

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 septembre 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Bidiville, assesseurs
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

T._____, à [...], recourante, représentée par Me Corinne Monnard Séchaud, avocate à Lausanne,

et

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

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

E n f a i t :

A. T._____ (ci-après : l'assurée), née en 1972, titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de commerce ainsi que d'un certificat de maître d'apprentissage, mariée et mère de trois enfants nés respectivement en 1997, 1999 et 2005, a rempli un formulaire de détection précoce le 29 août 2011 à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), avant de déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 16 septembre 2011, en raison d'une polyarthrite rhumatoïde. Elle a ultérieurement indiqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé en tant que secrétaire de direction depuis le 1^{er} janvier 2008 à un taux de 60 à 80%, cela par nécessité financière (cf. formulaire 531bis du 14 octobre 2011).

Il ressort du dossier que l'assurée a travaillé auprès de l'entreprise N._____ SA de 2003 à 2006, après quoi elle a exercé différentes activités avant d'être à nouveau engagée par la société N._____ SA en tant que secrétaire de direction à 50% depuis le 1^{er} juin 2010. En arrêt de travail dès le 8 août 2011, l'intéressée sera finalement licenciée pour le 31 mai 2012 (cf. extrait du compte individuel du 21 octobre 2011, attestation de l'employeur du 15 novembre 2011 et lettre de licenciement du 6 février 2012).

Dans un rapport du 21 octobre 2011 adressé à l'OAI, la Dresse Z._____, spécialiste en rhumatologie, a retenu l'atteinte se répercutant sur la capacité de travail de polyarthrite rhumatoïde séronégative, non érosive, depuis 2008. Elle a expliqué qu'après différents échecs thérapeutiques, une biothérapie avait été initiée le 21 septembre 2011, en parallèle à un traitement de Prednisone, et que la médication, pour l'instant bien tolérée, n'avait pas encore entraîné de diminution des douleurs au niveau des mains, des poignets et, dans une moindre mesure, des pieds. La Dresse Z._____ a souligné que l'assurée était épuisée, la fatigue étant un symptôme de la polyarthrite rhumatoïde difficile à traiter, et que le pronostic était réservé dans la mesure où la biothérapie venait

de débiter et n'était pour l'instant pas encore efficace, une réévaluation de la situation devant intervenir dans trois mois. Elle a en outre signalé que l'incapacité de travail était totale dans la profession de secrétaire de direction, cela depuis le 8 août 2011 et certainement jusqu'à fin octobre, voire plus longtemps. Enfin, la Dresse Z._____ a précisé ce qui suit :

"Madame T._____ travaillait à 70% en 2008 au début de la polyarthrite. Elle a spontanément diminué à 60%, puis à 50% actuellement en raison de la symptomatologie douloureuse, et de la fatigue. L'activité elle-même n'est pas physiquement lourde, et en principe, une réorientation professionnelle n'est pas indiquée. Si la patiente répond au traitement, une reprise de cette activité devrait pouvoir s'envisager. [...]"

A ce rapport étaient joints les documents suivants :

- un compte-rendu du 26 avril 2010 aux termes duquel le Dr B._____, spécialiste en médecine interne et en maladies respiratoires, adressait l'assurée au Service de rhumatologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier L._____), exposant que celle-ci présentait depuis l'été 2008 des polyarthralgies des doigts, des orteils, de la nuque et des genoux s'accompagnant d'une fatigue et d'une hypoferritinémie et que, parmi les différents traitements mis en œuvre, la prise de la Prednisone avait été prescrite en décembre 2009 et s'était suivie d'une tentative de sevrage ayant amené une recrudescence des douleurs ;

- un rapport du 17 mai 2010 des Drs J._____ et F._____, respectivement médecin adjoint et médecin assistant au Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre hospitalier L._____, retenant que la polyarthrite rhumatoïde séropositive de l'assurée, diagnostiquée en 2008, évoluait actuellement de manière insatisfaisante avec une persistance de polyarthralgies inflammatoires et de synovites cliniques ;

- un rapport du 31 août 2010 de la Dresse Z._____, dont il ressortait en particulier que le facteur rhumatoïde était désormais négatif.

Dans un rapport du 21 octobre 2011 établi sur demande de l'OAI, le Dr B._____ a posé le diagnostic incapacitant de polyarthrite rhumatoïde depuis février 2008, précisant en outre avoir suivi l'assurée de 2008 à 2010 et émettant un pronostic pour le moment défavorable. Ce médecin a pour le surplus renoncé à prendre position, considérant qu'il y avait lieu de se référer à des avis spécialisés.

Aux termes d'un compte-rendu du 15 novembre 2011 à l'OAI, le Dr P._____, psychiatre psychothérapeute, a signalé le diagnostic avec impact sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis août 2011, le pronostic étant réservé. Ce médecin a observé que le cumul des troubles physiques et psychiques empêchait l'activité exercée jusqu'alors, que l'incapacité de travail était totale pour le moment, avec une diminution de rendement due aux atteintes à la santé et aux effets secondaires du traitement, mais qu'une reprise de l'activité habituelle pourrait éventuellement intervenir à 50% en cas d'évolution favorable. Quant à l'exercice d'une activité adaptée, il pourrait être envisagé éventuellement à 50% mais pas avant le printemps 2012. Cela dit, l'assurée disposant d'un bon niveau de formation, le Dr P._____ a estimé qu'il n'y avait pas vraiment de sens à la mise en œuvre de mesures professionnelles. Il a ajouté que, depuis l'apparition de la maladie, l'assurée n'était plus à même de s'occuper de son ménage.

Dans un rapport du 11 janvier 2012 à l'attention de l'OAI, la Dresse Z._____ a retenu les diagnostics incapacitants de polyarthrite rhumatoïde séronégative, non érosive, depuis 2008, ainsi que d'épisode dépressif sévère et d'état anxieux depuis août 2011. Elle a précisé que, depuis son compte-rendu du 21 octobre 2011, la situation s'était discrètement améliorée sur le plan de la polyarthrite avec une diminution des douleurs, mais sans disparition. Elle a souligné que l'état de fatigue restait très important à l'instar de la problématique psychiatrique et que cette situation intriquée entraînait un maintien de l'incapacité de travail à 100% et ce certainement jusqu'à fin février. Considérant que le pronostic était réservé, la Dresse Z._____ a ajouté que, sur le plan ostéoarticulaire, l'activité de secrétaire de direction était relativement

adaptée mais que cependant, vu l'atteinte des mains, toute les manipulations ou la frappe à l'ordinateur ne pouvaient pas s'effectuer une journée entière ; l'état de fatigue constituait également un facteur limitant. Cette praticienne a souligné qu'une amélioration était à espérer mais à plus long terme, la capacité de travail ne devant pas excéder 50%. Enfin, la Dresse Z. _____ a réservé l'avis du Dr P. _____.

Interpellé par l'OAI, le Dr P. _____ a établi un compte-rendu le 10 février 2012, reprenant essentiellement les constatations formulées à l'occasion de son précédent rapport du 15 novembre 2011. Il a précisé que l'incapacité de travail était pour le moment totale dans l'activité habituelle, que celle-ci serait éventuellement exigible à 50%, que le rendement y était réduit et qu'une activité adaptée pourrait être envisagée au mieux à 50% mais pas avant l'été 2012. Ce médecin a exposé que, depuis son précédent constat, le traitement mis en place avait eu un léger effet positif sur la thymie de l'assurée ; celle-ci demeurait toutefois très handicapée sur le plan somatique et présentait une grande fatigue induite par sa médication. Pour le reste, le Dr P. _____ a estimé que la combinaison des atteintes psychique et physique permettrait au mieux de récupérer une capacité de travail de 50%, avis que la Dresse Z. _____ lui avait indiqué partager au cours d'un entretien téléphonique.

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 3 mai 2012. Dans son rapport du même jour, l'enquêtrice mandatée par l'OAI a notamment relevé ce qui suit :

"5 - Statut

a) Sans handicap, une activité lucrative serait-elle exercée à ce jour ?

oui **x** **non**

Sur le formulaire 531 bis complété le 17.10.2011, l'assurée indique que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité lucrative à 60-80% depuis 2008.

Motivation du statut : L'assurée explique qu'elle aurait travaillé à 80% si elle était en bonne santé car le petit peut aller à la garderie. Les deux autres enfants sont autonomes pour se faire réchauffer

leurs plats a[u] micro-ondes et mettre la table. Elle dit aussi qu'un poste de secrétaire de direction doit au moins être à 80% pour que cela soit intéressant. Nous proposons donc le statut de 80%. Elle ajoute aussi qu'avec trois enfants, il y a des nécessités économiques importantes car ils ont tous des activités extra-scolaires.

Statut proposé par l'enquêtrice : **80% active et 20% ménagère.**"

D'après les résultats de l'enquête, les empêchements ménagers atteignaient 41,80%, étant précisé que l'époux, les enfants et les parents de l'assurée ainsi qu'une aide familiale se chargeaient d'exécuter les travaux ménagers que l'intéressée n'était plus en mesure d'accomplir du fait de son état de santé, cela à raison de 5 heures par semaine.

L'assurée s'est annoncée auprès de l'assurance-chômage comme demandeuse d'emploi à 50% dans le courant du mois de mai 2012, information qu'elle a ensuite communiquée à la collaboratrice de l'OAI en charge de son dossier tout en précisant avoir agi sur le conseil de cette dernière (cf. courriel du 23 mai 2012). Elle s'est vu ouvrir un délai-cadre d'indemnisation du 1^{er} juin 2012 au 31 mai 2014.

Dans un rapport du 31 juillet 2012, le Dr M. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu l'atteinte principale à la santé de polyarthrite rhumatoïde séronégative non érosive, avec une pathologie associée du ressort de l'AI sous forme d'épisode dépressif sévère en rémission partielle. Ce médecin a considéré que l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 100% depuis le mois d'août 2011 et que, depuis le mois de juin 2012, la capacité de travail était de 50% dans l'activité de secrétaire de direction comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de travaux nécessitant de la force dans les mains, ni de gestes répétitifs des membres supérieurs ; fatigabilité ; intolérance au stress). A l'appui de son appréciation, le Dr M. _____ a relevé que la rhumatologue et le psychiatre traitants avaient retenu de manière consensuelle une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle qui était adaptée et que par ailleurs l'intéressée s'était inscrite au chômage à 50% à la fin mai 2012.

En date du 9 août 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de rente d'invalidité, motivé comme suit :

"Résultat de nos constatations :

Depuis le 8 août 2011, votre capacité de travail et de gain est notablement restreinte.

Vous avez travaillé en qualité de secrétaire de direction chez N. _____ SA du 1^{er} juin 2010 au 31 mai 2012. Depuis lors, vous vous êtes inscrite au chômage.

Selon nos observations, vous continuez [sic] à exercer votre activité de secrétaire de direction à 50 % sans problèmes de santé. Les 50 % restants correspondent à vos travaux habituels.

A réception des renseignements médicaux en notre possession, votre dossier a fait l'objet d'un examen par le Service médical régional. Nous constatons que vous présentez donc une incapacité de travail en premier lieu à 100% à compter du 8 août 2011. Votre état de santé allant en s'améliorant, en consensus, vos médecins rhumatologue et psychiatre s'accordent pour estimer votre capacité de travail à 50% dans votre activité de secrétaire de direction qui est adaptée.

En l'espèce, depuis le 1^{er} juin 2012, votre capacité de travail est raisonnablement exigible à 50%. Votre capacité de gain correspondant à 50%, soit au salaire que vous réalisiez sans atteinte à la santé, vous ne présentez pas de préjudice économique à l'issue du délai de carence au 8 août 2012.

Il est sans importance, pour l'évaluation du degré d'invalidité, que l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de la personne assurée soit exercée ou non.

Selon nos observations, l'empêchement dans la tenue du ménage est de 41.8 %.

Le degré d'invalidité dans ces deux domaines est donc le suivant :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Activité	50%	0%	0%
Ménagère	50%	41.89%	20.9%
Degré d'invalidité			20.9%

Un degré d'invalidité inférieure à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité."

Par écrit du 21 août 2012 rédigé par son conseil, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. En substance, elle

a fait valoir que son état de santé ne s'était guère amélioré depuis le 8 août 2011 mais s'était au contraire dégradé, si bien qu'elle avait dû être hospitalisée à la Clinique H. _____ en raison d'un épisode dépressif du 29 mai au 12 juin 2012. Concernant l'évaluation de la part active, l'intéressée a allégué qu'elle avait été contrainte d'abaisser son taux d'occupation depuis 2007-2008 pour raisons de santé et que ce n'était donc pas par convenance personnelle qu'un « *taux accessoire de 50%* » avait été décidé, taux qu'elle avait du reste dû rapidement abandonner compte tenu de son état de santé. A cette écriture était jointe une décision rendue le 15 août 2012 par le Service de l'emploi, déclarant l'assurée inapte au placement à compter du 1^{er} juin 2012 et lui refusant par conséquent le droit à l'indemnité de chômage.

Par envoi du 27 août 2012, l'assurée a produit un rapport établi par la Dresse Z. _____ le 21 août 2012, exposant ce qui suit :

"[...] La symptomatologie a débuté en 2008, avec des arthralgies et des arthrites des poignets, des mains des deux côtés, ainsi que des pieds. L'atteinte est biologiquement peu inflammatoire, avec initialement présence d'un marqueur immunologique. Cette sérologie s'est négativée par la suite. Dès le début, la tolérance médicamenteuse est difficile. La patiente bénéficie d'une bi-thérapie de chloroquine et de Méthotrexate. Elle est suivie par la consultation du Centre hospitalier L. _____ et Monsieur [le] Dr B. _____, médecin de famille.

Elle souhaite consulter un rhumatologue installé et je la vois pour la première fois le 18 août 2010. A ce moment[-]là, le traitement est relativement bien toléré, la patiente n'est pas en crise et ne présente pas de douleur, ni de synovite, mais elle se plaint d'une très importante fatigue.

La situation se péjore en fin d'année 2010, avec une poussée de polyarthrite (arthrite des articulations métacarpo-phalangiennes des II^{ème} et III^{ème} rayons). Le traitement ne peut pas être augmenté en raison d'effet secondaire à des doses supérieures. Il est modifié et Méthotrexate est remplacé par Arava, initialement efficace, mais rapidement mal toléré. La prise de cortisone se poursuit. Une biothérapie est indiquée, mais Madame T. _____ souhaite encore attendre. Le traitement d'Humira débute en septembre 2011. D'abord une fois tous les 15 jours.

A ce moment[-]là, les douleurs sont très importantes, aux mains comme aux pieds, ainsi que la fatigue.

La fréquence de l'administration de l'Humira est augmentée à une fois/semaine.

C'est à ce moment[-]là que la situation professionnelle de Madame T. _____ pose problème, que l'ensemble entraîne un stress extrême, un état dépressif, et justifie une incapacité de travail. Depuis lors, sous Humira, le médicament est biologiquement et

subjectivement bien toléré et le traitement se poursuit avec amélioration relative sur le plan articulaire, mais hospitalisation en avril 2012 pour des céphalées. Dans un premier temps, ces céphalées sont attribuées au traitement, puis à l'état de stress.

Madame T. _____ séjourne [à la Clinique H. _____] pour une rééducation, séjour qui s'avère très profitable. Je l'ai revue le 14 août 2012, elle se plaint d'une nouvelle exacerbation de douleurs articulaires, migrantes, sans tuméfaction objectivable.

Les atteintes auto-immunes comme la polyarthrite sont volontiers aggravées par le stress et la situation de la patiente est catastrophique. Il s'agit donc d'une pathologie intriquée, rhumatologique et psychiatrique.

A elle seule, l'atteinte articulaire n'est pas dramatique, mais elle n'est actuellement pas dissociable de la pathologie psychiatrique et du stress. A long terme, sur le plan ostéo-articulaire strict, une activité d'employée de bureau à 50% devrait pouvoir s'envisager, mais certainement pas avec les responsabilités que la patiente a assumées jusqu'à ce jour. Il n'est actuellement pas possible de déterminer à partir de quand une activité pourrait être reprise."

Par envoi du 1^{er} octobre 2012, l'assureur perte de gain R. _____ a transmis à l'OAI une copie d'un rapport d'expertise établi le 27 août 2012 par la Dresse Q. _____, rhumatologue, et le Dr C. _____, psychiatre, de la Clinique D. _____. Il en ressortait notamment ce qui suit :

"Diagnostics relatifs à la situation actuelle

a. Sur le plan somatique : Si le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde a été retenu, la pathologie est toutefois peu active au jour de l'évaluation, puisqu'on ne retrouve qu'une arthrite du coude gauche. Il n'y a pas de ténosynovite associée, ni d'autres arthrites retrouvées à l'examen clinique. Par ailleurs, si la polyarthrite rhumatoïde est un diagnostic qu'on peut envisager, il s'agirait alors d'une forme très modérée avec une expression mono-articulaire, peu inflammatoire et peu destructrice.

b. Sur le plan psychiatrique : Le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (ICD-10, F32.11) [...] est en première analyse retrouvé. Il faut toutefois noter que ce diagnostic est sous une dépendance multifactorielle d'éléments dépressiogènes. L'impact symbolique de l'annonce du diagnostic de polyarthrite n'est pas neutre et la personnalité à la fois pusillanime sans doute et exigeante de son rôle maternel se noue autour de cet aspect. Enfin, le traitement corticoïde au long cours présente des effets dépressiogènes réels et bien connus pour aggraver encore les symptômes dépressifs. De surcroît, une amplification des plaintes et une notion d'apitoiement sur soi sont tout aussi probables, vu la discordance entre les conclusions objectives de la clinique en rhumatologie à propos d'une forme actuelle très modérée de la maladie et les propos de l'explorée : « *J'ai mal partout* ».

Suggestions pour le traitement

a. Sur le plan somatique : Il semble indispensable de diminuer très lentement la corticothérapie, laquelle a été à l'origine d'une prise de poids et peut également donner des troubles de l'humeur. La décroissance pourra se faire sur un mois environ.
[...]

b. Sur le plan psychiatrique : Le traitement antidépresseur à base de Cymbalta®(duloxétine) 90mg/j est qualitativement adapté. La compliance est acquise puisque le dosage est à **700**nmol/l pour un taux d'efficacité normé entre 100-400, ce qui est très élevé. Cela peut traduire un métabolisme lent, (par exemple du fait d'une interaction médicamenteuse ou d'une insuffisance hépatique) ou encore d'une prise incorrecte dans le sens d'un surdosage du médicament, étant donné l'attitude d'auto-majoration des prises concordantes avec la surcharge psychogène de personnalité.

Ainsi, comme dans la pratique courante, la posologie du Cymbalta®(duloxétine) devrait être ramenée à 60mg/j. Il y a donc là également une autre source de questionnement d'autant que tout psychotrope surdosé peut être source de fatigue ou de sentiment de fatigue. Quoiqu'il en soit, il doit être conseillé à l'investiguée de strictement ramener la posologie à 60mg/j et d'effectuer un nouveau monitoring à J+7.

Il en va de même pour la cortisone. En effet, au plan psychiatrique, il est indispensable et sage qu'une fenêtre thérapeutique soit instaurée puisqu'elle est possible, afin de mieux adapter l'attitude thérapeutique. Si les effets iatrogènes de ce traitement se révélaient prédominants, éventualité non exceptionnelle, l'examinée aurait la bonne surprise de bénéficier des améliorations de sa condition thymique et de pouvoir envisager sa situation d'un autre œil. En outre, des consultations spécialisées, d'une manière plus intensive, devraient être instaurées.

Limitations en lien avec les diagnostics retenus

a. Sur le plan somatique : Dans la mesure où la polyarthrite rhumatoïde s'exprime actuellement sous la forme d'une monoarthrite du coude gauche, ce diagnostic n'est pas incapacitant dans son travail de secrétaire de direction, d'autant que la mobilité du coude et des poignets est parfaitement conservée. Il n'y a donc pas de limitations somatiques significatives. La limitation retenue lors du séjour à la Clinique H._____, en l'occurrence des activités ne dépassant jamais un effort moyen, n'est pas actuellement retenue par l'évaluatrice.

b. Sur le plan psychiatrique : Les limitations tiennent essentiellement aux phénomènes de fatigue, de troubles de la concentration accompagnés de ruminations au sujet de son état de santé et de la défaillance à ses fonctions maternelles. Par ailleurs, ces limitations dues à de probables effets iatrogènes du traitement à la cortisone au long cours sont à noter. Cet effet est bien connu et paraît non négligeable dans la situation présente. Le surdosage au Cymbalta®(duloxétine) peut constituer un facteur d'aggravation de la fatigue supplémentaire. Ceci n'exclut pas l'intervention d'une surcharge psychogène compte tenu de la personnalité même de l'assurée, comme d'une attitude d'amplification des plaintes, lesquelles en toute rigueur ne sont pas des facteurs de limitations.

Capacité de travail dans un emploi équivalent au dernier

a. Sur le plan somatique : Dans l'emploi de secrétaire de direction à temps partiel ou dans un emploi équivalent, la capacité de travail est de 100%, horaire et rendement, au jour de l'examen soit le 27 août 2012.

J'ai averti Madame T. _____ de mes conclusions.

b. Sur le plan psychiatrique : Au jour de l'évaluation, au bénéfice de l'hypothèse iatrogénique dépressiogène du traitement à la cortisone, l'intéressée est en état d'incapacité totale de travail. Le sevrage de la cortisone étant réalisable sur un mois, la nécessité des réaménagements psychiques secondaires au sevrage étant aussi progressive et différée à la première, la durée de l'incapacité peut être estimée à 2 mois à partir du jour de l'évaluation. Dans le même temps, une régulation de la prise de Cymbalta® (duloxétine) devra aussi avoir lieu.

Au total, au plan psychiatrique, la capacité de travail de secrétaire de direction à temps partiel ou dans un emploi équivalent est de :

- 0% au 27 août 2012

- 100%, horaire et rendement au 27 octobre 2012.

c. Globalement : La capacité de travail de secrétaire de direction à temps partiel ou dans un emploi équivalent est de 0% au 27 août 2012 et de 100% horaire et rendement au 27 octobre de la même année.

Capacité de travail dans une activité adaptée avec les diagnostics retenus

a. Sur le plan somatique : La question tombe, car il n'y a actuellement pas de handicap motivant une adaptation de son poste de travail habituel.

b. Sur le plan psychiatrique : Actuellement, l'épisode dépressif limite l'assurée dans tout type d'activité professionnelle, la gestion de son quotidien de mère de famille étant déjà source de grandes difficultés. Par ailleurs, au terme des délais mentionnés supra, elle sera apte à reprendre un emploi similaire au dernier, une adaptation de celui-ci ne sera donc pas nécessaire.

c. Globalement : La question tombe.

Commentaires

a. Sur le plan somatique : Il s'agit probablement d'une polyarthrite rhumatoïde, mais sous une forme peu agressive et non érosive où il y a peu de critères de mauvais pronostic dans le sens où il s'agit d'une forme pauci-articulaire avec peu de syndrome inflammatoire et séronégatif.

b. Sur le plan psychiatrique : Nihil.

Quel est votre pronostic en ce qui concerne cette reprise ?

a. Sur le plan somatique

Bon Réservé

Comme précisé, on est face à un possible rhumatisme inflammatoire chronique, lequel est peu actif, ce qui contraste avec l'intensité des plaintes décrites par l'explorée et les pleurs. Le pronostic est réservé du fait de l'existence de facteurs de stress qui majorent les plaintes. En outre, elle ne signale pas de projets professionnels. Il semble surtout qu'une anxiété relative à ce diagnostic se manifeste au premier plan avec des craintes de non-reconnaissance et une kinésiophobie.

b. Sur le plan psychiatrique

Bon Réservé

Depuis cette seule évaluation, il est difficile de se prononcer objectivement sur le pronostic de reprise, l'investiguée étant actuellement dans cette attitude où elle veut surtout faire reconnaître sa maladie."

Aux termes d'une fiche intitulée « *Communication sur la capacité de travail* » datée du 27 août 2012 également et signée par les experts Q._____ et C._____ ainsi que par le Dr K._____, medical manager à la Clinique D._____, il était mentionné ce qui suit :

"Dans l'activité professionnelle habituelle

La capacité de travail est de 0% au jour de l'examen, soit au 27 août 2012. La reprise du travail à 100% horaire et rendement de son temps partiel sera possible dès le 27 octobre 2012. Cette reprise est subordonnée à un changement de traitement (sevrage à la cortisone et diminution de la posologie quotidienne de l'antidépresseur) dont il faudra informer les médecins traitants.

Dans un emploi adapté

La question tombe car il n'y a pas d'handicap. Un emploi similaire au dernier pourra être repris au terme du délai mentionné supra, à la fois pour motifs psychiques et rhumatologiques."

Par avis médical du 26 octobre 2012, le Dr E._____, du SMR, a pris position sur le rapport d'expertise de la Clinique D._____. Il a relevé que son service avait « *retenu une exigibilité de 50% en raison notamment de l'atteinte rhumatologique qu[e les experts] retrouvaient très modérée le jour de leur examen, mais il fa[[l]ait savoir qu'une telle affection évolu[ait] par poussée, ce qui p[ouvai]t expliquer la probable rémission le jour de l'examen* ». Cela étant, le Dr E._____ a considéré qu'il y avait lieu d'admettre une incapacité de travail totale jusqu'au 26 octobre 2012, avec une reprise théorique à 50% dès le 27 octobre 2012, et non à 100% tel que mentionné par les experts. Les conclusions du

rapport SMR du 31 juillet 2012 restaient donc valables, hormis l'exigibilité de 50% qui devait être repoussée au 27 octobre 2012.

Complétant ses objections le 8 novembre 2012 sous la plume d'un nouveau mandataire, l'assurée a conclu à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée dès le 1^{er} août 2012. Pour l'essentiel, elle a contesté le statut mixte de 50% active et 50% ménagère retenu par l'OAI, soutenant que c'était à tout le moins le statut de 80% active et 20% ménagère retenu par l'enquêtrice de cet office qui devait prévaloir et que l'on pouvait même se demander s'il n'y avait pas lieu d'instruire la question d'un éventuel statut de 100% active. Elle a par ailleurs critiqué l'évaluation de sa capacité de travail par l'administration, se référant au compte-rendu du 21 août 2012 de la Dresse Z._____ ainsi qu'aux documents suivants :

- un rapport du 20 juin 2012 établi par la Dresse I._____, psychiatre psychothérapeute à la Clinique H._____, exposant que l'assurée, qui souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique ainsi que de polyarthrite rhumatoïde, avait séjourné dans cet établissement du 29 mai au 12 juin 2012 dans le cadre d'une réadaptation psychosomatique et qu'il était apparu dans ce contexte que des activités ne dépassant jamais l'effort moyen pouvaient être maintenues ;

- un rapport du 31 août 2012 du Dr P._____, indiquant que l'intéressée était toujours suivie pour un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, que l'incapacité de travail s'élevait au moins à 50% du point de vue de l'état de dépressif et que cette incapacité était totale avec l'effet cumulé de la polyarthrite, cela pour une durée indéterminée, étant précisé qu'à l'avenir la capacité de travail ne dépasserait pas 50% au mieux.

Toujours le 8 novembre 2012, l'assurée a personnellement écrit à l'OAI pour inviter cet office à réexaminer son dossier. A cette fin, elle a résumé sa situation et a notamment souligné qu'elle n'avait cessé de baisser son taux d'activité depuis 2007-2008, étant passée d'un taux

de 70% à 60% et enfin à 50% dans une activité accessoire qu'elle avait rapidement dû abandonner eu égard à son état de santé.

Le 30 janvier 2013, la Dresse Z. _____ a répondu comme suit aux questions complémentaires posées par l'OAI :

"1. Quelle est l'évolution de l'état de santé de Madame T. _____ depuis votre rapport médical [du] 21 août 2012 [...] ?

Peu favorable. Une tentative de sevrage aux stéroïdes a été effectuée, avec diminution jusqu'à 2,5 mg/jour, mais nouvelle récurrence. L'Humira se poursuit à 1 fois/semaine, toujours associé à du Cymbalta. Un dosage sanguin de ce dernier a été effectué qui s'avère normal.

Depuis fin octobre et jusqu'en décembre, la patiente présente une pneumonie, justifiant une hospitalisation, une gastro-entérite justifiant une hospitalisation pour réhydratation. A chaque fois, Humira doit être interrompu. Une tentative d'adjonction de Salazopyrine échoue en raison d'effet secondaire, type nausées, vomissements. Humira est repris en fin d'année, à raison d'une fois/semaine.

Lors du dernier contrôle, la patiente concède une diminution des douleurs, la Prednisone est à nouveau à 2,5 mg/jour. La problématique la plus importante reste l'état de fatigue.

2. Quelle est l'évolution des incapacités de travail depuis votre rapport médical ?

Prolongation de l'incapacité de travail de 100% jusqu'au 25 janvier 2013.

3. Quelles sont les limitations fonctionnelles actuelles ?

Tous les travaux de manipulations répétitives avec les mains et les membres supérieurs.

La patiente est très fatig[a]ble et tol[è]re peu le stress.

4. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ?

En tant que secrétaire de direction, la capacité de travail est de 20% depuis le 26 janvier 2013.

5. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?

20% également, il serait souhaitable que la patiente puisse se confronter à une telle activité, qui serait réévaluée après deux à trois mois en vue d'une augmentation, si possible à 50%. Un taux supérieur ne paraît pas envisageable."

Egalement invité par l'OAI à fournir des indications actualisées sur l'état de santé de l'assurée, le Dr P. _____ a exposé dans un compte-rendu du 15 février 2013 que l'état de santé tant psychique que physique était stationnaire depuis le mois d'août 2012, étant précisé que

l'intéressée demeurait fragile sur le plan psychique bien qu'elle fût désormais un peu plus active. Il a ajouté que cette dernière recherchait actuellement du travail à 50% et qu'il lui semblait impossible d'augmenter ce pourcentage. Selon le Dr P._____, l'assuré était tout à fait capable d'exercer son activité habituelle, aucune autre activité n'étant mieux adaptée.

Par envoi du 28 février 2013, R._____ a transmis de nouveaux documents médicaux à l'OAI. Il en résultait notamment que dans un rapport du 21 novembre 2012, la Dresse Z._____ avait expliqué qu'un contrôle du taux de Cymbalta s'était avéré dans la norme, que la corticothérapie avait été diminuée sans pouvoir être interrompue et que l'incapacité de travail à 100% était prolongée jusqu'à la fin de l'année. Nantis de ces informations, les Drs Q._____ et C._____ de la Clinique D._____ avaient préconisé, le 14 décembre 2012, de recueillir des renseignements complémentaires et de réévaluer la situation au 31 décembre 2012. Suite à cela, dans un compte-rendu du 22 janvier 2013, la Dresse Z._____ avait exposé que les douleurs de la polyarthrite avaient nettement diminué sous traitement d'Humira et de Prednisone - médication qui allait se poursuivre de la même manière, si possible avec un sevrage complet de stéroïdes - mais qu'un état de fatigue invalidant persistait, certainement d'origine mixte en rapport avec la polyarthrite mais également avec l'état d'épuisement présenté par l'assurée ; quant à la capacité de travail, elle était évaluée à 20% eu égard à l'état de fatigue, dans une activité adaptée en position alternée, sans port de charge et « *sans travail de répétition répétitive* ». Prenant position le 19 février 2013, les experts de la Clinique D._____ avaient alors considéré qu'il n'y avait pas lieu de valider le maintien de l'incapacité de travail au-delà du 31 décembre 2012.

Par avis médical du 15 mars 2013, les Drs E._____ et O._____, du SMR, ont relevé que le psychiatre P._____ avait évoqué une situation stationnaire depuis août 2012 avec une exigibilité de 50% dans l'activité habituelle réputée adaptée. Quant à la capacité de travail de 20% retenue par la Dresse Z._____, les médecins du SMR ont

considéré que l'on ne pouvait s'y rallier dès lors que la situation sur les plans rhumatologique et psychiatrique était stable. Aussi ont-ils conclu qu'il y avait lieu de s'en tenir à une exigibilité de 50% repoussée au 27 octobre 2012, comme précédemment admis par ce service.

Par décision du 25 mars 2013, l'OAI a confirmé son projet du 9 août 2012, dont il a repris la motivation. A teneur d'une lettre explicative du 26 mars 2013, l'office a réfuté les objections de l'assurée, considérant que celle-ci n'avait apporté aucun élément susceptible de modifier sa position.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, T. _____ a recouru le 6 mai 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 25 mars 2013, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2012, avec intérêt à 5% l'an dès le 1^{er} août 2014. A titre de mesures d'instruction, la recourante demande à ce que soient ordonnées une expertise judiciaire pluridisciplinaire portant sur les aspects rhumatologique, neurologique et psychiatrique, ainsi qu'une enquête économique sur le ménage réalisée par un rhumatologue, un neurologue et un psychiatre. En ce qui concerne la détermination de son statut, elle fait valoir en substance qu'elle a réduit son taux d'activité à 50% dès le 1^{er} janvier 2008 en raison de ses problèmes de santé. Elle ajoute avoir précisé dans le formulaire idoine qu'elle aurait travaillé entre 60 et 80% en bonne santé. Enfin, elle observe que le rapport d'enquête ménagère du 3 mai 2012 a conclu à un statut de 80% active et de 20% ménagère. Cela étant, l'assurée estime que c'est cette dernière clé de répartition qui doit être retenue. Sous un autre angle, la recourante considère qu'il y a lieu de faire évaluer ses empêchements ménagers par un médecin, dès lors que le rapport d'enquête ménagère de l'OAI ne contient aucune pondération en lien avec les poussées fluctuantes de la polyarthrite rhumatoïde et se trouve en contradiction avec l'avis exprimé par le Dr P. _____ selon lequel elle ne serait plus en mesure d'assumer les tâches ménagères. Enfin, la recourante allègue que l'exigibilité retenue par le SMR s'écarte des avis émis par ses médecins traitants, respectivement que ces avis ont

été mal interprétés par l'OAI. A l'appui de ses dires, l'assurée produit un onglet de pièces comportant notamment les documents suivants :

- un rapport du 3 avril 2013 de la Dresse Z._____, signalant qu'un nouvel épisode de nausées et vomissements avec diarrhées avait eu lieu, que la prise d'Humira avait été interrompue et qu'un nouveau traitement d'Enbrel devait débiter dans quatre semaines ;

- un rapport du 6 avril 2013 de la Dresse W._____, médecin assistante au Centre d'urgences médico-chirurgicales N._____, concernant une consultation du même jour en raison d'une poussée de polyarthrite rhumatoïde ;

- un rapport du 30 avril 2013 émanant du Dr Y._____, médecin généraliste, attestant que l'assurée s'était trouvée en arrêt maladie à 100% du 8 août 2011 au 25 janvier 2013, que sa maladie (polyarthrite rhumatoïde) fortement invalidante lui avait interdit de reprendre toute activité durant cette période et que son incapacité avait été ramenée à 80% depuis le 25 janvier 2013, avec des limitations fonctionnelles.

En date du 17 juin 2013, la Dresse Z._____ a établi le rapport suivant à l'attention de l'OAI :

"L'évolution n'est pas favorable. Madame T._____ a été engagée à 20%, pour de la mise sous pli d'enveloppes. Même à ce pourcentage, elle a présenté une poussée de polyarthrite, avec synovites objectivables des poignets, des MCP et des IPP nécessitant l'arrêt.

Rappelons qu'Humira a été interrompu en raison des nombreux épisodes infectieux. Compte tenu de cette récurrence, avec l'accord de la patiente Enbrel est introduit et la patiente présente un urticaire au point d'injection, allant en augmentant et ne répondant pas aux anti-histaminiques. Le traitement a été interrompu. Simponi vient de débiter, le pronostic est très réservé.

Au vu de ce qui précède, une activité professionnelle, même légère à 20% paraît difficilement envisageable ; j'ai certifié une incapacité de travail de 100% depuis le 7 mai 2013."

Appelé à se prononcer sur le recours, l'intimé en a proposé le rejet par réponse du 9 juillet 2013. Sous l'angle médical, l'OAI estime que le SMR a exposé de manière convaincante les raisons justifiant de fixer la capacité de travail à 50%. Il renvoie pour le surplus à un avis médical établi le 3 juillet 2013 [recte : 26 juin 2013] par le Dr O._____ et le Dr BB._____, dudit service ; aux termes de cet avis, ces médecins considèrent en substance que la position du SMR doit être maintenue, faisant notamment valoir que les rapports de la Dresse Z._____ du 3 avril 2013, de la Dresse W._____ du 6 avril 2013 et du Dr Y._____ du 30 avril 2013 ne contiennent aucun élément nouveau ou ayant échappé à l'attention de ce service et que le courrier de la Dresse Z._____ du 17 juin 2013 se réfère à une dégradation de l'état de santé postérieure à la date de la décision litigieuse. Concernant la détermination du statut, l'OAI relève que l'assurée a travaillé à 50% avant l'atteinte à la santé et que par la suite elle s'est inscrite au chômage à 50%. Sur le plan ménager, l'office retient que les empêchements de la recourante ont été décrits de manière détaillés dans le rapport d'enquête du 3 mai 2012, dont il n'y a pas lieu de s'écarter.

Aux termes de sa réplique du 23 septembre 2013, la recourante expose avoir tenté une reprise d'activité à 20% qui s'est soldée par un échec. Pour le reste, elle maintient ses précédents motifs et conclusions. Elle produit en outre un nouvel onglet de pièces, parmi lesquelles figurent les documents suivants :

- un contrat de travail non daté avec la Fédération U._____ pour un poste de téléphoniste/réceptionniste à un taux de 20% fixe et 10% variable, avec une entrée en fonction prévue au 1^{er} mai 2013 ;

- une lettre de la Fédération U._____ du 16 mai 2013, dont il résulte que l'assurée - après avoir effectué un total de dix heures de travail - a informé ladite fédération le 7 mai 2013 de ce qu'elle souhaitait mettre un terme immédiat aux rapports de travail pour des raisons de santé et que, prenant acte de cette décision, l'employeur a dès lors confirmé la résiliation des rapports de travail avec effet immédiat ;

- un rapport du Dr Y._____ du 8 août 2013, observant notamment qu'un sevrage complet de corticostéroïdes n'avait jamais pu être instauré suite à la péjoration de la pathologie rhumatismale, qu'aucune reprise d'activité n'avait pu intervenir plus de quelques jours avant d'entraîner une manifestation des algies rendant la capacité de travail nulle, ainsi qu'exposé par la Dresse Z._____ dans son écrit du 17 juin 2013, et qu'actuellement toute reprise d'activité même à un faible degré était inenvisageable à court ou à moyen terme ;

- un rapport de la Dresse Z._____ du 20 août 2013 à l'attention de l'assureur G._____, exposant que l'assurée présentait une polyarthrite rhumatoïde séropositive actuellement avec une modification des auto-anticorps et apparition d'anticorps anti-nucléaires, que le Simponi restait inefficace après trois mois de traitement et que la corticothérapie avait dû être maintenue ;

- un extrait du dossier du Centre hospitalier L._____ du 24 août 2013 ayant trait à une consultation en urgence suite à un nouvel épisode de vomissements et de céphalées ;

- un compte-rendu du Dr P._____ du 26 août 2013, relevant qu'en raison de son état de santé, l'intéressée n'avait jamais été en mesure de mettre en pratique son intention de rechercher du travail à 50% et n'avait jamais été capable de reprendre une activité à 50%.

Par duplique du 9 octobre 2013, l'OAI maintient sa position. Il se réfère pour le reste à un avis médical du 2 octobre 2013 des Drs BB._____ et AA._____, du SMR, considérant que les pièces produites par la recourante ne constituent qu'une appréciation différente d'une situation inchangée.

Se déterminant le 2 décembre 2013, la recourante renouvelle ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 et 58 LPGA ; cf. art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile – compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA) – et satisfait en outre autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'AI, singulièrement à une rente d'invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (cf. art. 6 LPGA in fine).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que

possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 51 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées.

Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (cf. TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1 et la référence citée).

4. Aux termes de la décision entreprise, l'intimé a retenu que l'assurée disposait depuis le 1^{er} juin 2012 [recte : dès le 27 octobre 2012] d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée, telle l'activité de secrétaire de direction précédemment exercée.

Pour sa part, la recourante a contesté cette appréciation, se prévalant de l'avis de ses médecins traitants tant sous l'angle somatique que psychique.

a) A titre liminaire, il y a lieu de souligner que, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire

l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (cf. ATF 99 V 98 consid. 4).

Conformément aux principes exposés ci-dessus, le moment déterminant est en l'occurrence celui de la décision attaquée, rendue le 25 mars 2013. Partant, les documents au dossier concernant l'évolution l'état de santé de la recourante après cette date ne sont pas juridiquement pertinents dans le présent contexte.

b) Concernant l'aspect physique, il est constant que l'assurée souffre de polyarthrite rhumatoïde depuis 2008. Les avis médicaux divergent en revanche en ce qui concerne l'impact concret de cette pathologie.

aa) A cet égard, il appert que la recourante a été suivie par différents médecins pour cette atteinte.

S'agissant du Dr B._____, il a certes considéré que la polyarthrite rhumatoïde constituait une affection invalidante mais ne s'est pas déterminé quant à la capacité résiduelle de travail de l'intéressée (cf. rapport du 21 octobre 2011).

La Dresse Z._____, quant à elle, a initialement fait mention d'une incapacité de travail totale depuis le 8 août 2011 dans la profession habituelle de secrétaire de direction, tout en précisant que cette activité n'était pas physiquement lourde et qu'une reprise pourrait être envisagée en cas de réponse positive au traitement (cf. rapport du 21 octobre 2011). Par la suite, nonobstant une discrète amélioration, cette rhumatologue a exposé qu'il y avait lieu de maintenir l'entière incapacité de travail jusqu'à fin février en raison notamment de l'état de fatigue mais qu'à plus long terme, on pouvait espérer une amélioration avec une capacité de travail

de 50% tout au plus (cf. rapport du 11 janvier 2012) - ce qu'elle a confirmé lors d'un entretien avec le Dr P. _____ (cf. rapport du 10 février 2012). Ultérieurement, la Dresse Z. _____ a observé qu'à long terme, sur le plan ostéoarticulaire strict, une activité d'employée de bureau à 50% était envisageable mais qu'il n'était actuellement pas possible de déterminer à partir de quand (cf. rapport du 21 août 2012). Cette praticienne a ensuite maintenu une incapacité de travail de 100% jusqu'à la fin de l'année 2012 puis jusqu'au 25 janvier 2013 et a estimé que dès lors, la capacité de travail était de 20% en tant que secrétaire de direction ou dans toute autre activité adaptée aux restrictions induites par la fatigue et le stress et sans travaux de manipulations répétitives avec les mains et les membres supérieurs, évoquant pour le surplus la possibilité d'une augmentation à 50% mais pas au-delà (cf. rapports des 21 novembre 2012, 22 janvier 2013 et 30 janvier 2013). Quant aux avis postérieurs de la Dresse Z. _____ (des 3 avril, 17 juin et 20 août 2013), ils concernent l'évolution de l'état de santé de la recourante après la décision litigieuse du 25 mars 2013 et ne sont donc pas pertinents (cf. consid. 4a supra). En définitive, on retiendra donc que la Dresse Z. _____ a évoqué une capacité de travail nulle dès le mois d'août 2011 puis de 20% dès la fin janvier 2013, et que si elle a mentionné une potentielle augmentation à 50% dans le futur, elle s'est prononcée sur le sujet en des termes hypothétiques et n'a notamment pas indiqué concrètement à partir de quand cette augmentation pouvait être escomptée.

Pour ce qui est du Dr Y. _____, il s'est rallié à l'avis de la Dresse Z. _____ en retenant une entière incapacité de travail du 8 août 2011 au 25 janvier 2013 suivie d'une incapacité de travail de 80% (cf. rapport du 30 avril 2013), et s'est pour le surplus prononcé pour la période postérieure à la décision litigieuse (cf. rapport du 8 août 2013), laquelle échappe au pouvoir d'examen de la Cour de céans (cf. consid. 4a supra).

Enfin, si la recourante a consulté divers établissements hospitaliers en lien avec sa polyarthrite rhumatoïde, il reste qu'aucune évaluation de sa capacité résiduelle de travail n'a été effectuée dans ce contexte. Tout au plus apparaît-il que, dans le cadre d'une rééducation

psychosomatique à la Clinique H._____, il a été constaté que l'assurée était en mesure de maintenir une activité ne dépassant pas l'effort moyen (cf. rapport de la Dresse I._____ du 20 juin 2012).

bb) La recourante a par ailleurs fait l'objet d'une expertise bidisciplinaire à la Clinique D._____, comportant notamment un volet rhumatologique réalisé par la Dresse Q._____. Dans le cadre de son appréciation, cette dernière a retenu que l'assurée souffrait d'une forme très modérée de polyarthrite rhumatoïde, avec une expression mono-articulaire peu inflammatoire et peu destructrice. Elle a estimé que dans la mesure où, au jour de l'examen, on ne retrouvait qu'une arthrite du coude gauche, ladite pathologie n'était pas incapacitante dans une activité de secrétaire de direction, d'autant que la mobilité du coude et des poignets était parfaitement conservée. Dans ces conditions, la Dresse Q._____ n'a pas retenu de limitations somatiques significatives et a en particulier écarté la restriction évoquée dans le cadre du séjour de l'intéressée à la Clinique H._____ s'agissant de l'exercice d'activités ne dépassant jamais l'effort moyen. Ainsi, l'experte a conclu que dans l'emploi de secrétaire de direction à temps partiel ou dans un emploi équivalent, la capacité de travail était de 100%, horaire et rendement, au jour de l'examen soit le 27 août 2012.

cc) Invoquant l'avis de la Dresse Z._____, le SMR a initialement retenu que l'assurée avait présenté une capacité de travail nulle dès août 2011 mais que, depuis juin 2012, l'exigibilité était de 50% dans l'activité habituelle de secrétaire de direction comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (fatigue, intolérance au stress et nécessité d'éviter les activités requérant de la force dans les mains ainsi que les gestes répétitifs des membres supérieurs [cf. rapport SMR du 31 juillet 2012]). Après avoir pris connaissance des conclusions des spécialistes de la Clinique D._____, le SMR a relevé qu'une atteinte telle que l'affection rhumatologique présentée par l'assurée évoluait par poussée, ce qui pouvait expliquer la probable rémission notée par les experts le jour de l'examen ; ce service a ainsi maintenu ses précédentes conclusions tout en repoussant le terme de l'exigibilité - implicitement,

pour les motifs psychiques évoqués par les experts (cf. consid. 4c/bb infra) - au 27 octobre 2012 (cf. avis SMR du 26 octobre 2012), appréciation que le SMR a maintenue dans ses avis ultérieurs (cf. avis SMR des 15 mars 2013, 26 juin 2013 et 2 octobre 2013).

dd) Il apparaît en résumé que la capacité résiduelle de travail sur le plan somatique a été estimée par les médecins traitants à 0% dès août 2011 puis à 20% dès janvier 2013, une augmentation future à 50% n'étant pas exclue (cf. consid. 4b/aa supra), qu'elle a été considérée par l'experte rhumatologue de la Clinique D. _____ comme totale dans un poste de secrétaire de direction à temps partiel ou tout autre emploi équivalent (cf. consid. 4b/bb supra), et qu'elle a été évaluée par le SMR à 50% dans toute activité adaptée telle l'activité habituelle de secrétaire de direction, cela dès le mois de juin 2012 ou en tous les cas dès la fin octobre 2012 (cf. consid. 4b/cc supra).

Force est de constater que les divergences opposant ces avis médicaux sont insurmontables en l'état.

A cet égard, on notera tout d'abord que l'experte Q. _____ est la seule à avoir retenu une pleine capacité de travail sur le plan physique, contrairement aux médecins traitants de l'assurée et au SMR. Corrélativement, l'experte n'a pas retenu de limitations fonctionnelles induites par la polyarthrite rhumatoïde, alors même que des restrictions ont été décrites tant par la Dresse Z. _____ (cf. rapport du 30 janvier 2013) que par le SMR (cf. rapport du 31 juillet 2012) et ce de manière essentiellement superposable. Cela étant, le SMR a clairement mis en doute les conclusions de l'experte en relevant que celle-ci n'avait pas tenu compte de ce que l'affection rhumatologique de l'assurée évoluait par poussée, ce qui pouvait expliquer l'aspect modéré de l'atteinte le jour de l'examen (cf. avis SMR du 26 octobre 2012). En ce sens, l'experte Q. _____ ayant considéré l'atteinte rhumatologique non pas dans sa globalité mais en l'isolant de son contexte, ses conclusions sur la question ne sauraient être considérées comme probantes (cf. consid. 3c supra).

S'agissant des médecins traitants, la Dresse Z._____ a retenu une capacité de travail de 0% puis de 20%, suivie par le Dr Y._____. La rhumatologue traitante a toutefois nuancé sa position en évoquant une hypothétique augmentation à 50%, tout en spécifiant que l'on ne pouvait pas prévoir à partir de quand cette augmentation pourrait intervenir. Son avis sur la question était dès lors loin d'être catégorique, si bien que l'administration ne pouvait en tirer de conclusions définitives pour l'appréciation du cas. Quant au Dr Y._____, il n'a fait que reprendre à son compte - sans aucune explication - l'incapacité de travail arrêtée par la Dresse Z._____ et n'a dès lors fourni aucun indice décisif pour l'analyse de l'exigibilité.

Cela étant, attendu que ni l'expertise de la Clinique D._____ ni l'appréciation des médecins traitants ne permettent d'évaluer concrètement la capacité de travail de la recourante du fait de son atteinte rhumatologique, on peine à comprendre comment le SMR a pu retenir, en l'absence de tout élément crédible au dossier, que l'exigibilité était de 50% sur le plan somatique. A défaut de fondement, cette position ne peut dès lors qu'être écartée.

Sur le vu de ce qui précède, il appert que les avis médicaux pertinents au dossier ne permettent pas de porter un jugement sérieux et objectif sur la capacité résiduelle de travail de la recourante du point de vue somatique. De telles carences méritent par conséquent d'être comblées par le biais d'une instruction complémentaire.

c) Sur le plan psychique, l'existence d'un épisode dépressif n'est pas contestée.

aa) Pour cette atteinte, la recourante a bénéficié d'un suivi auprès du Dr P._____. Celui-ci a initialement diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis août 2011, considérant en outre que l'incapacité de travail était totale mais qu'une reprise d'activité à 50% pourrait éventuellement intervenir tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, toutefois pas avant le

printemps 2012 (cf. rapport du 15 novembre 2011). Ultérieurement, ce psychiatre a maintenu son appréciation tout en repoussant le terme de l'exigibilité à l'été 2012 (cf. rapport du 10 février 2012). Par la suite, ce médecin a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et a exposé que l'incapacité de travail était de 50% au moins du point de vue l'état dépressif, qu'elle était totale avec l'effet cumulé de la polyarthrite et qu'à l'avenir la capacité de travail pourrait atteindre 50% au mieux (cf. rapport du 31 août 2012). Le Dr P. _____ a ensuite indiqué que l'assurée cherchait du travail à 50% et confirmé qu'il lui semblait impossible d'augmenter ce taux (cf. rapport du 15 février 2013). Finalement, bien qu'après la date de la décision entreprise, ce médecin a fourni des précisions sur la période antérieure (cf. à cet égard consid. 4a supra), relevant qu'en raison de son état de santé, l'assurée n'avait jamais été en mesure de reprendre une activité à 50% (cf. rapport du 26 août 2013).

La recourante a par ailleurs été vue par la Dresse I. _____ dans le cadre de la réadaptation psychosomatique effectuée à la Clinique H. _____. A cette occasion, cette psychiatre a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec trouble somatique, sans pour autant se déterminer sur la capacité de travail du point de vue psychique (cf. rapport du 20 juin 2012).

bb) Lors de l'expertise effectuée à la Clinique D. _____, l'expert C. _____ a confirmé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Il a toutefois relevé que ce diagnostic était sous une dépendance multifactorielle d'éléments dépressiogènes. A cet égard, il a en particulier observé que le traitement corticoïde au long cours présentait des effets dépressiogènes réels et bien connus pour aggraver encore les symptômes dépressifs. Concernant les limitations, le Dr C. _____ a essentiellement relevé des phénomènes de fatigue et de troubles de la concentration. Il a considéré qu'au jour de l'évaluation, au bénéfice de l'hypothèse iatrogénique dépressiogène du traitement à la cortisone, l'assurée était en incapacité totale de travail. L'expert a néanmoins retenu que la durée de cette incapacité pouvait être évaluée à

deux mois à partir de la date de l'examen, moyennant une adaptation du traitement médicamenteux (sevrage à la cortisone et diminution de la posologie quotidienne de l'antidépresseur). En définitive, le Dr C._____ a conclu que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de secrétaire de direction à temps partiel ou dans un emploi équivalent était de 0% au 27 août 2012 et de 100%, horaire et rendement, au 27 octobre 2012.

cc) Se fondant sur l'appréciation du Dr P._____, le SMR a de son côté considéré que la recourante présentait un épisode dépressif sévère en rémission partielle, que cette atteinte constituait une pathologie associée du ressort de l'AI, que la capacité de travail était nulle dès le mois d'août 2011 et qu'elle était de 50% dès le mois de juin 2012 dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée (cf. rapport SMR du 31 juillet 2012). Ultérieurement, le terme de l'exigibilité a été repoussé au 27 octobre 2012 pour faire suite à l'expertise de la Clinique D._____ (cf. avis SMR des 26 octobre 2012, 15 mars 2013, 26 juin 2013 et 2 octobre 2013).

dd) On relèvera à ce stade qu'il n'est pas contesté que l'épisode dépressif, initialement qualifié de sévère sans symptômes psychotiques (cf. rapports du Dr P._____ des 15 novembre 2011 et 10 février 2012), a évolué de façon favorable puisque c'est finalement un épisode moyen, avec syndrome somatique, qui a été retenu (cf. rapports de la Dresse I._____ du 20 juin 2012, de la Clinique D._____ du 27 août 2012 et du Dr P._____ du 31 août 2012 ; cf. également rapport SMR du 31 juillet 2012).

Cela étant, si le Dr P._____ a initialement évoqué une capacité de travail exigible de 50% tout au plus dans une activité adaptée du point de vue psychiatrique, (cf. rapports des 15 novembre 2011, 10 février 2012, 31 août 2012 et 15 février 2013), il est ensuite revenu sur ses conclusions en observant qu'en raison de son état de santé, l'assurée n'avait jamais été en mesure de reprendre une activité à 50% (cf. rapport du 26 août 2013). En tant que ce revirement demeure inexplicé en l'état du dossier, l'appréciation du Dr P._____ est donc sujette à caution et ne

saurait fonder l'appréciation du tribunal. Par surabondance, on ajoutera que contrairement à la thèse défendue par le psychiatre traitant notamment dans son rapport du 31 août 2012, le fait que la recourante présente une atteinte physique et une atteinte psychique n'a pas pour conséquence un cumul des atteintes mais justifie de procéder à une appréciation globale de la capacité de travail (cf. TF 9C_280/2012 du 23 novembre 2012 consid. 3.3 et la référence citée).

S'agissant des conclusions de l'expert C._____, il apparaît que ce dernier a considéré que la capacité de travail était nulle sous l'angle psychique au jour de l'expertise, mais qu'elle pourrait être de 100% dans l'activité habituelle de secrétaire de direction à temps partiel ou toute autre activité analogue, moyennant un sevrage à la cortisone et une diminution de l'antidépresseur. Autrement dit, l'expert a retenu que la recourante serait en mesure d'effectuer une activité adaptée à 50% pour autant que son traitement soit adapté, les changements nécessaires étant considérés comme réalisables au 27 octobre 2012. Cette appréciation doit toutefois être relativisée dès lors que les experts de la Clinique D._____ ont ultérieurement admis la prolongation de l'entière incapacité de travail jusqu'à la fin de l'année 2012 (cf. avis des 14 décembre 2012 et 19 février 2013). Quoi qu'il en soit, il apparaît qu'en définitive, les adaptations préconisées par l'expert C._____ n'ont pas pu être accomplies. Il s'est en effet avéré que le dosage de l'antidépresseur était conforme à la normale sans modification et que la corticothérapie pouvait certes être diminuée mais pas interrompue (cf. rapports de la Dresse Z._____ des 21 novembre 2012, 22 janvier 2013, 30 janvier 2013 ch. 1) ; au surplus, on rappellera que, le 26 avril 2010, le Dr B._____ avait déjà signalé qu'une tentative de sevrage à la cortisone (Prednisone) avait engendré une recrudescence des douleurs. A la lumière de ces circonstances, on peut s'interroger sur le point de savoir si les changements médicamenteux auxquels l'expert C._____ a subordonné la reprise d'une activité professionnelle étaient exigibles médicalement. Dans la négative et à l'aune des explications fournies par cet expert quant aux conséquences de la médication, il y aurait lieu d'admettre que, l'effet iatrogène dépressiogène du traitement ne pouvant être évité, la diminution de la

capacité de travail persisterait, le cas échéant, dans des proportions considérables. Or, en l'état du dossier, rien ne permet de trancher ces questions. Ces interrogations demeurant entières, les conclusions de l'expertise de la Clinique D. _____ ne sauraient être retenues pour déterminer la capacité de travail de la recourante du point de vue psychiatrique.

Quant au SMR, il s'en est tenu à une exigibilité de 50% initialement sur la base de l'avis du Dr P. _____ (cf. rapport SMR du 31 juillet 2012) puis des conclusions des experts de la Clinique D. _____ (cf. avis SMR du 26 octobre 2012), soit deux appréciations dont les paragraphes qui précèdent démontrent qu'elles ne peuvent être suivies en l'état.

Par conséquent, il apparaît que sur le plan psychiatrique également, l'instruction s'avère insuffisante et ne permet pas de se prononcer en toute connaissance de cause sur la capacité résiduelle de travail de la recourante du fait de son atteinte psychique.

d) Il convient dès lors de retenir que le dossier de la cause est manifestement lacunaire en ce qui concerne les conséquences des atteintes tant physiques que psychiques. La Cour de céans n'est donc pas en mesure de se déterminer sur le sujet à satisfaction de droit.

5. Pour le reste, la recourante conteste la détermination de son statut ainsi que l'évaluation de ses empêchements ménagers.

a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (cf. art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (cf. art. 28a al. 2 LAI ; cf. ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant

une activité lucrative à temps partiel (cf. art. 28a al. 3 LAI ; cf. ATF 137 V 334, ATF 130 V 393, et ATF 125 V 146).

aa) Conformément à l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation des assurés qui, sans atteinte à la santé, exerceraient une activité lucrative à temps complet; cette dernière disposition énonce que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

bb) Selon l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (cf. TFA I 288/06 du 20 avril 2007 consid. 3.2). Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacun des travaux habituels conformément aux chiffres 3084 ss de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI) - pratique dont le Tribunal fédéral a admis la conformité (cf. TF 9C_467/2007 du 19 mars 2008 consid. 3.3).

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 (cf. ATF 128 V 93; TF 9C_693/2007 du 2 juillet 2008 consid. 3). Ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles. En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (cf. TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 5.3). 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 (cf. ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; cf. TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1).

cc) Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité (cf. art. 28a al. 3 LAI). L'invalidité totale de la personne assurée résultera de l'addition des taux d'invalidité pondérés dans les deux domaines (cf. ATF 125 V 146 et 130 V 393 consid. 3.3).

dd) La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (cf. ATF 130 V 393 consid. 3.3 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale

être déduite d'indices extérieurs (cf. TF 9C_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 in fine et la référence citée).

b) En ce qui concerne le statut de la recourante, il y a lieu de relever qu'aux termes du formulaire 531bis complété le 14 octobre 2011, celle-ci a expliqué qu'elle aurait travaillé à un taux de 60 à 80% depuis le 1^{er} janvier 2008 si elle avait été en bonne santé, cela par nécessité financière. A l'occasion de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 3 mai 2012, l'assurée a confirmé qu'elle aurait travaillé à 80% si elle avait été en bonne santé, attendu que son fils cadet pouvait être placé en garderie et que les deux aînés étaient autonomes ; elle a ajouté que les besoins financiers étaient importants avec trois enfants ayant tous des activités extra-scolaires et que du reste un poste de secrétaire de direction devait au moins être exercé à 80% pour être intéressant. Aussi l'enquêtrice de l'OAI a-t-elle proposé un statut de 80% active et 20% ménagère (cf. rapport d'expertise du 3 mai 2012 point 5 p. 2), repris par la recourante (cf. mémoire de recours du 6 mai 2013). L'office intimé a toutefois estimé qu'il y avait lieu de s'écarter de cette clé de répartition au profit d'un statut de 50% active et 50% ménagère (cf. décision du 25 mars 2013 et courrier explicatif du 26 mars 2013), motif pris que l'intéressée travaillait à 50% en tant que secrétaire de direction avant l'atteinte à la santé et qu'elle s'était ensuite inscrite au chômage à 50%. (cf. réponse du 9 juillet 2013).

Les considérations familiales, financières et professionnelles énoncées ci-dessus à l'appui d'un statut de 80% active et 20% ménagère méritent certes d'être prises en considération. Au même titre, le taux d'occupation de la personne assurée avant la survenance de la maladie peut également être révélateur de son taux d'activité hypothétique en bonne santé. A ce propos, il apparaît qu'en l'espèce l'assurée s'est vu diagnostiquer une polyarthrite rhumatoïde en 2008 et que ce n'est que par la suite, au 1^{er} juin 2010, qu'elle a été engagée comme secrétaire de direction à 50% par l'entreprise N. _____ SA. La recourante a expliqué à cet égard qu'elle avait été contrainte d'abaisser son taux d'activité depuis 2007/2008 pour des raisons de santé – ayant travaillé à 70% puis à 60% et

finalement à 50% (cf. écriture du 8 novembre 2012) – et qu’elle n’avait donc pas occupé un emploi à 50% par convenance personnelle (cf. objections du 21 août 2012). Dans le même sens, la Dresse Z._____ a exposé que l’intéressée travaillait à 70% en 2008, au début de la polyarthrite, et avait spontanément diminué ce taux à 60% puis à 50% en raison de la symptomatologie douloureuse et de la fatigue (cf. rapport du 21 octobre 2011). Rien au dossier ne vient toutefois confirmer les allégations de l’assurée et de sa rhumatologue traitante. Bien plus, la Dresse Z._____ a paradoxalement indiqué que c’était suite à une poussée de polyarthrite en fin d’année 2010 que la situation professionnelle de l’intéressée avait posé problème (cf. rapport du 21 août 2012). Force est dès lors de constater que les informations recueillies au cours de la procédure administrative sont équivoques. Ce nonobstant, aucune démarche n’a été mise en œuvre par l’intimé en vue d’éclaircir la situation. En particulier, les médecins traitants de l’époque – la Dresse Z._____ n’ayant débuté son suivi qu’en août 2010 (cf. rapport du 21 août 2012) – n’ont pas été interpellés sur le sujet, pas plus que les employeurs successifs de l’assurée n’ont été invités à s’exprimer sur le taux d’occupation de cette dernière pour la période concernée, respectivement sur le point de savoir si ses problèmes de santé avaient influencé la fixation de son horaire de travail. Pour le surplus, on notera que la recourante a rajouté à la confusion en procédure judiciaire, soutenant avoir réduit son taux d’activité à 50% depuis le 1^{er} janvier 2008 en raison de ses problèmes de santé (cf. mémoire de recours du 6 mai 2013 p. 12). Cela étant, les lacunes et les contradictions émaillant l’état de fait ne permettent pas de se prononcer – au degré de la vraisemblance prépondérante – quant à une baisse du taux d’activité de l’assurée pour des raisons de santé. Plus particulièrement, le doute subsiste quant au point de savoir si l’intéressée a accepté un engagement à 50% auprès de N._____ SA en raison de ses problèmes médicaux, ainsi qu’elle le prétend, ou par convenance personnelle, comme le retient l’OAI. Dans ces conditions, il n’est pas possible de déterminer si le taux d’activité de la recourante dans ses précédents emplois est susceptible d’être pertinent pour la fixation de son statut. L’instruction étant incomplète sur ce plan, on ne peut se rallier ni au statut de 50% active et 50% ménagère retenu

par l'OAI, ni au statut de 80% active et 20% ménagère proposé aux termes de l'enquête domiciliaire du 3 mai 2012.

A cela s'ajoute que le taux auquel l'assurée s'est inscrite au chômage en mai 2012 - une fois malade et, qui plus est, sur les conseils de la collaboratrice de l'OAI en charge de son dossier (cf. courriel du 23 mai 2012) - ne saurait être déterminant pour savoir à quel taux elle aurait travaillé en bonne santé, cela d'autant moins qu'elle a finalement été déclarée inapte au placement dès le 1^{er} juin 2012 (cf. décision du Service de l'emploi du 15 août 2012).

En définitive, on retiendra là encore qu'en ce qui concerne la détermination du statut de la recourante, des incertitudes persistent et méritent d'être levées dans le cadre d'une instruction complémentaire.

c) Partant, la Cour de céans ne disposant pas d'informations médicales suffisantes sous les angles somatique et psychique et n'étant pas en mesure de trancher la question du statut de la recourante, il ne saurait être question de procéder ici à l'examen du degré d'invalidité de l'intéressée.

En ce qui concerne plus particulièrement l'évaluation des éventuels empêchements rencontrés par l'assurée dans l'accomplissement de ses travaux habituels, il convient de relever que selon la jurisprudence, la valeur probante d'un rapport d'enquête ménagère est subordonnée - notamment - au fait que ce dernier ait été établi en pleine connaissance des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux (cf. consid. 5a/bb supra). Dès lors qu'en l'espèce des mesures d'investigation s'imposent pour évaluer les conséquences invalidantes ou non des atteintes tant somatique que psychiatrique de l'assurée (cf. consid. 4b et 4c supra), il s'ensuit qu'aucune valeur probante ne peut de toute manière être accordée au rapport d'enquête domiciliaire du 3 mai 2012 en tant qu'il procède à l'évaluation des empêchements ménagers sur la base d'un dossier médical incomplet.

Pour le surplus, les autres griefs invoqués par l'assurée n'ont pas à être examinés dans la mesure où il s'impose préalablement de compléter l'état de fait.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, l'instruction diligentée par l'OAI s'avère insuffisante tant en ce qui concerne l'aspect médical (cf. consid. 4 supra) que pour ce qui touche à la détermination du statut de la recourante (cf. consid. 5 supra), avec pour conséquence que l'on ne peut en l'état procéder à l'évaluation de l'invalidité de celle-ci. Compte tenu de ces circonstances particulières, le renvoi de la cause à l'OAI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe

inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGA) - apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise somatique et psychiatrique (cf. art. 44 LPGA) et qu'il procède aux mesures d'investigation adéquates aux fins de déterminer le statut de la recourante ainsi que, le cas échéant, ses empêchements dans l'exécution des travaux ménagers. Il appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision.

7. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'OAI.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 25 mars 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui

étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est 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 à la recourante un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) 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 :

- Me Corinne Monnard Séchaud (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- 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 :