

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 septembre 2025

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Tinguely, juge, et M. Despland, assesseur
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, à Bienne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de commerce, célibataire, sans enfant, a déposé le 23 mai 2003 une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), mentionnant une incapacité de travail depuis le 2 juillet 2002 et présenter des atteintes à la santé sur le plan somatique et psychique (hépatite C, HIV, fractures de deux côtes et du bassin, dépression). Concernant ses emplois, elle a indiqué avoir travaillé à 100 % pour ses deux derniers employeurs.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a procédé, le 8 décembre 2005, à un examen clinique orthopédique et psychiatrique de l'assurée. Dans un rapport du 28 février 2006 relatif à cet examen, le SMR a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervico-dorso-lombalgies, de status après fractures des côtes 8 et 9 à droite, de séropositivité à l'HIV, d'hépatite C traitée et d'état dépressif avec caractéristiques psychotiques en tant qu'effet secondaire du traitement médicamenteux de l'hépatite C. Sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné des traits de personnalité émotionnellement instable de type borderline. Le SMR a conclu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale dans toute activité du 1^{er} juillet 2002 au 15 mai 2003, et qu'elle présentait depuis le 16 mai 2003 une pleine capacité de travail dans son activité habituelle et dans toute autre activité respectant les limitations fonctionnelles induites par les cervico-dorso-lombalgies, par sa faible masse musculaire et son poids à la limite de l'insuffisance pondérale (à savoir un travail sédentaire ou semi-sédentaire, avec alternance des positions debout et assise, sans position penchée en avant ou en porte-à-faux et sans port de charge supérieure à 10 kg).

Par décision sur opposition du 15 janvier 2008, l'OAI a refusé d'allouer une rente d'invalidité à l'assurée.

b) Le 29 juin 2017, la prénommée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, signalant être en incapacité de travail depuis le 3 octobre 2016 et mentionnant, comme atteintes à la santé, une hépatite en rémission, un HIV, des douleurs dorsales, à la tête et à la nuque.

Dans un rapport du 23 août 2017, le Dr O._____, médecin généraliste traitant, a indiqué que l'assurée présentait depuis avril 2017 une dépression réactionnelle à un traitement instauré pour l'hépatite C, dans un contexte de séropositivité que l'assurée n'avait pas pu affirmer auprès de son entourage pendant longtemps. Il a ajouté que malgré un suivi psychothérapeutique instauré rapidement au sein du cabinet H._____, l'assurée n'avait pas récupéré une capacité de travail de 100 % et elle occupait son poste de travail à 60 %.

Dans un questionnaire pour l'employeur du 12 octobre 2017, L._____ a mentionné que l'assurée était employée depuis le 13 décembre 2005 en qualité de gestionnaire [...] et que son horaire de travail était de 30,45 heures par semaine, respectivement de 6,09 heures par jour, depuis le 1^{er} décembre 2010, précisant que l'horaire de travail normal dans l'entreprise était de 41 heures par semaine.

Dans un rapport du 21 décembre 2017, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du cabinet H._____, a indiqué que l'assurée était suivie depuis avril 2017 dans un contexte d'antécédents de toxicomanie et de HIV. Il a relevé que la patiente n'était plus en incapacité de travail, que sa capacité de travail était de 100 % depuis août 2017, mais qu'elle avait de la peine à travailler à 100 %. Dans l'annexe à son rapport, il a précisé que la fatigue induite par le traitement de l'HIV entraînait des difficultés relationnelles et dans la gestion des émotions, une hypersensibilité au stress et des difficultés pour les activités impliquant des tâches complexes, un contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels. L'assurée était aussi limitée dans les activités exigeant une grande autonomie, de la précision, de la rapidité et dans les tâches complexes. Il a précisé que la possibilité d'exercer une activité à plein temps devait être confirmée par le médecin traitant dans la

mesure où l'adaptation au traitement HIV était une source de fatigue et de stress.

Par décision du 19 février 2018, l'OAI a refusé d'octroyer des mesures professionnelles et une rente d'invalidité à l'assurée, au motif qu'en octobre 2017, à l'échéance du délai de carence d'une année à compter du début de l'incapacité de travail, elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité de gestionnaire [...] et dans toute autre activité.

Le 14 mai 2018, l'assurée a transmis à l'OAI des certificats médicaux du Dr O. _____ faisant état d'un arrêt de travail de 100 % du 8 janvier au 26 janvier 2018, de 50 % du 1^{er} février au 2 mars 2018 et de 15 % du 5 mars au 11 mai 2018. Dans le courrier accompagnant ces certificats, l'assurée, se référant à un entretien téléphonique du 27 mars 2018 avec l'OAI, a écrit que son degré d'incapacité de travail n'était pas assez élevé pour une entrée en matière de l'OAI mais qu'elle n'était pas entièrement rétablie.

B. Le 13 juillet 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en signalant avoir présenté une incapacité de travail de 50 % du 13 janvier au 1^{er} mars 2020, et être en incapacité de travail totale depuis le 2 mars 2020. Comme atteintes à la santé, elle a mentionné une hépatite C, un HIV, un cancer de l'utérus, des troubles anxio-dépressifs, un syndrome de stress post-traumatique, des troubles de la personnalité et une dépression.

Dans un rapport du 25 juin 2020 à l'assureur perte de gain, le Dr B. _____ a indiqué suivre personnellement l'assurée depuis septembre 2018 et que l'évolution avait été globalement favorable jusqu'à l'annonce d'un cancer de l'utérus. Au titre de diagnostics, il a mentionné un état anxio-dépressif récurrent, un syndrome de stress post-traumatique/modification durable de la personnalité et des traits de personnalité, un HIV, une hépatite, un cancer récent, une ménopause artificielle et un deuil difficile.

