

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 juillet 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

M. Métral et Mme Berberat, juges

Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Claudio Venturelli,
avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 88a et 88^{bis} RAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en 1958, est entrée en Suisse en 1993 et en 2001. Elle a exercé l'activité d'employée de maison à plein temps au sein de l'Hôtel D._____ jusqu'en juin 2002.

B. Elle a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 17 juillet 2003, motif pris d'une maladie de Südeck, consécutive à une intervention chirurgicale au poignet gauche, et d'un état dépressif récurrent (cf. rapports médicaux du Dr C._____, spécialiste en chirurgie, du 31 juillet 2003, et de la Dresse F._____, spécialiste en médecine interne, du 6 novembre 2003).

Procédant à l'instruction du dossier, l'OAI a diligenté un examen clinique bidisciplinaire au sein du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Cet examen a été réalisé le 13 mars 2006 par les Drs J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et K._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Le rapport correspondant, rédigé le 8 juin 2006, fait état des diagnostics suivants :

- cervicobrachialgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis, d'une tendomyogélose en cascade des deux membres supérieurs ainsi que d'un status après algoneurodystrophie du poignet gauche après trois interventions chirurgicales au niveau du poignet gauche, avec notamment exérèse d'un kyste synovial compliquée d'une lésion de l'artère radiale peropératoire qui a nécessité une réparation ;
- syndrome rotulien bilatéral ;
- syndrome du tunnel carpien bilatéral très discret et minime irritation du nerf cubital droit au niveau du coude ;
- trouble dépressif récurrent.

Les spécialistes du SMR ont considéré que l'assurée avait subi une incapacité de travail totale du 25 juin 2002 au 30 juin 2004 et de 50% du 1^{er} juillet 2004 au 31 décembre 2004. Depuis janvier 2005, elle était

dotée d'une capacité de 80% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.

Fondé sur ces éléments, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité, limitée à la période du 1^{er} juin 2003 au 30 septembre 2004, par décision du 2 mai 2007. Cette décision est entrée en force en l'absence de recours de l'assurée.

C. En date du 1^{er} novembre 2012, l'assurée a formulé une seconde requête de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir de fibromyalgie, de rhumatisme et d'arthrose.

L'assureur perte de gain en cas de maladie, X. _____ SA, a mandaté la Clinique M. _____ pour procéder à une expertise rhumatologique de l'assurée, laquelle a été réalisée le 20 décembre 2012 par la Dresse N. _____, spécialiste en rhumatologie. Le rapport correspondant, rédigé le 11 février 2013, relate l'analyse des différents diagnostics somatiques évoqués dans le cas de l'assurée « sur fond de trouble dépressif récurrent », à savoir :

- arthrose de la deuxième articulation métacarpo-phalangienne droite ;
- arthrose acromio-claviculaire gauche et impingement du sus-épineux gauche ;
- gonarthrose fémoro-tibiale externe gauche débutante ;
- cervicarthrose modérée en C4-C5 et C5-C6.

L'experte rhumatologue a considéré que ces diagnostics n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, laquelle était par conséquent dotée d'une capacité entière dans une activité similaire à celle exercée lors de son dernier emploi. Des limitations fonctionnelles, soit les mouvements répétés des mains, la marche prolongée plus de deux heures, les montées et descentes répétées d'escaliers et la position accroupie, étaient cependant mentionnées « à titre préventif ».

Les médecins traitants de l'assurée, les Drs L._____, spécialiste en rhumatologie, et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont complété des rapports à l'attention de l'OAI.

En date du 26 juillet 2013, le Dr L._____ a relaté les diagnostics de « polyarthrose avec gonarthrose interne bilatérale avec poussées flexionnaires et discarthrose lombaire étagée, érosive en L4-L5 » et de « décompensation psychiatrique avec abus d'alcool », estimant que la capacité de travail de sa patiente était nulle pour une durée indéterminée.

Quant au Dr P._____, il a indiqué le 5 août 2013 que l'assurée souffrait d'un « trouble dépressif récurrent » et de « troubles mixtes de la personnalité à trait borderline et dépendante ». A son avis, la capacité de travail était de 50% « au maximum en milieu adapté ».

Sollicité pour avis, le SMR a considéré le 30 novembre 2013 qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée pouvait être admise à compter du 1^{er} juillet 2012 pour des raisons essentiellement psychiatriques. Une incapacité de travail totale était retenue depuis la date précitée et ramenée à 50% dès le 19 juillet 2013.

Après avoir déterminé un degré d'invalidité de 57,5%, arrondi à 58%, dès juillet 2013 selon la méthode générale de comparaison des revenus, l'OAI a établi un projet de décision le 8 octobre 2014. Il a envisagé de mettre l'assurée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2013.

D. Représentée par Me Claudio Venturelli, l'assurée a contesté ce projet de décision par écriture du 12 février 2015, eu égard en premier lieu au dies a quo du droit à la rente. Elle a rappelé que le Dr L._____ avait prononcé une incapacité totale de travail dès mai 2012, non pas juillet 2012. En second lieu, elle s'est prévaluée d'une aggravation de son état de santé survenue en septembre 2014, laquelle avait nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique au sein de la Fondation V._____.

Un rapport de cette institution, daté du 22 octobre 2014, produit ultérieurement, a souligné que l'hospitalisation avait eu lieu du 9 au 19 septembre 2014 en vue d'une « mise à l'abri d'idées suicidaires » et au motif d'une « reprise des consommations d'alcool » dans le contexte d'une situation conjugale houleuse (agression de l'assurée par son conjoint en avril 2014).

En date du 31 mars 2015, le Dr P._____ a confirmé une aggravation progressive de l'état de santé psychique de sa patiente dès août 2013, soulignant la présence d'un « trouble somatoforme douloureux » et l'apparition de « troubles cognitifs liés à la dépression ». L'incapacité de travail était selon lui totale depuis le 2 septembre 2014.

Aux termes d'un avis du 20 juillet 2015, le SMR a préconisé une expertise psychiatrique de l'assurée.

Dans l'intervalle, celle-ci s'est soumise le 30 juillet 2015 à un examen neuropsychologique et neurocomportemental auprès du Prof. R._____, spécialiste en neurologie, en raison de troubles mnésiques observés _____ par _____ le Dr P._____. Le rapport corrélatif fait état des conclusions suivantes :

« [...] Je trouve une patiente dépressive avec une histoire d'OH [réd. : alcoolisme] excessif stoppé il y a une année et une suspicion anamnestique d'un trouble du sommeil avec ronchopathie mais aussi des signes de RBD [réd. : rem-sleep behaviour disorder] avec rêves, une grande fatigue et fatigabilité et des céphalées matinales. A l'examen neuropsychologique - neurocomportemental, je trouve surtout un problème important attentionnel et à un léger degré des troubles frontaux exécutifs, alors que la mémoire, les fonctions praxiques, gnosiques et constructives sont intactes et le langage est difficile à estimer au vu de sa formation et du fait qu'il s'agit d'une 2^{ème} langue apprise sur le tas. Je suspecte que l'origine de ces déficits neuropsychologiques soit une combinaison de dépression avec les séquelles de son épisode OH, ensemble avec un trouble du sommeil [...]. »

L'expertise psychiatrique suggérée par le SMR a été réalisée les 3 et 10 octobre 2016 par le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rédigé son rapport le 24 octobre 2016. Il a relaté les constatations ci-après :

« **Constatations objectives**

PREMIER ENTRETIEN DU 03.10.2016 :

[L'assurée] se présente seule à la première consultation avec 45 minutes d'avance. Elle revient ensuite à l'heure juste. Elle se déplace de manière fluide. Elle donne l'impression d'avoir son âge biologique. Elle porte des leggings noirs, une tunique rose avec un t-shirt noir. Ses cheveux sont attachés.

[L'assurée] est bien orientée dans les quatre modes. A noter que l'assurée présente des troubles de mémoire lacunaire : elle a de la peine à se souvenir de certaines dates. Elle parvient à s'en rappeler en se basant toujours sur l'âge de sa fille à ce moment-là.

Elle donne l'impression d'être tendue durant l'entretien. Elle est repliée sur elle-même, elle pleure à plusieurs reprises et elle est stressée.

Elle s'exprime en français. Son discours est fluide et cohérent.

Son attention et sa concentration sont conservées, elle conserve le fil rouge de la conversation tout au long de l'entretien d'une durée de 75 minutes.

L'affect est fluctuant, parfois triste, elle pleure à plusieurs reprises. La thymie se trouve dans le versant dépressif.

Durant l'entretien, il n'est pas révélé d'apparition en quelques minutes tout au plus, d'au moins 4 symptômes physiques d'anxiété, sans raison apparente, correspondant à des attaques de panique ; ni de préoccupation excessive pour des problèmes sans importance caractérisant l'anxiété généralisée, ni de symptômes compatibles avec un trouble obsessionnel compulsif avec des pensées intrusives ou des comportements compulsifs ; ni de phobie simple.

Par sa mimique, sa posture et sa gestuelle, je constate que [l'assurée] ne présente pas non plus d'hallucinations auditives, ni d'hallucinations visuelles, ni de réaction douloureuse. Je n'ai pas pu constater la présence d'idée suicidaire.

À la fin de l'entretien, je constate que [l'assurée] se déplace toujours de façon fluide.

DEUXIÈME ENTRETIEN DU 10.10.2016 :

Les constatations sont superposables à celles de la première consultation.

[L'assurée] présente toujours des troubles de mémoire lacunaire et elle parvient à se rappeler des dates, mais toujours en lien avec sa fille.

Elle est stressée durant tout l'entretien : elle pleure, se tient repliée sur elle-même, boit de l'eau plusieurs fois, s'essuie la bouche avec un mouchoir, mâchonne ce mouchoir.

Durant l'entretien, je lui pose plusieurs questions : je lui demande de retenir 3 mots figurant dans le test MMS [réd. : mini mental state]. Je lui demande ensuite d'effectuer 5 calculs, où elle a fait 4 erreurs. A la suite des calculs, à ma demande de lui répéter les 3 mots, elle se souvient d'un mot toute seule et des deux suivants avec l'indication. Cela signifie que l'assurée ne présente pas de trouble cognitif dans le cadre d'une démence. Les troubles lacunaires de mémoire se trouvent dans le cadre d'une dépression. »

Se basant sur ces éléments le Dr S. _____ a retenu les diagnostics de « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (moyen) sans symptômes psychotiques, en voie d'amélioration (F33.2) »

et de « trouble mixte de la personnalité (traits borderline et dépendants ; F61.0) » au titre de diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de l'assurée. Il a par ailleurs communiqué son appréciation du cas notamment en ces termes :

« [...] Lors de l'entretien, je constate que l'assurée ne présente aucun élément pouvant suggérer une démence. En ce qui concerne les troubles frontaux exécutifs, je constate que depuis le 27.07.2015, il y a une amélioration. Lors de la deuxième consultation, l'assurée me montre la robe qu'elle a cousu elle-même. Je peux constater que l'ourlet est bien fait et que le travail est très bien exécuté. Les troubles cognitifs présentés en 2015 sont donc en amélioration.

F45.1 TROUBLE SOMATOFORME

Dans le rapport du Dr P. _____ du 29.12.2015, il pose le diagnostic de trouble somatoforme douloureux F45.1. Le critère B du CIM-10 du trouble somatoforme douloureux F45.1 est le suivant « les symptômes sont à l'origine d'un sentiment persistant de détresse [...] ». Lors des deux consultations, je ne constate pas de douleurs persistantes. L'assurée était assise lors de la durée totale des deux consultations, sans présenter de réaction douloureuse par sa mimique, par un geste ou par son comportement.

F33.2 TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT, ÉPISODE ACTUEL SÉVÈRE (MOYEN) SANS SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES, EN VOIE D'AMÉLIORATION

[L'assurée] dit qu'elle a de la peine à se concentrer, mais elle explique qu'elle fait de la couture et qu'elle a commencé des cours de langues. Les troubles de la concentration et de l'attention sont donc en amélioration. Elle présente une perte d'appétit et de poids. Elle présente de la fatigue, mais dans les moments où elle se sent triste. Elle dit se sentir triste tous les jours. Elle présente du plaisir à faire de la couture, à voir ses petites filles, sa fille, sa famille, à lire. Elle présente des angoisses. Elle a des idées suicidaires, mais elle ne passe pas à l'acte, car elle pense à sa famille. [L'assurée] a effectué plusieurs séjours en milieu psychiatrique. Ces éléments nous indiquent la présence du trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, en voie d'amélioration.

F61.0 TROUBLE MIXTE DE LA PERSONNALITÉ (TRAITS BORDERLINE ET DÉPENDANTS)

L'assurée a subi des abus sexuels durant son enfance. Elle a fait un tentamen avant d'être hospitalisée et s'est rasée la tête. Je retiens que l'assurée présente des traits de personnalité type borderline. Il ne s'agit pas d'un trouble de la personnalité type borderline, car selon le critère G2 du CIM-10, ce trouble doit être profondément enraciné et se manifester par une conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle lors de situations personnelles et sociales très variées. L'assurée a pu conserver ses emplois durant de nombreuses années, elle ne présente donc pas le critère G2. L'assurée présente aussi des traits de personnalité type dépendant. Elle est dépendante de sa fille et base toutes ses explications en rapport avec celle-ci. Ces deux traits de personnalité nous indiquent que l'assurée présente le trouble de la personnalité mixte. Actuellement,

l'accentuation de ces traits de personnalité est en voie d'amélioration.

CONCLUSION

L'assurée est en arrêt de travail total depuis le 02.09.2014. Avant que l'assurée ne soit hospitalisée à la Fondation V. _____ le 09.09.2014,

Dr P. _____ l'a mise en arrêt de travail depuis le 02.09.2014.

Les résultats de la prise de sang du 03.10.2016 montrent que l'assurée est compliant au traitement médicamenteux.

Au vu de ce qui précède, je constate dès le jour de l'examen, que l'assurée présente une amélioration de son état psychique. De ce fait, elle est capable de travailler dans le marché libre à 50%, dans son activité habituelle ou une autre activité, et ce depuis le jour de l'examen (03.10.2016). Je propose de refaire une évaluation psychiatrique d'ici à une année afin d'examiner une amélioration de la capacité de travail. »

Le SMR s'est rallié aux conclusions de cette expertise par avis du 17 novembre 2016, admettant une aggravation de l'état de santé laquelle avait imposé une incapacité de travail totale dès le 2 septembre 2014, ramenée à 50% dès le 3 octobre 2016. Au titre de limitations fonctionnelles étaient mentionnés des « troubles de la concentration et de l'attention, fatigue, tristesse, idées suicidaires, conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle lors de situations personnelles et sociales très variées ».

Par un nouveau projet de décision, daté du 23 novembre 2016, l'OAI a indiqué à l'assurée envisager de lui octroyer les prestations suivantes, compte tenu du début du délai d'attente fixé en définitive le 26 mai 2012 :

- une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, du 1^{er} mai 2013 au 31 octobre 2013 ;
- une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré de 58%, du 1^{er} novembre 2013 au 31 août 2014 ;
- une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré de 100%, du 1^{er} septembre 2014 au 31 janvier 2017 ;
- une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré de 50%, dès le 1^{er} février 2017.

Les décisions mettant l'assurée au bénéfice de ces prestations ont été rendues le 21 février 2017 eu égard à la demi-rente courant dès le 1^{er} février 2017 et le 21 avril 2017 s'agissant des arrérages.

E. L'assurée, avec l'assistance de son conseil, a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'un recours contre la décision du 21 février 2017 par mémoire du 24 mars 2017. Elle a requis, à titre préalable, la suspension de la cause en vue de la production de l'avis d'un expert _____ privé, _____ le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Sur le fond, elle a contesté en particulier la valeur probante de l'expertise réalisée par le Dr S. _____, considérant celle-ci comme contradictoire et insuffisamment étayée. En outre, elle a relevé que la détermination de son taux d'invalidité, singulièrement l'abattement opéré par l'OAI, ne prenait de toute façon pas en considération sa situation personnelle, soit l'aggravation de ses limitations fonctionnelles, son contexte social et son âge. Une réduction de 20% devait être opérée ce qui justifiait à tout le moins l'allocation de trois-quarts de rente d'invalidité entre le 1^{er} novembre 2013 et le 31 août 2014. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière pour une durée indéterminée depuis la date précitée.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 29 mai 2017, faisant valoir que les conclusions du Dr S. _____ pouvaient à son sens être suivies vu les observations consignées par cet expert. Par ailleurs, la capacité de travail de 50% estimée dans le cas de l'assurée prenait suffisamment en compte ses limitations fonctionnelles de sorte qu'un abattement supplémentaire n'avait pas à être effectué.

Par réplique du 24 août 2017, l'assurée a confirmé ses conclusions et annexé de nouvelles pièces médicales, à savoir un rapport d'évaluation _____ du Prof. R. _____ du 16 mars 2017 et un rapport du Dr T. _____ du 15 juin 2017.

Après avoir procédé à un examen neuropsychologique et neurocomportemental actualisé, le Prof. R. _____ a conclu ce qui suit :

« [...] Je trouve une patiente qui, malheureusement, transitoirement a repris une consommation exagérée d'alcool mais qui, d'un point de vue neuropsychologique - neurocomportemental est restée à peu près superposable, sans aggravation des troubles de l'attention ni

des fonctions fronto-exécutives qui restent toutefois pathologiques. Les fonctions instrumentales phaso-practo-gnosiques de mémoire et les fonctions visuo-constructives restent normales. De plus, la patiente reste dépressive avec une forte labilité affective. Je pense que le déficit neuropsychologique correspond à une combinaison de dépression avec des séquelles d'OH. La patiente continue à avoir des rêves vécus, des cris et des mouvements qui pourraient correspondre à une RBD et/ou des PLM (mouvements périodiques des jambes). Malheureusement, l'évaluation ambulatoire sans enregistrement vidéo qui a réussi à exclure un SAS [réd. : syndrome d'apnée du sommeil] n'arrive pas à déceler ces troubles du sommeil. J'ai donc organisé une polysomnographie avec vidéo-enregistrement.

L'IRM [réd. : imagerie par résonance magnétique] ne montre qu'une discrète leucoencéphalopathie bifrontale aspécifique. [...] »

Au terme d'examens cliniques réalisés les 3 et 8 mai 2017, le Dr T. _____ a pour sa part notamment consigné les éléments suivants :

« [...] **Entretien avec le psychiatre traitant :**

Le Dr P. _____ rappelle la vulnérabilité importante de sa patiente. Il estime qu'elle ne dispose d'aucune capacité de travail actuellement.

Entretien avec le médecin généraliste :

La Doctoresse [...] précise que [l'assurée] a présenté un dernier épisode d'alcoolisation en mars 2017. Depuis lors, elle ne présente plus de trouble du comportement en lien avec cette dépendance. Les valeurs de laboratoire ne sont cependant pas encore normalisées. Par contre, la valeur des CDT (indicateur d'une consommation chronique d'alcool au cours des deux dernières semaines) indique une valeur normale.

Entretien avec l'infirmière du CMS :

L'infirmière rapporte qu'elle connaît [l'assurée] depuis qu'elle a quitté Fondation V. _____. Elle a présenté et présente toujours une fragilité psychique importante et une problématique abandonnique, selon elle. Il y a une anxiété de fond permanente et elle présente des problèmes de concentration et d'attention. L'infirmière remarque cela lorsqu'elle demande, par exemple, à [l'assurée] de faire le résumé de la semaine. [L'assurée] doit aussi beaucoup se concentrer pour les heures des rendez-vous ou/et pour les parcours. Elle a besoin d'être guidée. Elle a une profonde perte d'estime de soi, vit avec un constant sentiment d'échec et une fatigabilité. Lorsqu'elle décompense, elle tend à consommer de l'alcool.

Récemment, [l'assurée] a vécu deux deuils de personnes proches et elle allait moins bien à cette occasion. Elle avait alors besoin d'être structurée pour les activités de la vie quotidienne. Elle ne savait plus se prendre en charge par elle-même.

L'infirmière la voit une fois par semaine. [L'assurée] prend son semainier à la pharmacie et elle semble compliant. Elle n'est pas perçue comme manipulatrice, mais comme authentique et vulnérable.

[...]

L'expertisée est avenante, courtoise, mais frappe toujours par une certaine désorganisation de sa pensée, une incapacité à aller jusqu'au bout des choses et à régler les différents aspects de sa vie. Elle est toujours mariée, officiellement, et n'arrive pas à régler son état civil. Elle aimerait voir son fils au Portugal, mais ne s'y rend pas. Elle formule qu'elle pourrait émigrer au Brésil, plus comme issue de secours imaginaire lorsqu'elle est malheureuse que comme véritable projet.

Elle se plaint de tristesse, de perte d'envie et de motivation, d'une diminution de la sociabilité, de fatigue et de fatigabilité, de douleurs partout dans le corps.

Elle ne paraît pas particulièrement angoissée, ne donne pas l'impression d'être sévèrement déprimée non plus et on ne peut pas relever de symptomatologie psychotique floride.

Ce qui frappe le plus, c'est la difficulté de [l'assurée] de structurer sa pensée et son quotidien, ainsi que sa problématique abandonnique qui fait qu'elle a toujours besoin de quelqu'un pour qui elle compte et qui compte pour elle pour bien fonctionner. Elle n'est pas véritablement autonome et a besoin d'être en lien, d'être (sou-)tenue. »

Le Dr T. _____ a retenu les diagnostics suivants :

- trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, en rémission partielle sous traitement ;
- personnalité émotionnellement labile type borderline (sur probable structuration psychotique de la personnalité) ;
- syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente.

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, il a fait part de l'appréciation ci-dessous :

« Les deux premières affections psychiatriques dont souffre [l'assurée] (F33.2 et F60.31) entraînent chez elle actuellement encore une incapacité de travail complète dans son ancienne activité.

Le trouble dépressif récurrent génère actuellement encore chez [l'assurée] une atteinte des fonctions cognitives et volitives, une baisse de l'élan vital, de la fatigue et de la fatigabilité. Ces atteintes ne sont pas compatibles avec un emploi impliquant une responsabilité quelconque.

[L'assurée] va indubitablement mieux que lors de son hospitalisation [...] en septembre 2014, mais elle n'est pas encore suffisamment rétablie.

D'autre part, et cela nous paraît la limitation la plus importante dans son cas, son trouble de la personnalité continue à lui imposer des limitations fonctionnelles majeures. Ce trouble qui correspond à un trouble de la personnalité émotionnellement labile au sens de la CIM-10, repose en réalité sur un défaut de structuration de la personnalité de type psychotique.

[L'assurée] a des difficultés à se structurer par elle-même et elle présente des troubles de la concentration, de l'attention et de la mémoire. Elle se disperse, peine à se concentrer sur l'essentiel, a

besoin d'un cadre bienveillant pour bien fonctionner. Elle se désorganise en cas de stress.

Il est probable que les consommations alcooliques excessives survenues dans le passé contribuent également à la perte de structuration mentale, par un biais organique, ainsi qu'au déficit des fonctions cognitives, comme le suggère le Professeur R. _____ dans son dernier rapport [...]. »

En dernier lieu, il a communiqué son analyse de l'expertise du Dr S. _____ en ces termes :

« J'ai l'impression que mes observations cliniques rejoignent passablement les observations faites par l'expert S. _____, mais que nos conclusions concernant la capacité de travail divergent.

1. L'expert S. _____ constate une thymie dans le versant dépressif, un affect fluctuant, des troubles de mémoire lacunaire. L'expertisée pleure à plusieurs reprises durant les entretiens chez lui et elle fait plusieurs erreurs au test MMS.

L'expert S. _____ arrive au diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère (moyen, sans symptôme psychotique, en voie d'amélioration F33.2) et il retient également un diagnostic de trouble mixte de la personnalité (traits borderline et dépendant) F61 .0.

Un état dépressif sévère n'est habituellement pas compatible avec une activité professionnelle, selon la CIM-10. Un épisode dépressif moyen s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, toujours selon la même source.

L'expert S. _____ fait bien figurer ces diagnostics dans le chapitre « diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail ».

Sur le plan du dossier, il existe un consensus à retenir un trouble dépressif récurrent F33 depuis 2006 au moins.

Rappelons que [l'assurée] a fait un 1^{er} épisode dépressif au Portugal à l'âge de 27 ans, qu'elle a connu un 2^{ème} épisode dépressif en 2002 où elle a été hospitalisée [...], puis un 3^{ème} épisode en mai 2013 où elle a à nouveau été hospitalisée [...], enfin un épisode en septembre 2014 où elle a été hospitalisée [...].

Aussi bien les experts, que le médecin des assurances, que les médecins traitants, reconnaissent ce trouble dépressif récurrent. Un trouble dépressif récurrent implique une fragilité psychique au long cours, avec répercussions sur la capacité de travail.

2. Il me semble tout aussi évident qu'il existe un trouble de la personnalité. Cet avis est partagé par le psychiatre traitant actuel, le Dr P. _____, et par l'expert S. _____. Rappelons que [l'assurée] est issue d'un milieu défavorisé et qu'elle a subi des carences affectives et de la maltraitance de niveau sévère, depuis son enfance.

Encore actuellement, elle n'a pas réussi à résoudre sa problématique de dépendance affective et n'est pas véritablement autonome.

Sa personnalité s'est constituée de manière incomplète, probablement sur un mode psychotique, ce qui explique le morcèlement et les incohérences au niveau de sa pensée.

Ce trouble de la personnalité limite indubitablement la capacité de travail de [l'assurée] et exige un cadre de travail spécifique.

3. De mon point de vue, [l'assurée] ne dispose actuellement plus de capacité de travail exploitable. Elle n'est pas capable de se structurer par elle-même et elle a besoin d'un environnement bienveillant et soutenant pour avoir un rendement exploitable. L'encadrement thérapeutique en cours est conséquent. Cela correspond à un emploi en milieu protégé.

Je m'écarte en cela de l'appréciation du Dr S. _____ qui, malgré des atteintes considérables qu'il objective, estime qu'on peut attendre un rendement de 50% de la part de [l'assurée].

Le Dr S. _____ insiste sur le fait que son appréciation est basée sur « le jour de l'examen ». Je suis de l'avis qu'un expert ne doit pas uniquement se prononcer sur une « photographie » instantanée, mais qu'il doit tenir compte de la dynamique et de l'évolution de la capacité de travail dans la durée.

A ce titre, je relève la fragilité et les dysfonctionnements mentionnés par le psychiatre traitant, la médecin généraliste et l'infirmière du CMS qui vont tous dans le sens d'une fragilité psychique importante et incompatible avec une activité lucrative.

L'observation neuropsychologique du Professeur R. _____ confirme également l'humeur dépressive persistante et les limitations fonctionnelles, en mars 2017. Ce dernier décrit une patiente ralentie, visiblement dépressive avec une labilité affective et des fluctuations avec des pleurs durant l'examen.

Il ne constate pas d'aggravation, mais une persistance d'un trouble de l'attention, un ralentissement, des fonctions frontales exécutives perturbées.

Mon appréciation de la capacité de travail s'écarte dès lors de celle faite par l'expert S. _____. Je ne comprends pas comment l'expert S. _____ peut conclure à une capacité de travail de 50%, uniquement parce que l'état dépressif est amélioré (par rapport à la situation au moment de l'hospitalisation [...] en septembre 2014).

4. Je relève également les limitations fonctionnelles que le médecin du SMR retient dans son avis du 17.11.2016, à savoir : « troubles de la concentration et de l'attention, fatigue, tristesse, idées suicidaires, conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle lors de situations personnelles et sociales très variées ». Ces limitations ne me semblent pas compatibles avec une activité lucrative. [...] »

L'OAI a dupliqué le 12 septembre 2017, relevant que les observations des différents médecins spécialistes se rejoignent pour l'essentiel, hormis s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail, sans qu'il n'y ait lieu d'écarter l'appréciation du Dr S. _____. Il a également observé que l'examen neuropsychologique récent montrait une situation stable dans le cas de l'assurée. Il a dès lors maintenu 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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 24 mars 2017 contre la décision de l'intimé du 21 février 2017 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions pour lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 2d).

Les mêmes règles sont applicables lorsque, dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en

fixant le droit aux prestations pour la période courante dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux (cf. art. 71 LPGA ; art. 85^{bis} RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Toutefois, même si l'assuré ne recourt que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure (ATF 125 V 413 consid. 2d précité).

c) Le litige porte en l'espèce sur le taux d'invalidité présenté par la recourante dès le 1^{er} février 2017, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité de travail résiduelle dès cette date.

Sont également comprises dans l'objet du litige les conclusions prises par la recourante pour la période s'étendant du 1^{er} novembre 2013 au 31 août 2014, tranchée par la décision du 21 avril 2017 relative aux arrérages de rente d'invalidité.

3. a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA.

b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une

maladie ou d'un accident
(art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

c) Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique malade - 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 devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

4. a) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1) ou la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4).

Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à

l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

b) Par ailleurs, de jurisprudence fédérale constante, une dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c et référence citée ; TF 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2 ; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; TFA I 758/01 du 5 novembre 2002 consid. 1.1).

5. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

6. a) Selon l'art. 16 LPGA, 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.

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidité. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

b) S'agissant du degré d'invalidité déterminé pour la période s'étendant du 1^{er} novembre 2013 au 31 août 2014, la recourante estime qu'un abattement à hauteur de 20% aurait dû être opéré par l'OAI. La recourante se prévaut en effet d'une aggravation de ses limitations fonctionnelles qui justifierait la prise en compte d'une déduction plus importante des salaires statistiques. Or, d'une part, ainsi que l'a relevé l'intimé, la prise en compte d'une capacité de travail de 50% tient d'ores et déjà compte des limitations fonctionnelles de la recourante, de sorte qu'un abattement de 10% paraît tout à fait adéquat eu égard à sa situation personnelle et son âge. D'autre part, la péjoration des limitations fonctionnelles à laquelle se réfère la recourante, telle que relatée par le SMR dans son avis du 17 novembre 2016, se rapporte à la période donnant lieu à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2017, et non pas à la période du 1^{er} novembre 2013 au 31 août 2014. Le degré

d'invalidité à compter du 1^{er} février 2017 n'ayant pas été fixé sur la base des salaires statistiques, mais compte tenu d'une capacité de travail de 50% dans toutes activités, un abattement n'entre pas en considération dans ce contexte. Les griefs formulés par la recourante sur cette question ne peuvent donc qu'être écartés.

7. a) S'agissant de la période débutant le 1^{er} février 2017, la recourante conteste la réduction de la rente entière d'invalidité à une demi-rente dès cette date sur la base du rapport d'expertise du Dr S._____, estimant que ce document ne peut se voir accorder pleine valeur probante. Elle s'appuie notamment sur les rapports subséquents du Prof. R._____ et du Dr T._____ pour conclure au maintien du versement d'une rente entière d'invalidité.

L'intimé considère de son côté que le rapport d'expertise du Dr S._____ est pleinement convaincant et qu'il y a lieu de suivre l'appréciation de la capacité de travail communiquée par celui-ci à hauteur de 50% dans toutes activités dès octobre 2016.

Il convient dès lors de confronter les rapports respectifs des Dr T._____.

b) A l'analyse du rapport du Dr S._____ du 24 octobre 2016, on peut relever, à l'instar du Dr T._____, que l'expert a pour l'essentiel relaté des constats purement factuels au jour de son expertise. Les diagnostics évoqués sont ainsi peu discutés - en particulier celui de trouble somatoforme douloureux pourtant retenu par le Dr P._____ - de même que l'évolution de la situation de la recourante. Les examens et rapports versés au dossier de l'intimé ne sont pas davantage analysés, l'expert s'étant limité à conclure sommairement à une amélioration de l'état de santé de la recourante. En termes de capacité de travail, estimée à 50% dans toutes activités, on peine à comprendre les éléments qui ont conduits le Dr S._____ à cette appréciation, étant donné les diagnostics pris en considération en définitive et le comportement de la recourante tel que relaté à la suite des deux entretiens d'expertise (cf. p. 15-16 du

rapport du 24 octobre 2016, où sont mentionnés des pleurs et des troubles de la mémoire par exemple). On ajoutera que le Dr S._____ ne s'est pas prononcé sur la consommation d'alcool de la recourante, voire sur une éventuelle dépendance, en dépit des troubles mnésiques observés par _____ le Prof. R._____. On ignore également les ressources dont dispose la recourante et les perspectives thérapeutiques. On peut ainsi conclure que le _____ rapport _____ d'expertise _____ du Dr S._____ reste insuffisamment pour statuer sur la capacité résiduelle de travail effective de la recourante, faute d'avoir examiné et pris en considération des éléments pourtant essentiels.

Quant au rapport du Dr T._____ du 15 juin 2017, ce document vient assurément renforcer les doutes suscités par l'expertise du Dr S._____, dans la mesure où les critiques formulées par ce médecin à cet égard sont justifiées à satisfaction (cf. p.6-8 du rapport concerné). Toutefois, le rapport de ce spécialiste ne saurait à lui seul permettre de se prononcer clairement sur la capacité de travail résiduelle de la recourante. On ignore en particulier si le Dr T._____ a eu connaissance de l'intégralité des pièces du dossier, tandis que l'anamnèse rapportée se confond pour l'essentiel avec les plaintes subjectives formulées par la recourante. En outre, ce spécialiste mentionne une rémission partielle du trouble dépressif et une amélioration globale de l'état de santé psychique de la recourante, sans décrire précisément les limitations fonctionnelles qui viendraient légitimer une incapacité totale de travail dans toutes activités. Il retient au demeurant expressément que l'ancienne activité est « la plus adaptée » dans le cas de la recourante. Par ailleurs, le diagnostic d'un syndrome de dépendance à l'alcool, posé pour la première fois in casu, n'est nullement discuté plus avant, de sorte qu'on ignore les critères pris en compte par le Dr T._____ pour le retenir. Enfin, on observe que ce praticien n'a pas analysé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux _____ posé _____ par _____ le Dr P._____, en dépit d'un entretien avec ce dernier et quand bien même le _____

Dr T._____ fait état « des douleurs dans tout le corps » au titre des plaintes formulées par la recourante (cf. p. 2 du rapport du 15 juin 2017).

En définitive, il n'est pas possible en l'état du dossier de se prononcer clairement sur les diagnostics psychiques devant être retenus dans le cas de la recourante, singulièrement s'agissant ceux de trouble somatoforme douloureux et de dépendance à l'alcool, et de déterminer avec suffisamment de certitude leur incidence sur la capacité résiduelle de travail de la recourante.

c) On peut par ailleurs constater que le dossier produit par l'intimé n'est plus documenté sur le plan rhumatologique depuis l'obtention du rapport établi par le Dr L._____ en date du 26 juillet 2013. On ignore ainsi quelle a été l'évolution de la situation de la recourante dans ce registre, en particulier si elle bénéficie toujours d'un suivi spécialisé et si sa capacité de travail a changé de ce point de vue. On rappellera pourtant que l'intimé a tenu compte de l'appréciation du Dr L._____, soit de son appréciation de la capacité de travail de la recourante, pour fixer le début du droit à la rente. Il lui appartenait dès lors d'actualiser les éléments médicaux d'ordre somatique avant de rendre la décision querellée.

8. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, 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 (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

9. En l'espèce, compte tenu des carences dont souffre le dossier, en particulier s'agissant du trouble somatoforme douloureux et de la dépendance à l'alcool, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur les droits de la recourante à compter du 1^{er} février 2017. On rappellera également que le volet rhumatologique n'a pas été actualisé par l'intimé depuis l'obtention du rapport du Dr L. _____ du 26 juillet 2013.

Selon la jurisprudence mentionnée sous considérant 8 supra, il incombe à l'intimé de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation médicale de la recourante. En particulier, il lui appartient d'actualiser les données médicales auprès de l'ensemble des médecins traitants et de procéder à l'instruction des éléments relevés ci-dessus par le biais d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique), permettant d'évaluer la capacité résiduelle de travail dont dispose la recourante et de définir précisément

les limitations fonctionnelles qui empêcheraient une reprise d'activité lucrative.

10. Vu ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision du 21 février 2017 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.

a) 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 de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge de l'intimé qui succombe.

b) En outre, représentée par un mandataire professionnel, la recourante peut prétendre une indemnité de dépens, fixée en l'occurrence à 2'500 fr. eu égard à la complexité de la procédure (art. 55 al. 1 LPA-VD et art 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** Les décisions, rendues les 21 février 2017 et 21 avril 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, sont annulées, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés 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 une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cent 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, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Claudio Venturelli, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :