics posés par l'experte sont également étayés de manière claire et convaincante, étant fondés sur l'anamnèse et un entretien avec l'expertisée. L'experte a en particulier précisé que « la notion de plusieurs épisodes dépressifs entrecoupés de périodes de rémission permettait de retenir, selon la définition de la CIM- 10, le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Actuellement ce trouble est en rémission ». Elle a également expliqué que chez la recourante, « le seuil anxiogène est abaissé et s'accompagne d'une anxiété anticipatrice avec parfois des conduites d'évitement. Ces symptômes correspondent, selon la définition de la CIM-10, à un trouble anxieux, sans précisions ». S'agissant de la dépendance à l'alcool, l'experte W. _____ a conclu qu'elle était secondaire au trouble dépressif récurrent et au trouble anxieux et n'était pas incapacitante au moment de l'expertise. Cela étant, malgré les divergences au plan diagnostic entre le psychiatre traitant et l'experte, leur appréciation de la capacité de travail de la recourante d'un point de vue psychiatrique concorde largement s'agissant de la période courant de juillet 2012 à fin 2013. Ils sont en effet tous deux d'avis que la recourante était totalement incapable de travailler de juillet 2012 – date de son hospitalisation à [...] pendant une semaine dans le contexte d'une alcoolisation aiguë – à juillet 2013, moment à partir duquel le Dr X. _____ a attesté que la recourante pouvait reprendre une activité à 50% dans un cadre adapté. La Dresse W. _____ est également d'avis que la recourante pouvait exercer une activité adaptée à 50% depuis mi-juillet 2013. Dans ces conditions, il convient de retenir que l'assurée a effectivement présenté une incapacité totale de travail au plan psychiatrique de juillet 2012 à juillet 2013. On ne saurait donc suivre l'intimé qui considère que la recourante avait recouvré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à compter de mars 2013, en se fondant sur l'avis du médecin traitant - lequel avait mentionné dans son rapport du 20 mars 2013 une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée (soit une activité dans une ambiance calme et sans stress) (cf. l'avis SMR du 3 février 2015). En effet, concernant l'état de santé psychique de la recourante, l'opinion concordante des spécialistes en la matière doit l'emporter. Par ailleurs, on relèvera que le médecin traitant

- 42 - s'était prononcé avant que la mesure auprès d'I. _____ ne soit interrompue pour des motifs somatiques (soit en raison de l'opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse effectuée en mai 2013) et psychiatriques (cf. le rapport d'I. _____ du 25 juin 2013). En ce qui concerne la période courant à compter de janvier 2014, l'experte relève que l'assurée a de nouveau une relation suivie avec son ami, qu'elle a repris des loisirs et des contacts avec ses diverses amies et qu'elle sort quotidiennement se promener. Elle en conclut ainsi, de manière convaincante, que le trouble dépressif est en rémission. Par ailleurs, elle expose que le trouble dépressif récurrent et le trouble anxieux entraînent comme limitations des variations de la thymie en fonction des circonstances existentielles, une fatigabilité psychique, une vulnérabilité au stress et une diminution des capacités adaptatives et entraînent une diminution de 30% de sa capacité de travail ; l'experte précise que des activités sont exigibles de la part de l'assurée pour autant qu'elles s'exercent dans un environnement avec peu de stress. Ces explications sont dûment motivées, prennent en

compte l'anamnèse et les plaintes de l'assurée et emportent ainsi conviction. Le grief de la recourante selon lequel l'expertise est contradictoire car l'experte estime qu'elle peut travailler 6h30 par jour malgré la vulnérabilité au stress et une diminution des capacités adaptatives, est infondé, dès lors que précisément l'experte a tenu compte de ces limitations en retenant que l'assurée avait une diminution de la capacité de travail de 30% et devait travailler dans un environnement avec peu de stress. On ne saurait non plus reprocher à l'experte de n'avoir pas procédé à des tests psychologiques complémentaires, vu la large autonomie dont jouit l'expert dans la manière de conduire son expertise (cf. TF 9C_732/2012 du 26 novembre 2012 consid. 4.2). On relèvera d'ailleurs qu'aucun médecin n'a suggéré la réalisation de tels tests. Enfin, comme cela ressort de l'avis SMR du 12 novembre 2014, le rapport du Dr X. _____ du 13 octobre 2014 ne permet pas de mettre en doute les conclusions de l'expertise. En effet, ce médecin ne pose pas un diagnostic différent de ceux retenus par l'experte, excepté le trouble

- 43 - de la personnalité émotionnellement labile que celle-ci a réfuté de manière convaincante (cf. ci-dessus). Au demeurant, il convient de tenir compte du fait qu'en tant que psychiatre traitant, il peut être enclin à prendre le parti de sa patiente. Par conséquent, la capacité de travail de la recourante au plan psychique est établie sur la base d'une expertise probante qui remplit les réquisits jurisprudentiels en la matière. En particulier, les points de divergence avec l'appréciation du psychiatre traitant sont étayés par l'experte de manière convaincante ; de plus l'évolution de la capacité de travail de la recourante jusqu'à la date de la décision litigieuse (cf. TF 9C_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3 et les références, selon lequel le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative) a pu être établie au degré de la vraisemblance prépondérante, tant du point de vue psychique que somatique (cf. supra b). Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction en la forme d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, ou de la tenue d'une audience en présence des Drs W. _____ et X. _____, le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 136 I 229 consid. 5.3, ATF 134 I 140 consid. 5.3). d) Vu ce qui précède, l'on ne peut suivre entièrement l'OAI dans son appréciation de la capacité de travail de la recourante, qui doit être fixée comme suit, vu les atteintes physiques et psychiques de la recourante : 0% dans toute activité du 9 avril 2012 à mi-juillet 2013, 50% de mi-juillet 2013 à fin 2013 dans une activité adaptée (soit une activité dans une ambiance calme, avec peu de stress, avec peu de marche et de station debout) et 70% dès le 1er janvier 2014 dans une activité adaptée.

E. 6

Il reste à examiner le taux d'invalidité de la recourante pour ces trois différentes périodes, respectivement le droit à la rente, étant donné que la recourante conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité à compter du 1er mai 2013.

- 44 - Dans le cas d'espèce, il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, l'assurée ayant déclaré dans le formulaire 531bis du 28 janvier 2013, ainsi que lors de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 31 octobre 2013, que sans atteinte à la santé elle travaillerait à 80% pour des raisons financières (cf. supra consid. 3b). C'est donc à juste titre que l'OAI a retenu un statut d'active à 80% et de ménagère à 20%. La recourante ne le conteste d'ailleurs pas. a) aa) Selon la méthode générale de la comparaison des revenus (applicable à la part active), l'invalidité est évaluée en comparant le revenu que

l'assuré pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidé) avec le revenu qu'il aurait obtenu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidé a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1, ATF 110 V 273 consid. 4b). Pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de main-d'oeuvre. S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire

- 45 - impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TF 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 ; TF 9C_446/2008 du 18 septembre 2008, 9C_236/2008 du 4 août 2008 et I 175/04 du 28 janvier 2005 consid. 3; VSI 6/1999 p. 247 consid. 1 et les références citées). La comparaison des revenus (revenu avec invalidité et revenu sans invalidité) s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.1). Ce n'est qu'en cas de circonstances particulières qu'il peut se justifier que l'on s'en écarte et que l'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser selon toute vraisemblance en tant que personne valide, par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (TFA B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2 et les références citées; voir également TFA I 201/06 du 14 juillet 2006, consid. 5.2.3).

- 46 - Pour estimer le revenu d'invalidé lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. Lorsque le revenu d'invalidé est fixé sur la base de données statistiques, il y a lieu de procéder à une réduction du salaire ainsi obtenu, afin de tenir compte des circonstances concrètes dans lesquelles se trouvent les personnes invalides et qui ne leur permettent pas de toucher le salaire découlant de ces données (cf. ATF 126 V 175 ; UELI KIESER, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht (ASTG), in : SBVR, Soziale Sicherheit, 2ème édition, Bâle 2007, ch. 25, p. 248). La réduction n'est pas automatique, mais doit intervenir seulement lorsqu'il existe, dans le cas d'espèce, des motifs qui indiquent que l'assuré ne peut pas réaliser, dans le cadre de sa capacité de travail résiduelle, le salaire découlant des données statistiques (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). A cet égard, il y a lieu de tenir compte des circonstances personnelles et professionnelles dans lesquelles se trouvent la personne invalide, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de services, la nationalité, ou la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'activité (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc). La mesure dans laquelle les salaires ressortissant des statistiques doivent être réduits résulte d'une évaluation globale sous l'angle de l'ensemble de ces critères, dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration et du juge ; il ne se justifie pas de quantifier séparément chacun des critères selon les circonstances d'espèce (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; ATF 126 V 75 consid. 5b/bb). Le pouvoir d'examen du juge cantonal des assurances sociales s'étend à l'opportunité de la décision administrative et n'est pas limité à la violation du droit, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (ATF 137 V 71 consid. 5.2). En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que

- 47 - l'autorité a adoptée, dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2). Enfin, il y a lieu de rappeler que de jurisprudence constante, la déduction globale maximale est limitée à 25% (cf. notamment : TF 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.5). bb) Vu l'incapacité totale de travail de la recourante dans toute activité d'avril 2012 à juillet 2013, elle a le droit à une rente entière d'invalidité. En effet, le taux d'incapacité de travail se confond dans ce cas avec le taux d'invalidité pour la part active (cf. TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6) ; dès lors en l'occurrence, pour la seule part active, le taux d'invalidité s'élève à 80% (100% x 80%), à l'ouverture du droit à la rente, soit le 9 avril 2013 (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI). Toutefois, la recourante ayant déposé sa demande de prestations AI le 31 décembre 2012, la rente entière est versée à compter du 1er juin 2013 (art. 29 al. 1 et al. 3 LAI), jusqu'au 31 octobre 2013, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail constatée à la mi-juillet 2013 (cf. art. 88a al. 1 RAI). cc) S'agissant de la période de mi-juillet 2013 au 31 décembre 2013, et celle à compter du 1er janvier 2014, il se justifie, comme l'a relevé l'OAI dans sa fiche d'examen du droit à la rente du 3 septembre 2014, de se fonder sur l'ESS pour déterminer le revenu hypothétique sans invalidité, pour la part active, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté

par la recourante. En effet, il apparaît très vraisemblable que même sans atteinte à la santé celle-ci n'aurait pas conservé son travail auprès de [...], vu ses problèmes d'alcool. De plus, elle a cessé cet emploi le 1er novembre 2009, soit plus de trois ans avant de déposer sa nouvelle demande de rente le 31 décembre 2012. Par ailleurs, vu le taux d'occupation de l'assurée dans l'activité de surveillante de devoirs (6 heures 30 par semaine), qu'elle a exercée d'avril 2011 jusqu'à l'accident d'avril 2012, il apparaît que le

- 48 - salaire qu'elle a perçu dans ce cadre ne correspond pas à ce qu'elle aurait été en mesure de réaliser selon toute vraisemblance en tant que personne valide, dès lors qu'il est hautement probable qu'elle rencontrait déjà des difficultés professionnelles en raison de son état de santé avant l'accident du mois d'avril 2012. A cet égard, le salaire médian réalisé par les femmes en 2010, dans des activités simples et répétitives, était de 4'225 fr. par mois. Compte tenu d'un horaire de travail hebdomadaire dans les entreprises de 41.7 heures en moyenne en 2013 (La Vie économique, 11-2014, tableau B 9.2), de l'indexation de 1% en 2011 et de 0.8% en 2012 (La Vie économique 9-2013, p. 95, B. 10.2) et de 0.7% en 2013, (les données statistiques concernant la durée du travail et l'indexation en 2014 n'étant pas encore parues dans la revue La Vie économique à la date de l'arrêt de la Cour de céans), c'est un revenu annuel sans invalidité de 43'348 fr. 56 qu'il y a lieu de retenir à 80% (soit 54'185 fr. 70 à 100%) et non de 42'945 fr. comme l'a retenu l'intimé. Pour fixer le revenu d'invalidé pour la période courant de mi- juillet 2013 au 31 décembre 2013, et pour celle courant à partir de janvier 2014, il sied également de se fonder sur l'ESS, la recourante n'ayant pas repris d'activité adaptée raisonnablement exigible et ne contestant pas le fait de se référer au salaire statistique. Dès lors, le salaire médian retenu ci-dessus est également déterminant. Cela étant, vu les limitations fonctionnelles physiques et psychiques de la recourante, il apparaît opportun d'appliquer un abattement de 15% sur ce revenu statistique. Dès lors, le revenu d'invalidé est de 23'028 fr. 95 pour la première période (27'092 fr. 85 - 4'063 fr. 90) et de 32'240 fr. 50 pour la seconde (37'929 fr. 99 - 5'689 fr. 49). Vu ce qui précède, le taux d'invalidité pour la part active est de 46,9% pour la période de mi-juillet 2013 au 31 décembre 2013 ($[43'348 \text{ fr. } 56 - 23'028 \text{ fr. } 95] / 43'348 \text{ fr. } 56 \times 100$) et de 25.62 % ($[43'348 \text{ fr. } 56 - 32'240 \text{ fr. } 50] / 43'348 \text{ fr. } 56 \times 100$) depuis le 1er janvier 2014.

- 49 - b) La recourante conteste en substance la valeur probante du rapport de l'enquête économique sur le ménage du 4 novembre 2013 faisant valoir que ses « divers troubles, d'ordre psychique, diminuent significativement son rendement, respectivement ses capacités domestiques ». aa) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 ; cf. TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Il convient enfin de préciser que les empêchements de la personne assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que

l'on peut exiger des proches au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; cf. TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1). bb) En l'espèce, l'enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de la recourante, de sorte que l'enquêtrice avait connaissance de la situation spatiale, et elle a dûment pris acte des limitations fonctionnelles et des atteintes à la santé de l'intéressée (cf. point 1 du rapport). L'enquêtrice a également tenu compte des indications de cette dernière s'agissant de sa situation médicale et économique. Pour le surplus, le rapport est détaillé et motivé en ce qui concerne les empêchements ménagers retenus, et repose sur les indications données

- 50 - par la recourante. Dès lors, le rapport constitue une base fiable de décision, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'enquêtrice qui a fixé à 0.95% les empêchements ménagers. On relèvera à cet égard que dans son rapport d'expertise, la Dresse W. _____ a indiqué que dans l'activité de ménagère, la capacité de l'assurée était entière. c) Vu ce qui précède, le taux d'invalidité de la recourante pour la période de mi-juillet 2013 au 31 décembre 2013 est de 37,7% (soit $[80\% \times 46.9\%] + [20\% \times 0.95\%]$). Il est de 20.7 % (soit $[80\% \times 25.65\%] + [20\% \times 0.95\%]$) dès le 1er janvier 2014. Ces taux sont insuffisants pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (art. 28 LAI).

E. 7

a) Ainsi le recours est partiellement admis, la décision attaquée étant réformée en ce sens que la recourante a le droit à une rente entière d'invalidité du 1er juin 2013 au 31 octobre 2013. Il appartiendra à l'OAI de calculer le montant de la rente et des intérêts dus sur les arriérés. En ce qui concerne la période à compter du 1er novembre 2013, le taux d'invalidité est insuffisant pour maintenir le droit à une rente d'invalidité. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice, lesquels sont en principe supportés par la partie qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Par ailleurs, le recourant qui obtient gain de cause a droit à l'allocation de dépens, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD). c) En l'espèce, la recourante obtient partiellement gain de cause. Ayant procédé par l'intermédiaire d'une représentante qualifiée du Centre social protestant - Vaud, qui peut se voir accorder des dépens, la recourante a droit à une indemnité de dépens réduits qu'il convient, compte tenu de l'ampleur des activités déployées en procédure judiciaire, de fixer à 600 fr. à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

- 51 - L'émolument judiciaire, arrêté à 400 fr., est mis à la charge des deux parties, à raison de 200 fr. chacune (cf. art. 51 LPA-VD) (cf. art. 11 TFJDA [tarif vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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