Invitée à compléter le formulaire de détermination du statut, l'assurée a signalé le 4 août 2020 à l'OAI qu'elle ne comprenait pas les questions qui lui étaient posées et qu'elle compléterait le formulaire avec son médecin.

Dans un rapport du 12 août 2020, le Dr O._____, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'hépatite C, de HIV, de troubles anxio-dépressifs récurrents, de syndrome dépressif, de cancer de l'utérus en février 2020 et de cervicalgies. Il a précisé que la capacité de travail de la patiente était nulle depuis le 2 mars 2020 et que les certificats d'arrêts de travail étaient effectués par le psychiatre traitant.

Le 1^{er} septembre 2020, le Dr S._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a transmis un rapport à l'OAI dans lequel il a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'adénocarcinome de l'endomètre découvert en février 2020, qui avait donné lieu à une intervention et pour lequel il avait attesté une incapacité de travail totale du 2 mars au 13 avril 2020 dans toute activité. Ce médecin a indiqué que les suites opératoires avaient été bonnes, mais que le diagnostic du cancer avait beaucoup impacté psychologiquement la patiente.

Le 31 août 2020, l'assurée a transmis à l'OAI le formulaire de détermination du statut en indiquant que sans atteinte à la santé, elle exercerait la même activité par nécessité financière et intérêt pour le social. A la question de savoir quel serait son taux d'activité si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle a répondu « 75 % car je n'arrivais pas à 100 % » et cela depuis environ 2010. A la question relative à quelles activités elle consacrerait le pourcentage non-travaillé, dans le cas où elle n'aurait pas travaillé à plein temps en bonne santé, elle a répondu qu'elle ne savait pas. Dans le courrier accompagnant le formulaire, elle a indiqué l'avoir complété avec son médecin.

Dans le questionnaire pour l'employeur complété le 29 septembre 2020, L._____ a confirmé que l'assurée travaillait comme

gestionnaire [...] depuis le 13 décembre 2005, et à raison de 30,45 heures par semaine depuis le 1^{er} décembre 2010. Il a précisé que la charge émotionnelle liée à la gestion des dossiers était lourde au vu de la spécificité de ceux-ci et il a joint à son envoi notamment le cahier des charges de l'assurée et un récapitulatif de ses absences entre 2013 et 2020.

Dans un rapport du 28 septembre 2020, le Dr B. _____ a indiqué que depuis le début de son suivi en septembre 2018, l'assurée présentait une symptomatologie dépressive et anxieuse récurrente et fluctuante, d'intensité légère à modérée. L'état psychique de sa patiente s'était péjoré dernièrement en raison de son cancer gynécologique, qui avait réactivé partiellement les très lourds antécédents traumatiques de la patiente, laquelle avait subi des maltraitances et abus, y compris sexuels, dans son enfance, puis au début de l'âge adulte, le Dr B. _____ mentionnant par ailleurs une consommation de drogues jusqu'en 2003. Le psychiatre traitant a ajouté qu'après le refus de la première demande de prestations de l'assurance-invalidité, l'assurée avait trouvé un emploi comme gestionnaire [...] qu'elle avait réussi à maintenir à un taux compris entre 50 et 75 %, au prix d'une asthénie parfois très importante. Au titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail, il a mentionné un état anxio-dépressif récurrent depuis l'enfance, un syndrome de stress post-traumatique/modifications durables de la personnalité, des traits de personnalité anxieux et mixtes, ainsi qu'une ménopause artificielle depuis mars-avril 2020. Sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné un HIV et un cancer. A la date du rapport, la capacité de travail était nulle. Le Dr B. _____ a précisé que l'on pouvait escompter une reprise de travail à un taux entre 20 et 50 %, mais que l'assurée ne pourrait pas reprendre un travail à 100 %, ajoutant qu'elle avait été limitée ces dernières années dans sa capacité de travail à un taux oscillant entre 50 et 75 % en raison d'une dysthymie, de son trouble de la personnalité et du syndrome de stress post-traumatique.

Dans un rapport du 6 octobre 2020, la Dre R. _____, spécialiste en médecine interne et infectiologie et médecin au service

V._____ a indiqué suivre l'assurée depuis 2012, en raison d'une infection au HIV bien contrôlée sous trithérapie et d'une ancienne infection hépatite C guérie après traitement. Le suivi infectiologique était stable et l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail en relation avec les diagnostics infectieux.

Dans un rapport du 20 novembre 2020 à l'OAI, le Dr S._____ a expliqué que l'assurée avait débuté un suivi chez lui le 13 novembre 2019 dans un contexte de ménométrorragies péri-ménopausiques sous traitement hormonal de substitution et avait subi le 27 décembre 2019 une endométréctomie, puis le 3 mars 2020 une hystérectomie totale et annexectomie bilatérale en raison d'un adénocarcinome endométrioïde de l'endomètre. Les suites opératoires avaient été simples avec une dernière consultation effectuée le 29 juillet 2020.

Dans un rapport du 2 février 2021, le Dr B._____ a fait état d'une évolution favorable. L'épisode de trouble anxio-dépressif modéré à sévère que traversait l'assurée était en train de se résorber ; il était alors léger et n'avait plus beaucoup de répercussions sur la capacité de travail, qui était néanmoins toujours nulle selon le psychiatre traitant. Au titre de diagnostics, il a mentionné une modification durable de la personnalité à la suite d'un événement traumatique avec des traits de personnalité anxieux et mixtes, en relevant que la ménopause mal vécue compliquait le tableau. Il a observé que l'assurée restait légèrement ralentie sur le plan psychomoteur et que les antécédents importants de prise de toxiques durant la jeunesse semblaient avoir laissé des traces sur les cognitions qui étaient légèrement limitées (mémoire, concentration et surtout attention). L'anxiété restait élevée et l'assurée décrivait encore un peu d'irritabilité. Il notait globalement un retour au fonctionnement habituel de l'assurée et il espérait pouvoir considérer une reprise progressive du travail dès avril 2021, en relevant que l'assurée ne pourrait pas recouvrer une capacité plus élevée que 50-60 %, même en cas d'humeur stable (sans dépression) et dans un cadre de travail adapté. Il a rappelé que le taux d'activité habituel de l'assurée de 60-75 % n'avait pas été un choix, mais avait été

dicté par ses limitations induites par son trouble de la personnalité et la dysthymie qui en découlait.

Dans un rapport du 27 avril 2021, le Dr B._____ a fait état d'une évolution défavorable en raison de facteurs de stress, à savoir un licenciement, le deuil d'une collègue et amie très proche, un père très diminué en raison d'un status post accident vasculaire cérébral récent, et une mère qui présentait des signes de démence sénile et qui réactivait par son comportement une maltraitance subie par l'assurée tout au long de sa vie au sein d'une famille très dysfonctionnelle. Au status psychiatrique, la patiente était alors plus angoissée, déprimée et épuisée. Elle présentait des difficultés cognitives plus marquées et avait plus de peine à mettre des limites. Selon le psychiatre traitant, la capacité de travail de l'assurée était nulle et pourrait être proche de 50 % en cas de période de stabilité thymique et dans un cadre professionnel adapté.

Sur mandat de l'OAI, une expertise psychiatrique a été réalisée par les Drs M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et W._____, du Q._____, qui ont rendu leur rapport d'expertise le 31 janvier 2022, en faisant l'appréciation suivante :

« 6. Diagnostics

[..]

• Avec effet sur la capacité de travail :

- o Trouble de stress post-traumatique (F43.10), depuis l'enfance ;
- o Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) / Trouble dépressif persistant (Dysthymie) (F34.1), depuis adolescence/jeunesse ;
- o Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité (F61) - des traits de personnalité de type dépendante (F60.7) et des traits de personnalité de type émotionnellement labile (F60.3) ;
- o Trouble mental spécifié dû à une autre affection médicale (F06.8) - la ménopause précoce, l'infection HIV, la récente néoplasie de l'endomètre.

• Sans effet sur la capacité de travail :

- o Trouble léger de l'usage de l'alcool (F10.10) ;
- o Trouble moyen de l'usage du cannabis (F12.20) - cannabis fumé, shit, marijuana, haschich ;
- o Problème relationnel dans la fratrie (Z62.891).

[...]

Limitations fonctionnelles : épuisement physique et psychique, intolérance au stress, difficultés relationnelles, difficulté à gérer l'anxiété et la frustration, instabilité de l'humeur.

Limitations physiques dont asthénie, fatigabilité.

L'assurée devrait avoir récupéré une partie de sa capacité de travail au 1^{er} octobre 2021. Nous estimons cependant que les limitations citées ci-dessus sont en lien avec des traumatismes répétés qui ont marqué de manière durable la fonctionnalité de l'assurée.

[...]

Dans sa dernière activité la patiente a travaillé à un taux de 75 % qui semblait lui convenir jusqu'à l'apparition de son cancer de l'endomètre en décembre 2019, elle présente dès lors une incapacité de travail totale. Selon notre évaluation, cette incapacité totale est justifiée du point de vue psychiatrique jusqu'au 1^{er} octobre 2021, puis la patiente devrait pouvoir récupérer une capacité de travail de 60 % dans toute activité de l'économie libre, cette capacité pourrait s'élever à 75 % dans une activité caractérisée par un environnement de travail particulièrement bienveillant comme celui dans lequel l'assurée a évolué ses dernières années. »

Dans un avis du 15 mars 2022, le SMR a estimé qu'il était nécessaire d'interroger à nouveaux les experts du Q._____, en observant notamment que ces derniers ne semblaient pas avoir actualisé les informations sur lesquelles ils fondaient leurs conclusions dans leur rapport d'expertise du 31 janvier 2022, alors que l'entretien avec l'expertisée avait été réalisé plus de six mois auparavant, en juin 2021. Selon le SMR, les conclusions des experts étaient par ailleurs peu étayées et peu convaincantes, notamment sur les diagnostics retenus.

L'OAI a donc requis un complément d'informations aux Drs M._____ et W._____, qui ont rendu un rapport d'expertise complémentaire le 23 juin 2022, après un nouvel entretien avec l'assurée le 7 juin 2022, dans lequel ils ont posé les diagnostics suivants :

« DIAGNOSTICS

F34.1 Dysthymie,

F32.2 Episode dépressif sévère,

F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives (alcool et cannabis),

F10.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue,

F12.2 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, syndrome de dépendance et utilisation continue. »

Concernant la capacité de travail de l'assurée, ils ont conclu qu'elle était nulle sur le plan psychiatrique depuis le 2 mars 2020, pour une durée indéterminée, en raison d'une dysthymie, puis d'un épisode dépressif sévère actuel, sans symptômes psychotiques, précisant que ces troubles de l'humeur s'inscrivaient dans le cadre d'un état dissociatif lié aux multiples traumatismes vécus par l'expertisée.

Dans un avis du 30 août 2022, le SMR a estimé que ce complément d'expertise était lacunaire, contradictoire et soulevait de nouvelles interrogations, notamment au sujet des diagnostics différents retenus par les experts dans leurs rapports. Il a préconisé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

L'OAI a donc ordonné une nouvelle expertise qui a été réalisée par le Dr X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a posé les diagnostics suivants dans son rapport d'expertise du 8 juin 2023 :

« **Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail**

F33.11 Troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique depuis mars 2020 au présent.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

F61.0 Trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, actuellement non décompensé. *Ce trouble n'a pas empêché l'assurée à se former, à travailler et à gérer son quotidien sans limitation dans le passé et il n'est pas décompensé.*

F19.2 Dépendance à plusieurs substances (éthylque, aux benzodiazépines et au cannabis avec utilisation continue et abstinente à la cocaïne, amphétamines, opiacés, LSD et champignons hallucinogènes).

F43.1 Etat de stress post traumatique depuis le début de l'âge adulte. »

Concernant la capacité de travail de l'assurée, le Dr X._____ a conclu qu'elle était de 50 % depuis mars 2020 dans l'activité habituelle ainsi que dans toute autre activité sans hiérarchie complexe, sans conduite professionnelle, et adaptée d'un point de vue somatique.

Dans un avis du 14 juillet 2023, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expert X. _____ et a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % depuis mars 2020 dans son activité habituelle et dans toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : « syndrome dépressif modéré, ralentissement modéré, troubles modérés de la concentration, éviter les activités lourdes physiquement, pas de hiérarchie complexe. Pas de conduite automobile professionnelle (alcool) ».

Le 7 septembre 2023, l'OAI a écrit à l'assurée qu'une évaluation ménagère à domicile allait être réalisée afin de chiffrer ses empêchements dans la tenue de son ménage, étant donné qu'elle exerçait une activité lucrative à 75 % et que les 25 % restants correspondaient à ses travaux habituels dans la tenue de son ménage.

Le 9 octobre 2023, l'assurée a répondu qu'elle n'avait jamais réussi à travailler à plein temps à cause de sa santé et non par choix personnel. Elle a ajouté que les dernières années, lorsqu'elle avait sollicité l'aide de l'OAI, il lui était déjà impossible de travailler à 100 % à cause de ses problèmes de santé sur les plans somatique et psychique.

Une évaluation économique sur le ménage a été réalisée le 18 décembre 2023, sur la base d'un entretien téléphonique avec l'assurée. Dans son rapport établi le jour-même, l'évaluatrice a proposé de retenir un statut d'active à 75 % et un statut de ménagère à 25 %. Elle a par ailleurs fixé à 4,55 % le taux d'empêchement relatif à la part ménagère. Concernant le statut de l'assurée, l'évaluatrice a observé ce qui suit :

« Sur le formulaire 531bis complété le 31.08.2020, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 75 % « car je n'arrivais pas à 100 % », depuis environ 2010.

Motivation du statut :

Le pourcentage de 75 % indiqué dans le formulaire susmentionné correspond effectivement au taux de travail habituel de l'assurée avant son atteinte à la santé depuis 2005.

Lors de notre entretien, l'assurée explique qu'elle travaillait initialement à 50% lorsqu'elle a démarré dans sa dernière activité.

Puis son taux de travail a progressivement été augmenté, sur sa demande, jusqu'à 75 %.

Elle souhaitait travailler plus afin de rembourser ses dettes et relève qu'un taux de 75 % lui était tout juste suffisant pour se faire. Cependant l'assurée relève bien qu'elle n'aurait pas travaillé à 100 %, et qu'elle aurait justement voulu travailler moins que 75 %, taux qu'elle a exécuté uniquement en raison du remboursement de ses dettes.

Selon le SMR (GED, 14.07.2023), « au final, il n'y a pas d'atteinte permettant de retenir une IT [incapacité de travail] avant mars 2020.

[...]

A la lumière de ces constatations médicales, tout en tenant compte de l'argumentation de l'assurée (GED, 11.10.2023), en l'état nous n'avons pas matière à nous écarter d'un statut de 75 % pour la part active, taux d'activité de l'assurée dans sa dernière activité professionnelle. »

Dans un projet de décision du 8 janvier 2024, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, estimant qu'elle disposait d'une capacité de travail de 50 % dans toute activité depuis mars 2020. Pour la détermination du taux d'invalidité, qu'il a arrêté à 38,63 %, il s'est fondé sur l'évaluation économique sur le ménage pour retenir le statut d'active à 75 % et le statut de ménagère à 25 %, ainsi qu'un taux d'empêchement de 4,55 % pour la part ménagère.

Par courrier du 9 février 2024, l'assurée, représentée par Procap, a formulé des objections à l'encontre de ce projet de décision. Se prévalant d'un rapport du 5 février 2024 du Dr B. _____ qu'elle a joint à son écriture, elle a émis des griefs à l'encontre de l'expertise du Dr X. _____. Elle a par ailleurs contesté le degré d'invalidité retenu par l'OAI, en reprochant notamment à ce dernier d'avoir écarté un statut d'active à 100 %. Dans le rapport médical précité, le psychiatre traitant a signalé une péjoration de l'état de santé de l'assurée, en particulier depuis l'expertise de juin 2023, le Dr B. _____ précisant à ce sujet que la décompensation actuelle était liée aux tracasseries asséurologiques et à l'inquiétude de l'assurée liée à sa démarche auprès de l'OAI. Il a ajouté que l'assurée était actuellement incapable de travailler en raison d'un trouble dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques, d'un trouble de la personnalité mixte et d'une modification durable de la

personnalité. Les limitations fonctionnelles de sa patiente étaient une fatigue importante, des difficultés de concentration, des troubles attentionnels, une irritabilité, de l'anxiété, une tristesse et des sentiments d'injustice et de culpabilité. Il a réitéré que l'assurée avait dû travailler par le passé à un taux réduit en raison de ses limitations fonctionnelles persistantes et que sa capacité de travail à terme ne pourrait pas dépasser le taux de 50 %.

Dans un avis du 11 avril 2024, le SMR a estimé que les nouveaux éléments apportés par l'assurée n'étaient pas de nature à revenir sur sa précédente appréciation du 14 juillet 2023. Au vu de l'aggravation de l'état dépressif mentionnée par le psychiatre traitant, il a néanmoins proposé de procéder à une réévaluation de la situation en juin 2024, après interpellation du psychiatre traitant.

Se déterminant le 25 juillet 2024 sur les arguments avancés par l'assurée à l'appui de sa contestation du statut mixte, l'évaluatrice de l'OAI a confirmé les conclusions de son rapport d'évaluation ménagère.

Dans un rapport du 20 août 2024, le Dr B. _____ a répondu à des questions de l'OAI et confirmé les diagnostics posés dans son précédent rapport, en précisant que l'état de santé psychique de sa patiente était resté mauvais et que la péjoration était en grande partie liée à l'injustice ressentie à cause des appréciations asséurologiques qui étaient en décalage avec son vécu d'incapacité. Dans la rubrique concernant le déroulement d'une journée type de l'assurée, il a notamment observé que celle-ci avait une capacité de travail théorique d'environ 50 % dans un cadre adapté, sans trop de pression ni de stress, et tenant compte de son besoin de nombreux moments de pause ou de retrait social. A la question relative à la capacité de travail de l'assurée, il a répondu qu'elle était nulle dans toute activité, précisant que le pronostic, bien que réservé, pourrait être un peu plus favorable à moyen et long terme. A la question de savoir s'il avait procédé à des adaptations médicamenteuses, il a répondu par la négative, en précisant que les médicaments avaient peu d'effets sur les troubles de la personnalité.

Quant au suivi psychothérapeutique, il intervenait à une fréquence mensuelle.

Dans un avis du 4 octobre 2024, le SMR a observé que le psychiatre traitant ne décrivait pas d'éléments clairs en faveur d'une aggravation clinique manifeste depuis l'expertise du Dr X._____.

Par décision du 7 octobre 2024, l'OAI a confirmé le refus d'allouer des mesures professionnelles et une rente d'invalidité à l'assurée.

C. Par acte de son conseil du 7 novembre 2024, C._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, et à tout le moins à une rente de 50 %, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Elle a fait valoir que l'OAI aurait dû lui reconnaître le statut d'active à 100 %. Elle a aussi contesté l'évaluation de sa capacité de travail opérée par l'intimé, en soutenant que ce dernier aurait dû se baser sur l'appréciation de son psychiatre traitant et admettre qu'elle avait présenté une incapacité de travail totale entre 2020 et 2022. Elle a en outre allégué que son travail auprès de son dernier employeur, qui impliquait d'être confrontée à des clients en difficultés, ne respectait pas les limitations fonctionnelles reconnues par l'expert X._____ et n'était pas adapté au vu de son trouble de la personnalité labile et anxieuse. Dans ces circonstances, l'OAI aurait dû fixer son degré d'invalidité en procédant à une comparaison des gains entre le revenu sans invalidité de 98'591 fr. qu'elle percevait effectivement auprès de son ancien employeur en 2020 avec un revenu d'invalidité de 31'386 fr. 60 qu'elle pourrait percevoir selon les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2020, tableau TA1_skill-level, branche 77, 79-82 « Activités de services admin. (sans 78) », niveau de compétence 2 pour une femme travaillant à 50 %), ce qui devait conduire, après indexation à 2021, à l'octroi d'une rente correspondant à une invalidité de 68 % au moins, la recourante ajoutant

qu'une déduction forfaitaire de 20 % sur le revenu d'invalidé devait par ailleurs être opérée dès le 1^{er} janvier 2024.

Dans sa réponse du 10 décembre 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 6 janvier 2025, la recourante a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui

prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, ce qui est le cas en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Les dispositions légales ci-dessous seront donc mentionnées dans leur version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-

rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

c) 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, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

d) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire

sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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 ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références ; TF 8C_757/2023 du 20 décembre 2024 consid. 7 ; TF 8C_220/2024 du 4 octobre 2024 consid. 3.2).

f) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la

résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

5. a) Il convient tout d'abord d'examiner la capacité de travail de la recourante, étant rappelé que les parties s'accordent sur le fait que son activité habituelle est adaptée à ses atteintes à la santé sur le plan somatique ; seul le volet psychiatrique est litigieux.

b) Afin d'éclaircir les atteintes psychiques de la recourante et leur incidence sur la capacité de travail, l'intimé a mis en œuvre une première expertise auprès des Drs M._____ et W._____ du Q._____ qui ont conclu, dans leur rapport d'expertise du 31 janvier 2022, que la recourante présentait une incapacité de travail totale depuis le diagnostic du cancer de l'endomètre en décembre 2019 mais qu'elle devrait pouvoir récupérer une capacité de travail à compter du 1^{er} octobre 2021, au taux de 60 % dans toute activité de l'économie libre et de 75 % dans un environnement de travail particulièrement bienveillant. Comme l'a observé le SMR dans son avis du 15 mars 2022, ce rapport d'expertise est insuffisamment étayé et a été établi plus de six mois après l'entretien d'expertise avec la recourante, sans que les experts n'aient actualisé les informations sur lesquelles ils avaient fondé leur appréciation et leur pronostic quant à la récupération d'une capacité de travail résiduelle. Un complément d'expertise a alors été requis par le SMR et les experts du Q._____ ont établi, le 23 juin 2022, un rapport d'expertise complémentaire, après un nouvel entretien avec la recourante le 7 juin 2022. Or, pour les raisons exposées par le SMR dans son avis du 30 août 2022, ce complément d'expertise n'est pas probant et soulève de nouvelles interrogations. Les experts ont notamment posé des diagnostics différents à ceux qu'ils avaient retenus précédemment sans étayer suffisamment leur nouvelle appréciation. Dans leur complément d'expertise, ils ont estimé que les limitations de la recourante s'inscrivaient dans un contexte de réactivation des traumatismes vécus durant l'enfance et la vie adulte, tout en écartant le diagnostic de trouble de stress post-traumatique posé précédemment et sans fournir d'explications à ce sujet. Ils n'ont pas non plus expliqué pourquoi ils ne

retenaient plus le diagnostic de troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité, avec traits de personnalité de type dépendante et de type émotionnellement labile, qui avait été posé dans leur précédent rapport d'expertise. Ils ont conclu que la recourante présentait une incapacité de travail totale depuis novembre 2019 sans avoir procédé à un examen du retentissement de ses atteintes à la santé à l'aune des indicateurs de la jurisprudence. Au vu des contradictions et lacunes de l'expertise des Drs M. _____ et W. _____ du Q. _____, c'est à juste titre que l'intimé a ordonné une deuxième expertise qui a été réalisée par le Dr X. _____ le 8 juin 2023.

c) Sur le plan formel, l'expertise du Dr X. _____ ne prête pas le flanc à la critique. L'expert a procédé à une étude circonstanciée du cas sur la base des rapports médicaux versés au dossier qu'il a résumés. Il a tenu compte des plaintes et déclarations de la recourante, a décrit son quotidien et établi une anamnèse détaillée sur les plans familial, personnel, socio-professionnel et médical. Dans le cadre de l'expertise, deux entretiens ont eu lieu avec la recourante et plusieurs évaluations ont été effectuées à l'aide d'outils psychométriques. Les conclusions de l'expertise sont par ailleurs claires et motivées.

L'expert a expliqué que l'état psychique de la recourante avait commencé à se péjorer dès l'enfance, dans un contexte familial compliqué, marqué par la présence de parents inadéquats et dysfonctionnels. Le premier traumatisme de la recourante remontait à l'âge de dix ans environ, avec des abus sexuels de la part de sa sœur aînée, ce qui avait entraîné un premier épisode dépressif sans prise en charge spécialisée. Dans ce contexte lourd, la recourante avait commencé à se droguer à partir de l'adolescence et était tombée dans une polytoxicomanie. Elle relatait aussi avoir été victime, vers l'âge de 27 ans, d'une séquestration, au cours de laquelle elle avait été menacée avec une arme et avait subi plusieurs viols. Cet événement traumatique avait causé une rechute dépressive importante et la recourante s'était effondrée dans la consommation de toxiques à but anesthésique, tout en consommant également de la cocaïne pour avoir un bon rendement au travail. Un

troisième épisode dépressif était survenu en 2002, dans les suites du traitement de l'hépatite C, la recourante relatant l'apparition d'hallucinations visuelles et délires de persécution durant cette période et avoir consulté à l'époque une psychiatre jusqu'en juin 2004 environ. Elle avait arrêté les toxiques durs à la suite d'un accident de ski survenu en mars 2003, mais elle consommait encore quotidiennement de l'alcool et du cannabis afin de se détendre. Au vu de la persistance d'une fragilité psychologique, elle avait débuté un suivi psychiatrique auprès du Dr B. _____ autour de septembre 2018 dans le cadre de son état de stress post-traumatique. Elle ne décrivait toutefois pas de rechute dépressive caractérisée avant mars 2020. C'est à partir de ce moment qu'elle avait présenté une nette aggravation sur le plan psychique avec un ralentissement psychomoteur, une fatigue persistante, des angoisses, une tristesse quotidienne et des résurgences régulières de souvenirs traumatiques du passé. Elle relatait un état psychique globalement inchangé depuis mars 2020. L'expert a posé le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique depuis mars 2020, en mentionnant les critères diagnostiques fondant son appréciation. Sans incidence sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et anxieuse, actuellement non décompensé, de dépendance à plusieurs substances et d'état de stress post-traumatique depuis le début de l'âge adulte, en énumérant les critères diagnostiques présents chez la recourante. Il s'est déterminé sur l'évolution de ces atteintes à la santé, en observant à cet égard que la situation avait été globalement stationnaire depuis mars 2020.

L'expert a ensuite procédé à l'évaluation du caractère incapacitant des atteintes psychiques de la recourante au regard des indicateurs jurisprudentiels applicables. Il a notamment observé une bonne cohérence en regard de l'anamnèse et des constatations cliniques, et les limitations fonctionnelles de la recourante se manifestaient de manière uniforme dans tous les domaines d'activité. L'expert s'est aussi déterminé sur le traitement suivi par la recourante et a préconisé notamment un suivi psychiatrique hebdomadaire, au lieu du suivi mensuel

dont elle bénéficiait alors, avec changement du traitement antidépresseur et sevrage éthylique et au cannabis. Selon l'expert, la situation n'était pas stabilisée et l'évolution était difficilement déterminable, mais il était d'avis que la capacité de travail de la recourante pourrait être améliorée avec la mise en place des mesures thérapeutiques précitées.

Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'expert a également examiné les ressources et limitations fonctionnelles de la recourante, en observant que les limitations psychiatriques se manifestaient sous la forme d'un ralentissement psychomoteur modéré, de troubles de la concentration modérés et d'un isolement social partiel. L'expert a aussi observé que la recourante conservait de bonnes ressources et gérait son quotidien, à l'exception de l'administratif complexe ; l'exécution des tâches lui prenait toutefois plus de temps en raison d'un ralentissement.

Il y a lieu de constater que rien ne permet de s'écarter des conclusions claires et motivées du Dr X._____, dont le rapport remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui conférer pleine valeur probante.

d) Au stade du recours, la recourante ne conteste pas vraiment qu'elle dispose d'une capacité de travail de 50% depuis la date de l'expertise du Dr X._____, mais soutient que l'intimé aurait dû lui reconnaître une incapacité de travail totale pour la période de 2020 à 2022 au vu de l'avis de son psychiatre traitant qui devait primer sur celui de l'expert.

L'expert X._____ a expliqué de manière convaincante pourquoi il retenait une capacité de travail de 50 % depuis mars 2020 et les rapports du psychiatre traitant n'apportent pas d'éléments objectifs nouveaux susceptibles de mettre sérieusement en doute les conclusions de l'expert. Dans son rapport du 5 février 2024, le psychiatre traitant a d'ailleurs admis que son appréciation diagnostique était globalement similaire à celle du Dr X._____ et que l'expertise de ce dernier était globalement cohérente. En substance, le Dr B._____ a reproché à

l'expert d'avoir minimisé l'incidence du trouble de stress post-traumatique et de la personnalité de la recourante sur sa capacité de travail, sans toutefois expliciter suffisamment ce grief, le psychiatre traitant se limitant à émettre des considérations générales sur les expertises qui, selon lui, tendraient fréquemment à sous-estimer les répercussions des troubles de la personnalité des expertisés. A noter que les conclusions de l'expertise sur la capacité de travail rejoignent l'évaluation du psychiatre traitant dans la mesure où ce dernier évoquait, en avril 2021 déjà, la possibilité que la recourante récupère une capacité de travail proche de 50 % dans un cadre adapté en cas de stabilité de la thymie. S'agissant de l'activité adaptée, le psychiatre traitant a indiqué, dans son rapport du 5 février 2024, qu'il s'agissait d'une activité administrative, mais sans contact avec des personnes en difficultés, alors que l'activité habituelle de la recourante auprès du dernier employeur impliquait de tels contacts. Se déterminant sur ce point dans son avis du 11 avril 2024, le SMR a observé que la recourante était confrontée avec des dossiers de clients en difficultés, mais n'avait pas de contacts directs avec ceux-ci. Le questionnaire de l'employeur ne contient pas d'indication précise à ce sujet, mais mentionne que la recourante avait un travail de type administratif, respectivement de gestionnaire de dossier, avec la précision que la charge émotionnelle liée aux types de dossier était lourde. Le cahier des charges produit par l'employeur apporte plus de précisions puisqu'il indique que l'activité comprend des relations internes et externes avec les usagers notamment. Or, rien n'indique que la recourante n'avait pas de contacts avec les usagers conformément à son cahier des charges. Cela étant, l'expert X._____ n'a pas fait état d'une limitation fonctionnelle en lien avec le contact avec des personnes en difficulté et le psychiatre traitant n'explique pas vraiment pourquoi la recourante ne pourrait pas continuer à exercer une telle activité à un taux réduit, comme elle l'a fait précédemment pendant près de quinze ans. Quoi qu'il en soit, la recourante conserve une capacité de travail dans une activité de gestionnaire administrative avec un revenu équivalent à celui qu'elle percevait auprès de son ancien employeur qu'elle pourrait mettre en valeur dans un service autre que L._____ qui l'a licenciée.

Précisons encore que l'aggravation de l'état de santé psychique évoquée par le psychiatre traitant dans ses rapports de février et août 2024, qui sont liées aux difficultés assécurologiques, ne permettent pas d'apprécier la situation différemment. Une décompensation passagère après réception des conclusions d'une expertise, tout comme d'une décision de l'OAI, ne permet pas la reconnaissance d'une atteinte durablement invalidante d'autant moins qu'elle résulte d'un facteur non médical étranger à la notion d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a).

e) En définitive, il y a lieu de constater que la recourante présente une capacité de travail de 50 % depuis mars 2020 dans son activité habituelle.

6. Il reste à examiner le taux d'invalidité de la recourante. Pour cela, il y a lieu d'examiner au préalable le statut de la prénommée (assurée exerçant une activité lucrative à temps complet ou à temps partiel), pour pouvoir ensuite déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité, les parties étant en désaccord sur ces points.

a) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte - dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1).

aa) Pour un assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de

comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA).

cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, la personne assurée aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps elle aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu qui aurait pu être obtenu de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par la personne assurée à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021 ; méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part du temps consacrée à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte

d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI [dans leur teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021) et 8 al. 3 LPGa, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c). Cette question doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C_875/2015 du 11 mars 2016 consid. 6.2 ; ATF 141 V 15 consid. 3.1 et les références citées).

b) En l'espèce, la recourante travaillait pour son dernier employeur depuis 2005, au taux de 75 % lorsqu'elle a déposé sa demande de prestations en juillet 2020. Dans le questionnaire relatif à la détermination de son statut complété en août 2020, à la question de savoir quel serait son taux d'activité si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle a mentionné un taux de 75 % car elle n'arrivait pas au taux de 100 %. Elle a ajouté que sans atteinte à la santé, elle aurait exercé la même activité, par nécessité financière et intérêt dans le social, et qu'elle ne savait pas ce qu'elle aurait fait si elle n'avait pas travaillé à 100 %. Il apparaît ainsi qu'elle n'a pas répondu à la question de savoir quel taux d'activité elle aurait eu en bonne santé, mais qu'elle a renseigné sur le taux qu'elle occupait réellement compte tenu de son atteinte à la santé (« 75 % car je n'arrivais pas à 100 % »). On doit comprendre sa réponse en ce sens qu'elle aurait travaillé à 100 % si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. C'est également ce qui ressort des indications fournies le 9

octobre 2023, lorsqu'elle a été interrogée sur les empêchements dans ses travaux habituels, la recourante ayant précisé alors qu'elle n'avait pas travaillé à temps partiel par choix personnel, mais parce qu'elle n'avait pas réussi à travailler à 100 % à cause de ses problèmes de santé tant psychiques que physiques. Il ressort d'ailleurs de sa première demande de prestations déposée en mai 2003 qu'elle avait été engagée auprès de ses deux derniers employeurs au taux de 100 %, ce qui tend à confirmer qu'elle a réduit son taux d'activité pour des motifs médicaux et qu'elle aurait continué à travailler à plein temps sans l'apparition des atteintes à la santé pour lesquelles elle a sollicité l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Dans ces circonstances, on ne saurait suivre l'intimé lorsqu'il interprète les propos de la recourante retranscrits dans le rapport d'évaluation ménagère dans le sens qu'elle n'aurait pas travaillé à 100 % en bonne santé, puisqu'elle a travaillé à 75 % afin de pouvoir rembourser ses dettes, alors qu'elle aurait voulu travailler moins. Le fait qu'elle a voulu travailler à 75 % pour rembourser ses dettes ne signifie pas qu'elle n'aurait pas travaillé à 100 % en bonne santé et il est cohérent, au vu de ses précédentes déclarations concernant son incapacité à travailler à plein temps en raison de son état de santé, qu'elle ait voulu travailler à un taux plus bas si cela avait été possible. A noter que la situation médicale de la recourante rend vraisemblable que le taux d'activité de 75 % a été dicté par des motifs médicaux et qu'elle aurait travaillé à 100 % sans atteintes à la santé. Même s'il n'y a pas lieu de rechercher quelle était la capacité de travail exigible de la recourante, mais bien plutôt de déterminer si elle exercerait une activité lucrative, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (cf. consid. 6 a) dd) *supra*), il peut être observé que les pièces médicales versées au dossier révèlent de nombreux antécédents médicaux, tant sur le plan psychologique dû à un lourd passé, que sur le plan physique en raison de diverses maladies et infections, qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur la capacité de travail. La procédure instruite en 2003 sur la première demande de prestations de la recourante est antérieure à la prise d'emploi à 75 % et ne renseigne pas sur la situation médicale de la prénommée lorsqu'elle a été engagée auprès de son dernier employeur en 2005. L'instruction de la deuxième demande de prestations déposée en 2017

donne relativement peu d'informations sur la situation médicale à l'époque. Le dossier comporte un rapport du 21 décembre 2017 du Dr B._____, qui a certes attesté une pleine capacité de travail, tout en relevant cependant que la recourante - qui travaillait alors à 75 % - avait de la peine à travailler à 100 % et que l'exigibilité d'une activité à plein temps devait faire l'objet d'une confirmation par le médecin traitant au vu des effets secondaires du traitement de l'HIV. Le Dr B._____ a par ailleurs mentionné à l'époque des limitations fonctionnelles peu compatibles avec une activité à plein temps liées au traitement HIV qui était source de fatigue et de stress. Du reste, le médecin traitant a attesté par la suite plusieurs incapacités de travail temporaires et des échanges ont eu lieu à ce sujet entre la recourante et l'intimé en 2018, desquels il ressort que la recourante a compris que son degré d'invalidité n'était pas assez élevé pour une entrée en matière de l'OAI. Même si aucune incapacité de travail durable n'a été reconnue par l'intimé avant mars 2020, les pièces au dossier rendent vraisemblable que la recourante était entravée dans l'exercice de son activité professionnelle par ses atteintes à la santé. Dans le cadre de l'actuelle demande de prestations, le Dr B._____ a confirmé que la recourante était limitée depuis longtemps dans sa capacité de travail, à un taux variant entre 60 et 75 %, en raison de son syndrome de stress post-traumatique et de sa dysthymie, précisant que le taux d'activité partiel de la recourante avait été dicté par son état de santé (cf. ses rapports médicaux des 29 septembre 2020 et 2 février 2021). Si le rapport d'expertise du Dr X._____ constate que la recourante a pu travailler avec son trouble de la personnalité et sa dépendance à plusieurs substances, il y a lieu de relever qu'elle a travaillé à 75 % et non à 100 %, de sorte que ce constat de l'expert ne permet pas de conclure que les atteintes à la santé de la recourante étaient compatibles avec l'exercice d'une activité lucrative à 100 %, respectivement d'exclure le choix d'un emploi à temps partiel pour des raisons de santé. A noter que le récapitulatif des absences produit par l'ancien employeur fait état de nombreux arrêts maladie survenus entre 2013 et 2020, ce qui corrobore les difficultés rencontrées par la recourante à exercer une activité professionnelle, même au taux partiel de

75 %. Pour le surplus, sur le plan contextuel, la recourante, qui n'a pas d'enfant, vit seule et doit par conséquent subvenir seule à ses besoins.

Au vu des circonstances du cas d'espèce, il y a lieu d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante a choisi de travailler à 75 % en raison de ses atteintes à la santé et que, sans elles, elle aurait travaillé à 100 %. C'est donc un statut d'active à 100 % qui doit lui être reconnu.

c) En présence d'un statut d'active à 100 %, il y a lieu d'appliquer la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité.

Comme vu précédemment, la recourante présente une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, de sorte que son degré d'invalidité correspond à son taux d'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a ; TF 9C_252/2021 du 9 février 2022 consid. 6 ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4).

La recourante présente donc un degré d'invalidité de 50 %, qui ouvre le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité à compter du 1^{er} mars 2021, compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 let. b LAI).

7. En définitive, le recours doit être admis et la décision du 7 octobre 2024 réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2021.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige.

La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil

(art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 1'800 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 7 octobre 2024 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que C._____ a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} mars 2021.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à C._____ à titre de dépens

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Procap Suisse (pour la recourante),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :