

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 octobre 2017

Composition : M. NEU, président
Mmes Pasche et Dessaux, juges
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap,
Me Florence Bourqui, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI ; art. 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961, était employée par l'intermédiaire de P._____ SA depuis le 1^{er} mai 2001 pour différentes missions, en dernier lieu à 50 % environ, en qualité de « merchandiser » auprès de la société C._____ SA.

L'assurée est tombée dans les escaliers à son domicile le 16 septembre 2010 et s'est cassé le plateau tibial externe de la jambe droite, accident pour lequel la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents a servi des prestations de perte de gain. Selon un certificat médical du 28 février 2011, le travail pouvait être repris le 1^{er} mars 2011. Suite à un second accident survenu le 30 mars 2011, pris en charge par la société N._____ SA, accident lors duquel l'assurée a glissé sur le bord de sa baignoire occasionnant une fracture diaphysaire du 5^{ème} métatarse gauche, S._____ a été arrêtée à 100 % jusqu'à la mi-juin 2011, puis à partir du 17 juillet 2011 en raison d'une dépression.

En juin 2011, P._____ SA a résilié le contrat de travail de l'assurée pour le 31 juillet 2011.

Par courrier du 5 août 2011, la société N._____ SA a transmis un formulaire d'annonce de détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), estimant que l'incapacité de travail pourrait se prolonger.

Le rapport initial de l'OAI rédigé suite au premier entretien du 13 octobre 2011 mentionnait s'agissant des limitations fonctionnelles que l'assurée ne pouvait plus se mettre à genoux, mais qu'elle n'avait plus d'autre séquelle de ses deux accidents. Sous la rubrique traitement était notamment indiqué la prise d'antidépresseurs et de somnifères. Le rapport faisait également état des différentes expériences professionnelles de l'assurée, soit qu'elle avait travaillé au service hôtelier de l'hôpital de [...], mais aussi comme indépendante dans un commerce qu'elle exploitait

avec son mari durant cinq ans, ainsi que comme télévendeuse pour des produits cosmétiques. Il a enfin été précisé que l'assurée avait été invitée à déposer une demande de prestations à l'AI.

Dans sa demande du 31 octobre 2011, l'assurée a indiqué avoir travaillé à 50 %, son activité consistant à gérer les stocks et la mise en place auprès de C._____ SA. Elle a précisé son atteinte à la santé comme suit :

« Dépression suite à un congé donné par l'employeur ; Assez brutal suite à 2 accidents »

Selon un rapport médical du 15 août 2011 de la Dresse O._____, transmis par la société N._____ SA à l'OAI le 21 novembre 2011, l'assurée restait déprimée, mais ne manifestait plus d'idées suicidaires. La Dresse O._____ a également relevé que l'assurée retrouverait certainement une capacité de travail, mais que sa patiente n'était à ce moment-là pas en mesure de chercher un emploi. Dans un second document de la même date, la praticienne a encore exposé ce qui suit :

« [...] La patiente se présente avec un état dépressif important lié à son licenciement. Sentiment de révolte, perte de motivation, idée d'inutilité, de dévalorisation et pensées suicidaires avec élaboration d'un projet.
Diagnostic : Trouble dépressif modéré à important, lié à un licenciement.
Ceci a débuté fin juin 2011 [...]. »

Aux termes d'un rapport médical du 5 décembre 2011 adressé par la Dresse O._____ à l'OAI, un trouble dépressif modéré depuis juillet 2011 - ayant un effet sur la capacité de travail - a été diagnostiqué. Le rapport mentionnait aussi les éléments suivants :

« Constat médical : Patiente agitée, pleurant, exprimant des sentiments d'impuissance face à sa situation, une forte démotivation, des idées de suicide. Troubles du sommeil, anxiété. Pas de trouble du cours de la pensée.
Sa thymie est encore péjorée par l'aggravation de santé de sa mère qui vit au [...], par son inquiétude face à l'avenir financier de son

foyer, le mari touchant l'AI et les fils, bien que majeurs, vivant à la maison.

1.5

Le traitement consiste en un antidépresseur, un anxiolytique et un hypnotique, ainsi qu'en une psychothérapie de soutien.

[...]

1.7

Actuellement, la patiente est encore trop déprimée pour entreprendre quoi que ce soit, ne serait-ce qu'une recherche d'emploi. Trouble de la concentration, fatigabilité, démotivation, incapacité à affronter toutes les démarches administratives qui découlent de sa situation.

D'autre part, retrouver un emploi aurait un impact favorable sur son angoisse face à l'avenir.

1.8

Mme S. _____ pourrait exercer la même activité professionnelle une fois sa thymie améliorée.

1.9

Il est impossible de prévoir une date, l'atteinte de sa santé restant stationnaire. »

Enfin, la Dresse O. _____ a souligné que la capacité de concentration et d'adaptation de l'assurée, ainsi que sa résistance étaient limitées.

A la teneur de son rapport médical du 18 juin 2012, la Dresse O. _____, répondant aux questions de l'OAI, a indiqué qu'elle n'observait pas vraiment d'amélioration du trouble dépressif, que la capacité de travail, même dans une activité adaptée, était nulle et que la patiente avait une thymie très fluctuante et une perte de motivation. Le médecin a ajouté un retrait de la vie sociale et un épuisement psychique à titre de limitations fonctionnelles.

Selon le rapport médical du 11 juillet 2012, la Dresse L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué chez l'assurée - à titre d'atteinte ayant un effet sur la capacité de travail - un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, ainsi que des difficultés dans les rapports avec le conjoint. On extrait ce qui suit de ce rapport :

« Anamnèse (évolution chronologique, thérapie suivie à ce jour, symptômes actuels)

[...]

A 45 ans, son mari a eu un accident de travail lors duquel il s'est abimé l'épaule. Il n'a plus pu travailler, n'a pas eu droit à une invalidité, ni à une prothèse parce que trop jeune. Inactif à domicile, il n'a plus adressé la parole à sa femme pendant 2 ans. Il s'en est suivi un conflit conjugal à bas bruit avec des crises bruyantes de temps en temps. Cela a peu à peu miné le moral de la patiente.

Il y a 6 ans, sa mère a dû être soignée pour un cancer, puis a fait une attaque cérébrale qui l'a laissée paralysée. Elle a été admise en EMS et est décédée il y a quelques mois. Cela a beaucoup mobilisé la patiente, fille aînée, sollicitée par son père pour trouver les solutions.

Dans l'intervalle, elle a été soignée pour des troubles thyroïdiens et des problèmes de poids, a passé d'une grande maigreur à une obésité, en dépit de la pose d'un bypass.

En septembre 2010, elle s'est cassé le tibia suite à une chute dans les escaliers. Après un long arrêt, elle a repris son travail. En 2011, elle s'est cassé le petit orteil gauche, mais a continué son travail. La voyant boiter bas, son médecin l'envoie en consultation. Comme cela guérit mal, elle a dû être opérée. Elle a repris son emploi à 100 % au lieu des 50 % prescrits pour commencer. Trois semaines plus tard, elle a été licenciée à cause de ces deux absences. Pour elle, tout s'est effondré et elle a développé un état anxieux et dépressif de plus en plus important. Son médecin l'a mise sous antidépresseur et me l'a adressée.

Il y a quelques mois, elle a dû partir en urgence au [...] pour aider son père à organiser l'enterrement de sa mère et toutes les formalités.

Constat médical

Patiente bien orientée, collaborante, consciente de son état mais ne comprenant pas comment elle n'arrive pas à se remettre, à retrouver des forces. Elle se savait être le pilier de la famille et se sent toute faible et démunie. Elle se sent triste, déprimée, angoissée, a du mal à dormir, remue sans cesse des idées noires. Elle ne parle à personne de ce qu'elle ressent. Elle ne s'est jamais beaucoup exprimée, a toujours vécu plutôt pour les autres, sa famille, son travail. Maintenant, ses fils vont bientôt partir de la maison, bien qu'ils la soutiennent comme ils peuvent, son mari l'ignore, elle se sent transparente, et elle n'a plus d'activité professionnelle. Elle se sent vide. Lors des entretiens, par moments, elle ne sait pas que dire, se gêne, a honte de parler, pense que rien ne peut l'aider. Elle se sent mal dans son corps. Elle ne supporte plus l'attitude de son mari mais n'arrive pas à le quitter. Elle ne se reconnaît plus, aimerait redevenir active et n'y parvient pas.

Pronostic

Réservé. Le traitement antidépresseur a été changé espérant un meilleur effet. »

La Dresse L._____ a encore relevé des difficultés relationnelles (« *difficulté à s'exprimer* »), des difficultés dans la gestion des émotions (« *débordée* »), des difficultés à maintenir un rythme diurne/nocturne (« *insomnies - fatigue* »), une hypersensibilité au stress (« *anxiété et dépression* ») et une apparition périodique de phases de décompensation. La thérapeute a retenu des limitations dans la capacité de concentration/attention et dans l'adaptation au changement. Elle a estimé que des activités en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels, de l'endurance, une adaptation permanente, impliquant du stress ou des tâches complexes n'étaient plus possibles. La Dresse L._____ a ainsi conclu qu'aucune activité n'était possible « *pour l'instant* ».

A la teneur de l'avis médical du 30 août 2012 du Dr H._____, médecin du Service médical régional (ci-après : SMR), spécialiste en médecine interne générale, une intolérance au stress, des difficultés de gestion des émotions, une diminution des capacités de concentration, d'attention, d'adaptation au changement, des troubles du sommeil, ainsi que de la fatigue ont été constatés à titre de limitations fonctionnelles. Le médecin en a conclu que l'assurée ne présentait pas de limitation fonctionnelle somatique et que celles de nature psychiatrique ne devaient a priori pas empêcher une certaine capacité de travail. Le Dr H._____ a donc proposé, avant la mise sur pied d'un examen psychiatrique au SMR ou d'une expertise psychiatrique, la mise en route d'une mesure de réinsertion professionnelle.

Suite à cet avis du SMR, l'OAI a établi une note le 1^{er} novembre 2012 concernant la question d'une mesure de réinsertion professionnelle. Il en ressort ce qui suit :

« Selon les indications qui figurent sur l'avis SMR, nous avons proposé à l'assurée, une mesure de réinsertion professionnelle, au sein des ateliers des [...].

L'assurée a indiqué qu'elle ne se sent pas du tout apte à une telle mesure. Sa situation s'est encore dégradée ces derniers jours en raison de la perte de sa maman, de sa belle-maman et de problèmes

de couple. La semaine dernière elle a fait une crise et a cassé de nombreux objets dans sa maison.

Lors d'un entretien, ce jour, avec la Dresse L._____, psychiatre de l'assurée, cette dernière nous informait de la fragilité actuelle de l'assurée et de l'impossibilité d'organiser des mesures, y compris de réinsertion.

Dans le contexte ci-dessus, nous concluons que la situation est actuellement non stabilisée et proposons, comme indiqué dans l'avis SMR du 30.08.2012, de procéder à une expertise psychiatrique. »

Répondant à la demande de l'OAI, la Dresse L._____ a exposé dans son rapport médical du 7 mars 2013 que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était stationnaire. Selon ce rapport, la patiente se plaignait de fatigue, de troubles du sommeil, d'angoisses, de panique quand elle se trouvait au milieu des gens. La patiente avait de la peine à sortir, même avec des membres de la famille et avait des idées dépressives. La Dresse L._____ a énuméré, toujours à titre de plaintes de l'assurée, des pleurs, des oublis, une confusion dans la tête, une motivation pour rien et un mal-être dans tout le corps. L'assurée a été décrite comme toujours tendue, les larmes aux yeux, triste, paraissant fatiguée et abattue, ayant quelque fois de la peine à parler, coupée par l'émotion. Le traitement consistait en antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères, entretiens de soutien et un traitement thyroïdien. La thérapeute a estimé que la capacité de travail de l'intéressée était nulle, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. On extrait encore ce qui suit de ce rapport s'agissant des limitations fonctionnelles de l'assurée :

« Manque de concentration et d'attention pour une activité suivie, confusion par moments, fatigue, peine à se lever le matin parce qu'elle dort mal, crises d'anxiété quand elle se trouve au milieu des gens avec peine à respirer, palpitations, impression qu'elle va tomber,... débordée par ses émotions et ses angoisses. »

En date du 18 mars 2013, sur interpellation de l'OAI, la Dresse O._____ a exposé les éléments suivants :

« Ma patiente reste très fragile psychiquement, d'autant plus qu'elle doit encore affronter un divorce en ce moment. Plusieurs deuils en 2012 accentuent son trouble dépressif.

Elle décrit un manque de concentration avec incapacité à mener à terme une activité suivie, une grande irritabilité difficile à maîtriser, une fatigue surtout matinale.

Pour le moment, il n'est guère envisageable pour elle de se mettre en quête d'un nouvel emploi, cette seule tâche lui paraissant insurmontable quelle que soit l'activité – son métier ou une activité adaptée – ceci ne pourra se faire qu'avec une reprise très progressive tenant compte de ses limitations psychiques. »

Par avis médical du 15 mai 2013 du SMR, il a été proposé qu'une expertise psychiatrique soit mise en œuvre.

B. Selon le rapport d'expertise du 23 janvier 2014 du Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : épisode dépressif majeur récurrent, actuellement de gravité moyenne, et personnalité avec fonctionnement du registre co-dépendant, avec des traits abandonniques, décompensée. Sous le titre « *CAPACITÉ DE TRAVAIL* », le Dr M._____ a retenu ce qui suit :

« Pour l'heure, nous ne pouvons que confirmer l'incapacité de travail supérieure à 70 %, depuis le 18.07.2011.

[...]

Mme S._____ est en mesure d'assumer un certain nombre d'activités particulières et de se mobiliser pour s'occuper de son fils. Bien entendu, tant la procédure de séparation en cours que les problèmes de santé de son fils, représentent des éléments de surcharge importante dans les mois à venir.

Au vu de l'évolution légèrement favorable, nous suggérons de réévaluer cette situation en avril 2014 au plus tard. [...] »

Le médecin a par ailleurs relevé que sur le plan physique, s'agissant des limitations en relation avec les troubles constatés, l'assurée se plaignait de fatigabilité et de problèmes d'attention ; sur le plan psychique et mental, d'un manque de motivation, d'entrain, de la tristesse, des ruminations et des troubles de la concentration. Il a indiqué une incapacité de travail complète dès le 18 juillet 2011 et qu'en raison de ses troubles psychiques, l'assurée n'était pas capable de s'adapter à son environnement professionnel. Le Dr M._____ a ajouté qu'une fois l'état psychique stabilisé, l'assurée pourrait reprendre son activité antérieure.

Aux termes du rapport du 25 avril 2014 de la Dresse L._____, il ressort - outre les éléments déjà évoqués dans de précédents rapports - que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était stationnaire et que sa capacité de travail, dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, restait nulle. La thérapeute a encore précisé que l'état de santé de l'assurée avait été aggravé en 2013 lors de l'apparition de la maladie de son fils (maladie de Hodgkin).

A la demande de l'OAI, le Dr M._____ a réalisé un complément d'expertise et rendu un rapport le 31 juillet 2015. Le diagnostic - ayant une répercussion sur la capacité de travail - d'épisode dépressif majeur récurrent, de gravité légère à moyenne a été posé. Pour ce qui est de l'appréciation diagnostique, le praticien a mentionné ce qui suit :

« [...]

Dans le cas présent, on peut vraisemblablement retenir un des items cardinaux de l'épisode dépressif, à savoir la fatigue anormale, un léger manque de motivation, un léger manque d'intérêt, et surtout une légère réduction d'énergie et une augmentation de la fatigabilité moins prépondérante qu'en 2013, sachant qu'il y a peu d'arguments pour admettre que ces symptômes sont bel et bien présents la plupart du temps tous les jours, et maintenant depuis plusieurs mois. La perte de l'intérêt et du plaisir ne peut pas être retenue, sachant qu'elle n'a pas la constance requise pour l'être. Mme S._____ réfute d'elle-même la permanence de ce symptôme avec des activités, notamment sa vie affective, sociale, ses relations avec ses fils, qui lui apportent encore et toujours un certain plaisir.

Pour le reste, Mme S._____ se plaint de troubles du sommeil et surtout de multiples plaintes somatiques mal systématisables.

On retient aussi des difficultés de sommeil, variation du poids, il n'y a pas d'idée suicidaire récurrente scénarisée, ni une culpabilité pathologique, face au divorce, aux soucis de santé de son fils. Les plaintes sont en légère discordance parfois avec la présentation, chez une assurée qui est assez tonique, volubile, et lorsqu'on évoque le travail, est assez plaintive, auto-centrée, et qui émet énormément de réticence, avec une mise en échec de tous les possibles.

Le soussigné cherche minutieusement un éventuel symptôme psychotique associé à ce tableau dépressif que l'on ne retrouve pas, qui n'est d'ailleurs jamais mentionné dans ce dossier. Au vu de ce qui précède, on peut poser le diagnostic de trouble dépressif

récurrent, épisode actuellement – léger – tout au plus, étant entendu que les épisodes dépressifs ont souvent une légère variabilité.

La recherche d'autre pathologie psychiatrique n'a pas été contributive.

On retient un fonctionnement de singulière personnalité, où prédomine[nt] les clivages, l'idéalisation primitive, éléments qui s'inscrivent dans le registre d'une personnalité, comme nous l'avions vu, avec des traits probablement du registre abandonnique (limite), actuellement non décompensé. »

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, le Dr M. _____ a relevé qu'au vu de la fatigabilité, certainement aussi des préoccupations vis-à-vis de son fils, l'assurée n'était probablement pas capable de tenir son activité à plein temps, en tant que démonstratrice ou dans une autre activité habituelle. Le médecin a estimé que dans une activité plus simple, ou adaptée à ses limitations somatiques objectives, elle devait être, au plus tard le 1^{er} avril 2015, en mesure de travailler à 50 %.

Selon le rapport du 14 août 2015 du SMR, la Dresse K. _____, spécialiste en chirurgie, a indiqué adhérer aux conclusions de l'expertise, jugée complète, détaillée et convaincante.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a mené une enquête économique sur le ménage afin de déterminer les empêchements de l'assurée. Il résulte de ladite enquête du 16 octobre 2015 les observations et conclusions suivantes :

« L'enquête a eu lieu au domicile de l'assurée, en présence de son fils en dernière partie d'entretien. Elle était épuisée et peinait à retrouver les dates ; elle a pleuré à l'évocation de la souffrance de son fils, de son licenciement, de son divorce.

A la question du statut, l'assurée avait mentionné un 50% sur le 531 bis, peinant à se prononcer sans atteinte à la santé et se basant sur le taux occupé antérieurement. Toutefois, la famille dépendait du RI depuis 2006. Dès 2004, l'assurée a démontré la volonté de travailler à haut pourcentage pour s'en sortir financièrement, cumulant plusieurs emplois, pour assumer ses charges puis éviter de dépendre du RI. Ses fils participant au loyer et l'assurée ayant la volonté de s'occuper de son fils cadet, nous admettrons un statut d'active à 80% de longue date pour sortir de la dépendance du RI et pouvoir malgré tout être présente pour son fils, ce même avant la séparation d'avec son mari effective depuis 07.2013.

A la question des empêchements, l'assurée n'a pas eu de modifications dans la gestion de son ménage quant aux dates d'IT définies par le SMR, y compris depuis 04.2015. Elle nous a décrit les tâches idem depuis le début de l'atteinte. La cotation des empêchements est donc valable depuis le début de l'atteinte, sans modification depuis.

A ce jour, elle se sent peu bien, ne voyant rien de positif dans sa vie et une sorte d'acharnement contre elle.

Statut retenu : 80% active - 20% ménagère. »

C. En date du 6 janvier 2016, l'OAI a rendu un projet de décision prévoyant le droit à une rente entière d'invalidité (degré : 83 %) à partir du 1^{er} juillet 2012 jusqu'au 30 juin 2015. On extrait du projet la motivation qui suit :

« En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, CHF 4'112.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA1; niveau de compétence 1).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'286.76 (CHF 4112 x 41,7 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'441.12.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2013 (+0.7%/+0.8%/+0.8%); La Vie économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'633.34 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 50%, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 26'316.67 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc).

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles et de votre âge, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 23'685.00.

Sans atteinte à la santé, vous auriez pu prétendre en 2015 à un salaire annuel de CHF 42'106.67 (source : ESS enquête sur la structure des salaires en Suisse).

A l'échéance du délai de carence, soit en juillet 2012, votre incapacité de travail était de 100% dans toute activité, le droit à la rente est donc ouvert selon le calcul ci-dessous :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80%	100.00%	80.00%
Ménagère	20%	16.70%	<u>3.34%</u>

Degré d'invalidité 83.34%

A partir d'avril 2015, votre capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée, la rente sera supprimée au 30 juin 2015, conformément à l'article 88a al. 1 RAI précité :

Comparaison des revenus :

sans invalidité CHF 42'106.67

avec invalidité CHF 23'685.00

La perte de gain s'élève à CHF 18'421.67 = un degré d'invalidité de 43.75%

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	80%	43.75%	35.00%
Ménagère	20%	16.70%	<u>3.34%</u>

Degré d'invalidité 38.34%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvre plus le droit à une rente. »

A la demande de l'assurée, l'OAI a prolongé, par courrier du 8 février 2016, le délai de contestation du projet au 4 mars 2016.

Par écrit du 15 février 2016, l'assurée, assistée de l'association Inclusion Handicap, plus précisément de Me Florence Bourqui, a contesté le projet précité, les conclusions du Dr M. _____ étant contredites selon elle par la Dresse L. _____. Elle en a conclu qu'une nouvelle expertise était nécessaire vu le désaccord important entre les médecins tant sur le diagnostic et le traitement opportun que sur l'évaluation de la capacité de travail. L'assurée a notamment joint à son envoi un rapport du 2 février 2016 de la Dresse L. _____. Le contenu de ce document est le suivant :

« [...] Je la [l'assurée] suis depuis février 2012 et j'ai pu constater qu'elle ne retrouvait pas une pleine capacité de travail pour plusieurs raisons. Tout d'abord en raison de plusieurs événements de vie intercurrents qui l'ont amenée à un état anxieux et dépressif majeur, trouble qui est encore d'actualité. Ensuite, en raison de problèmes somatiques très importants apparemment impossibles à équilibrer.

Madame S._____ est toujours tendue, anxieuse, dépressive, souffrant de troubles du sommeil, de difficultés hormonales, métaboliques et alimentaires. De ce fait, elle présente une fatigue persistante, des attaques de panique dans la foule, les magasins,... Souvent, elle est confuse, a des problèmes de concentration et de mémoire, de la peine à gérer les émotions et le stress.

Je la considère actuellement en incapacité de travail à 100 % physiquement et psychiquement, en complet désaccord avec l'expertise de Dr M._____ [...] »

Par avis médical du 21 mars 2016, la Dresse K._____ a confirmé la position exprimée par le SMR dans son rapport du 14 août 2015. Elle a indiqué que la décision avait été basée sur le rapport d'expertise qui remplissait les critères permettant de lui confier une valeur probante (pleine connaissance du dossier, prise en considération des plaintes, étude fouillée des points litigieux importants, examen complet, conclusions bien motivées). La Dresse K._____ a également considéré que le rapport du 2 février 2016 de la Dresse L._____ n'apportait pas d'éléments nouveaux permettant de s'écarter de l'expertise.

Le 29 mars 2016, l'OAI a informé l'assurée que sa contestation n'apportait aucun élément susceptible de modifier la position de l'Office. Pour le surplus, l'OAI s'est référé à l'avis du 21 mars 2016 du SMR.

Par décision du 2 août 2016, l'OAI a donc confirmé le projet du 6 janvier 2016 et arrêté la rente ordinaire mensuelle due à l'assurée comme suit :

- Du 1^{er} juillet 2012 au 31 décembre 2012 : 1'643 francs ;
- Du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2014 : 1'657 francs ;
- Du 1^{er} janvier 2015 au 30 juin 2015 : 1'664 francs.

D. S._____, agissant par l'intermédiaire de Me Florence Bourqui, a recouru le 31 août 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de l'OAI du 2 août 2016, concluant à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière lui soit octroyée au-delà du 30 juin 2015 ; subsidiairement à son renvoi à l'intimé pour clarification de sa capacité de travail et de gain. En substance, la recourante reproche à l'OAI d'avoir accordé une pleine valeur probante au second rapport du 31 juillet 2015 du Dr M. _____ dont elle estime que les conclusions - tendant à une capacité de travail de 50 % - sont contradictoires avec le constat d'un état de santé inchangé. La recourante considère également que dites conclusions - contestées par la Dresse L. _____ - sont peu claires et fondées sur le seul argument qu'elle aurait eu une relation sentimentale durant dix-huit mois. S._____ invoque encore que l'intimé aurait dû examiner les conclusions du complément d'expertise avec plus de prudence et de retenue vu le litige porté par la Dresse L. _____ devant la Commission de déontologie contre le Dr M. _____ suite à leur échange de correspondances des 30 avril et 11 juin 2015. Subsidiairement, la recourante critique la manière dont l'intimé a calculé son taux d'invalidité, estimant que l'Office ne pouvait pas simplement renvoyer à une activité dans l'industrie légère (opératrice de conditionnement, conditionnement léger, opératrice de production), sans expliquer en quoi des activités plus simples au niveau psychologique existeraient sur le marché du travail et seraient adaptées aux capacités réelles de la recourante, ce qui ne serait pas le cas selon elle.

Le 31 août 2016 également, la recourante a déposé une demande tendant à l'octroi de l'assistance judiciaire, requête à laquelle il a été fait droit par décision du juge instructeur du 6 septembre 2016, l'assistance judiciaire étant accordée à la recourante avec effet au 31 août 2016 et Me Florence Bourqui étant désignée en qualité d'avocate d'office.

Dans sa réponse du 6 octobre 2016, l'intimé a principalement souligné le fait que le complément d'expertise du 31 juillet 2015 prenait en considération plusieurs éléments pour conclure à une amélioration de l'état de la recourante, soit notamment le fait que le divorce de

l'intéressée serait bientôt mené à terme, que le fils cadet de la recourante avait bénéficié d'une greffe en novembre 2014, que la recourante réalisait la plupart des tâches ménagères et menait une vie sociale, son sommeil s'étant aussi amélioré. L'intimé a donc confirmé la valeur probante du rapport du 31 juillet 2015. S'agissant de l'activité dans l'industrie légère, l'Office a relevé que dite industrie disposait d'un panel d'activités large et varié adapté à l'état de santé de la recourante.

Par réplique du 19 octobre 2016, la recourante a réitéré ses critiques relatives à la prise en considération du complément d'expertise du 31 juillet 2015 et au fait que les rapports de la Dresse L. _____ avaient en revanche été ignorés. Subsidiairement pour ce qui est du calcul du salaire exigible, la recourante a allégué que l'intimé n'avait pas adéquatement examiné la question des postes adaptés pour la recourante, en particulier s'agissant des emplois d'opératrice de production qui nécessitaient des compétences spécialisées, une rigueur et une capacité de concentration peu compatibles – selon la recourante – avec ses limitations fonctionnelles. A l'appui de sa réplique, la recourante a produit différentes offres d'emploi en tant qu'opératrice de production, ainsi qu'un rapport de la Dresse L. _____ du 12 septembre 2016, ayant la teneur suivante :

« Ma patiente susnommée est suivie à ma consultation depuis le 08 février 2012.

A cette époque, les diagnostics que j'avais retenus étaient :

Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique : F 33.11.

Hypothyroïdie instable malgré un suivi spécialisé et les traitements adéquats.

Troubles alimentaires et Bypass. Obésité.

Les critères qui m'ont permis de poser le diagnostic de Trouble dépressif récurrent de sévérité moyenne avec syndrome somatique étaient,

selon la CIM 10 : survenue répétées d'épisodes dépressifs moyens, en l'absence d'antécédents évoquant une manie, avec les symptômes suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, augmentation de la fatigabilité, ainsi que diminution de la concentration et de l'attention, diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, idées de dévalorisation, pessimisme face à l'avenir, idées de mort, perturbation du sommeil, diminution de l'appétit.

Ces symptômes interféraient de façon significative avec sa vie personnelle et sociale et étaient présents en permanence.

Tous ces critères parlaient pour un degré « moyen » et non pas « léger à moyen » comme Dr M. _____ l'a consigné dans son expertise.

En ce [qui] concerne l'étiologie des états dépressifs chez Madame S. _____, j'ai d'abord noté des facteurs de risque biologiques et somatiques : l'hypothyroïdie est très souvent responsable de dépressions, et l'instabilité hormonale, qui demande des ajustements permanents des médicaments, renforce le trouble thymique. L'hypothyroïdie rend également plus complexe l'amélioration des troubles alimentaires et, de ce fait, malgré le cerclage, puis le Bypass, l'obésité devient difficile à accepter, donnant une mauvaise image de soi.

Je relève au passage que Madame S. _____ a suivi les entretiens et pris ses médicaments très régulièrement. Malgré cela et différents aménagements thérapeutiques, son état dépressif ne s'est pas amélioré.

Ensuite, du fait que, selon la CIM 10 encore, les épisodes dépressifs, quel que soit leur degré de sévérité, sont souvent déclenchés par des événements stressants, et qu'ils peuvent évoluer vers une dépression persistante, j'ai relevé que la vie de ma patiente n'en a pas manqué et qu'il n'a plus existé d'intervalle euthymique.

En effet, les événements d'importance majeure intervenus dans sa vie n'ont pu que la maintenir dans la dépression.

Après la faillite du commerce qu'elle tenait avec son mari, et relativement peu de temps après, elle doit demander la séparation conjugale pour un motif grave.

Sur ces entrefaites, en 2013, on a diagnostiqué chez son fils cadet, qui vivait encore avec elle, une maladie de Hodgkin. Elle l'a soutenu et accompagné du mieux possible pendant deux années, seule, sachant que le père s'en désintéressait.

Actuellement, ce fils est en rémission, quoique encore porteur d'une tumeur inerte, et tous les risques ne sont pas écartés.

Donc, en mai 2014, les mêmes diagnostics pouvaient être gardés, avec même une certaine aggravation sur épuisement psychique et physique.

Dès octobre 2014, on peut y ajouter celui de Troubles du sommeil avec syndrome d'hypopnées et manque de sommeil paradoxal, problème qui explique aussi les difficultés pour la patiente de trouver les forces pour sortir de la dépression. Un traitement positionnel n'a pas donné d'amélioration si bien qu'un appareil Cpap [Continuous Positive Airway Pressure] est mis en place.

En 2015, Madame S. _____ doit faire face à l'apparition et à l'aggravation d'une démence chez son père. Avec sa sœur, elle doit mettre en place l'hospitalisation, puis le placement, de son père, sachant que la distance Suisse-[...] ne facilite pas les démarches.

Au début de l'été 2016, elle apprend que sa sœur, son appui le plus proche, présente une tumeur cancéreuse à un rein et qu'elle doit être opérée en août. Ce qui a été fait.

Ces événements familiaux nouveaux ont accentué les angoisses dont elle souffrait déjà. Peu à peu, elle est devenue plus dépressive, anxieuse, avec des troubles du sommeil importants, une fatigue de plus en plus grande, des moments de confusion, de troubles de la concentration et de l'attention, une intolérance aux stress et aux émotions, des attaques de panique, une tendance à s'isoler dès qu'elle le peut, à fuir les bruits et les gens en-dehors des siens, des envies de mourir pour oublier ces épreuves.

De façon tout à fait appropriée, elle a accepté un séjour de quelques semaines dans une structure psychiatrique. Elle y est entrée le 06 septembre 2016. Le traitement sera si nécessaire revu et éventuellement changé ou adapté.

Ainsi, actuellement, je peux poser le diagnostic de : Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques : F 33.2, avec évolution vers une Dépression persistante étant donné qu'il n'y a plus de moments où la thymie s'améliore.

A sa sortie Madame S._____ a l'intention de poursuivre la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique à mon cabinet. »

Dupliquant le 14 novembre 2016, l'intimé a maintenu sa position et renvoyé à sa précédente écriture.

Par courrier du 30 novembre 2016, la recourante a encore indiqué n'avoir rien à ajouter à la teneur de ses précédentes écritures et maintenir ses explications et conclusions.

E. Après consultation des parties, une expertise judiciaire a été mise en œuvre, confiée au Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a rendu son rapport d'expertise le 26 juin 2017. Il en ressort en substance ce qui suit :

« Appréciation diagnostique

[...]

L'assurée présente par contre des manifestations somatiques d'anxiété. Il s'agit essentiellement d'un sentiment d'oppression thoracique, d'une moiteur de la peau et d'une moiteur des mains en particulier et de sensations vertigineuses.

Ces manifestations n'ont pas de caractère paroxystique et durent bien au-delà de la vingtaine de minutes. Il ne s'agit pas d'attaques de panique.

Mme S. _____ évite par contre les situations de foule et de confinement. Elle dit qu'elle ne prend pas les transports publics lorsqu'il y a beaucoup de monde. Elle n'irait pas dans les magasins aux heures de pointe. Elle éviterait les rues où il y a foule. Elle aurait des difficultés à partir seule loin de chez elle. Elle peut cependant s'exposer à certaines de ces situations phobogènes lorsqu'elle est accompagnée d'une "personne sûre" et de sa sœur en particulier, ce qui est très typique de ce genre de trouble.

Au vu de ce qui précède, le soussigné pose un diagnostic de *trouble agoraphobique sans antécédents de trouble panique*, conformément à ce que préconisent les ouvrages diagnostiques de référence dans un tel cas.

[...]

Dans le cas présent, l'intéressée rapporte des conduites d'évitement de situations sociales. Elle craint de devoir agir ou parler en public. Elle dit qu'elle ne supporte que difficilement la critique. Elle a des difficultés face à des supérieurs ou à toute personne exerçant une autorité. Elle est mal à l'aise lorsqu'elle est regardée ou dévisagée. Elle n'accepte pas volontiers les invitations où il y a des personnes qu'elle ne connaît pas.

Au vu de ce qui précède, le soussigné retient un *trouble phobie sociale*, conformément à ce que préconisent les ouvrages diagnostiques de référence dans un tel cas.

[...]

Dans le cas présent, on retrouve les symptômes cardinaux d'un épisode dépressif à savoir la tristesse et la fatigue anormales ainsi que la perte d'intérêt et du plaisir, la plupart du temps, tous les jours et maintenant depuis plusieurs mois, tout en soulignant que la recherche de la symptomatologie dépressive est tout de même inductible de celle-ci.

Par ailleurs, l'assurée rapporte une diminution de l'estime de soi et des idées suicidaires récurrentes. Elle dit avoir des difficultés à penser, à se concentrer et des problèmes de mémoire. Elle rapporte des troubles du sommeil importants. L'appétit passe par contre par des hauts et des bas avec des variations de poids en conséquence.

Les plaintes "subjectives" [s']avèrent cependant plus importantes que ce qui est constaté de façon objective en consultation.

L'assurée peut être triste et occasionnellement proche des larmes en séance.

Elle garde bien le focus de l'entretien et peut réagir de façon alerte. Elle n'est pas ralentie. Le débit verbal reste normal. Le soussigné n'a jamais constaté de troubles attentionnels ni de troubles mnésiques lors des deux consultations d'expertise. Si la présentation de Mme

S. _____ est celle d'une personne déprimée, elle n'est pas celle d'une personne sévèrement déprimée.

Au vu de ce qui précède, le soussigné retient un épisode dépressif. Il le qualifie de *moyen*, conformément aux réquisits de la CIM-10 sur ce point, dans la mesure où il ne peut pas retenir tous les symptômes dépressifs allégués par l'intéressée. Ce degré de gravité est d'ailleurs corroboré par le score de l'échelle d'évaluation de la dépression du 29.05.2017.

[...]

Le tableau actuel dure vraisemblablement depuis plus de deux ans. L'épisode dépressif doit dès lors être qualifié de *chronique*, comme le préconise le DSM-IV-TR dans un tel cas.

[...]

Cohérence

[...]

Le soussigné retient néanmoins la position psychologique d'une personne qui, depuis un licenciement qu'elle dit brutal, s'est installée dans un profond sentiment d'injustice et vraisemblablement dans la conviction d'avoir droit à une sorte de réparation de la part des institutions.

Cette position psychologique peut contribuer à la majoration des symptômes dépressifs et alimenter un comportement de malade qui sort partiellement du champ médical, sans qu'on doive parler de simulation stricto sensu.

[...]

Ressources et limitations

[...]

On peut admettre que l'intéressée pourrait avoir des difficultés à s'adapter aux règles et aux routines d'une activité professionnelle, en raison des limitations liées aux troubles anxieux et dépressifs. Cette limitation s'imposerait de façon importante si l'intéressée était sursollicitée.

Mme S. _____ a toutefois pu gérer correctement le processus d'expertise. Elle est venue à l'heure aux deux rendez-vous. Elle a mis en place ce qui devait l'être pour se déplacer d'[...] à [...], malgré ses troubles phobiques. Elle n'a eu aucune plainte au sujet de ces déplacements. C'est à la demande du soussigné qu'elle dit qu'elle n'aurait pas pu voyager seule.

En l'état, il n'y a guère de motifs à affirmer que l'intéressée ne serait pas capable de faire usage de ses compétences professionnelles spécifiques, si elle travaillait à temps partiel. Le soussigné n'a pas constaté de troubles attentionnels et mnésiques, en particulier. Elle pourrait par contre avoir des difficultés à planifier et à structurer ses

tâches. Sa capacité d'analyser une situation et de prendre des décisions pertinentes en conséquence pourrait aussi être diminuée.

L'intéressée est certainement moins endurante que tout un chacun. Il pourrait s'agir de sa limitation principale, même si le soussigné n'a pas constaté de fatigabilité lors des deux consultations d'expertise. Il devrait par contre en être autrement après plusieurs heures de travail.

Mme S. _____ s'affirme enfin correctement malgré le tableau phobique et dépressif. Rien n'indique qu'elle ait de sévères problèmes dans ses relations interpersonnelles et qu'elle aurait des difficultés pour ce motif dans son activité professionnelle.

L'assurée conserve par ailleurs des activités de loisir. Elle est apte à se déplacer sous certaines conditions. Elle est totalement autonome pour ses activités de la vie quotidienne, son hygiène et ses soins corporels.

Capacité/incapacité de travail

En ne tenant compte que de ce qui est strictement médical, le soussigné considère qu'on doit admettre une incapacité de travail psychiatrique dans ce cas mais certainement pas une incapacité de travail de 100 % sur la durée.

[...]

Le soussigné considère qu'on peut admettre que les troubles psychiques de l'intéressée aient été plus graves au départ et qu'ils aient justifié une incapacité de travail de 100 % du 18.07.2011 au 30.06.2015.

Depuis le mois de juillet 2015, le soussigné estime que l'incapacité de travail psychiatrique de Mme S. _____ est de 60 % d'un 100 %, quelle que soit la profession qui lui serait proposée.

Pour l'expert, il est raisonnablement exigible de cette personne qu'elle exerce son activité professionnelle antérieure ou toute autre activité similaire à un taux de 40 %. Le soussigné n'a pas d'activité adaptée à proposer dans ce cas.

Cette incapacité de travail psychiatrique de 60 % d'un 100 % pourrait être fixée pour une longue durée.

Synthèse et conclusion

[...]

Actuellement le traitement est adéquat tant en qualité qu'en quantité pour une situation qui s'est chronifiée et pour laquelle l'expert ne s'attend plus à des changements majeurs.

Le soussigné n'est par ailleurs pas persuadé qu'on ait dû ou qu'on doive attendre quoi que ce soit de spectaculaire d'une modification de la médication psychotrope pour une situation clinique qui est aussi tributaire de facteurs non médicaux.

Sur le plan psychiatrique, le soussigné n'a pas de propositions à formuler en termes d'activité adaptée telle qu'elle augmenterait la capacité de travail de l'intéressée.

Des mesures professionnelles n'ont pas de sens chez une personne qui ne se projette plus dans le monde ordinaire du travail.

Le pronostic est réservé. Il est peu probable que Mme S. _____ évolue vers une rémission durable de ses troubles psychiques. »

Se déterminant le 10 juillet 2017 sur cette expertise, la recourante, sous la plume de son conseil, a indiqué ne pas avoir de remarques particulières à formuler.

Par acte du 11 juillet 2017, l'intimé a déclaré adhérer aux observations du rapport d'expertise judiciaire, n'ayant pas de motifs pertinents pour s'en écarter. L'Office a transmis avec son envoi un avis médical du SMR du 7 juillet 2017, fondant sa prise de position.

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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20], identique dans sa teneur au 1^{er} janvier 2014). 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 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (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 (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le refus de l'OAI d'octroyer une rente d'invalidité à la recourante au-delà du 30 juin 2015.

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 (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 (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Ne sont pas considérées comme les conséquences d'un état psychique pathologique et ne sont dès lors pas prises en considération par l'assurance-invalidité les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait éviter en exerçant une activité suffisante s'il faisait preuve de toute sa bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 phr. 2 LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c *in fine* et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, 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 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

b) L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

Aux termes de l'art. 29 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1) ; la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

c) Aux termes 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.

Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – 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. En outre, les renseignements médicaux fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). 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 exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 *in fine* et I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

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 citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1).

4. a) En l'occurrence, sur le plan médical, la décision attaquée se fonde sur le rapport d'expertise que le Dr M. _____ a établi le 23 janvier 2014, ainsi que sur le complément du 31 juillet 2015, et dont les conclusions ont été reprises par le SMR dans son rapport du 14 août 2015. Le complément d'expertise retient une atteinte invalidante sur le plan

psychiatrique à 100 % jusqu'au 30 juin 2015, puis une atteinte à 50 % à partir de cette date, ce que la recourante conteste.

b) La recourante estime en substance que le Dr M. _____ n'a pas tenu compte du fait que son état de santé n'avait en réalité pas changé et que le seul élément qui avait amené le médecin à retenir une amélioration de la situation, et par conséquent une capacité de travail à 50 % dès le 1^{er} juillet 2015, était une relation sentimentale durant dix-huit mois. La recourante reproche également un examen insuffisant, ce qui expliquerait que les conclusions du Dr M. _____ ne soient pas en adéquation avec celles de la psychiatre traitante ayant retenu un trouble dépressif récurrent, qualifié de moyen.

c) Comme l'a admis le Dr M. _____, la situation de la recourante n'était pas stabilisée début 2014 (rapport d'expertise du 23 janvier 2014, p. 20). Ce praticien retenait une légère amélioration, mais invoquait également des « *éléments de surcharge importante dans les mois à venir* » (rapport précité, p. 17). Il a néanmoins estimé qu'une fois l'état psychique stabilisé, la recourante « *pourra reprendre son activité antérieure* » (rapport d'expertise du 23 janvier 2014, p. 20). Le diagnostic retenu était notamment un trouble dépressif récurrent, de gravité moyenne (p. 14).

Or, dans le complément du 31 juillet 2015 (p. 19), le Dr M. _____ a retenu une capacité de travail à 50 % - cette fois-ci dans toute activité médico-théorique adaptée aux éventuelles limitations somatiques dès le 1^{er} avril 2015 au plus tard -, alors que les limitations fonctionnelles, soit une certaine fatigabilité et des facteurs de fragilisation importants (complément d'expertise du 31 juillet 2015, p. 17), existaient déjà au moment du premier examen (rapport d'expertise du 23 janvier 2014, p. 19). On note que le diagnostic posé par le médecin dans son complément d'expertise (p. 16) était un trouble dépressif récurrent, avec épisode léger (à moyen). Au vu de ces éléments divergents et des différents rapports de la Dresse L. _____, une expertise judiciaire a été mise en œuvre.

d) Le Dr R. _____ a conclu dans son expertise judiciaire du 26 juin 2017 à une capacité de travail de 40 % dans l'activité professionnelle antérieure ou toute autre activité similaire, soit à une incapacité de travail psychiatrique de 60 % sur 100 % quelle que soit la profession exercée. En l'occurrence, il n'y a pas de raison de douter de la valeur probante de dite expertise judiciaire tant qu'aucun indice concret et sérieux ne le permette (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Du reste, l'OAI, avec le SMR, ont déclaré se rallier aux observations de l'expertise judiciaire (avis médical du 7 juillet 2017 et déterminations du 11 juillet 2017). La recourante a pour sa part indiqué ne pas avoir de remarques particulières à formuler (courrier du 10 juillet 2017).

La Cour de céans constate quant à elle que tous les éléments constitutifs d'une expertise probante ont été traités de manière appropriée dans le cadre de l'expertise judiciaire. A cet égard, il convient de relever que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur un examen complet, prend également en considération les plaintes exprimées par l'assurée et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que sont dûment motivées les conclusions de l'expert. Ce dernier a également posé des diagnostics en s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (consid. 3a *supra*) et a examiné les différentes interactions des diagnostics entre eux, ainsi que des diagnostics différentiels. Il a donné une argumentation précise des diagnostics retenus et a expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il se distancie des conclusions tant de la Dresse L. _____ que du Dr M. _____ (rapport d'expertise du 26 juin 2017, p. 19).

Dans ces circonstances, en l'absence de critique concrète ou fondée, on ne saurait s'écarter des conclusions du Dr R. _____.

e) A l'aune de ce qui précède, il convient de retenir avec le Dr R. _____ que la recourante présente une capacité de travail nulle dans

toute activité du 18 juillet 2011 au 30 juin 2015, puis une capacité de travail de 40 % d'un 100 % à partir du 1^{er} juillet 2015 dans l'activité professionnelle antérieure ou tout autre activité similaire.

Reste à examiner si le droit à une rente est ouvert après le 1^{er} juillet 2015 vu le taux de capacité de 40 %, différent de celui de 50 % retenu dans la décision attaquée.

5. Sur le plan économique, la recourante conteste le calcul de son taux d'invalidité, singulièrement la référence faite par l'intimé à une activité dans l'industrie légère.

a) D'emblée, il convient de relever que l'analyse de ces questions s'avère en l'espèce dénuée de pertinence. En effet, l'expertise judiciaire du 26 juin 2017 retient, depuis le 1^{er} juillet 2015, une capacité résiduelle de travail de 40% dans l'activité habituelle, considérée comme adaptée à l'état de santé de la recourante (consid. 4e *supra*). Or, dans de telles circonstances, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail (TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6) et doit donc être arrêté à 60% dans le cas particulier. La critique de la recourante relative à une activité dans l'industrie légère devient également sans objet vu la capacité de travail de 40 % dans l'activité habituelle.

Cela étant, il y a lieu de pondérer ce taux au vu de l'enquête économique réalisée le 16 octobre 2015, contre laquelle la recourante n'a fait valoir aucun grief.

b) Selon ladite enquête, sur la part ménagère de 20 %, l'empêchement de 16.7 % donne un degré d'invalidité de 3.34 %.

Il s'ensuivra un taux d'invalidité total de 51.34 % (à savoir 3.34 % pour la part ménagère [20% x 16.7%] et 48 % pour la part active [80 % x 60 %]), permettant à l'assurée de prétendre à une demi-rente.

6. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'assurée a droit à une rente entière du 1^{er} juillet 2012 au 31 octobre 2015, puis à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2015, soit après le délai de trois mois prévu à l'art. 88a al. 1 RAI (consid. 3c *supra*).

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 (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.

c) Obtenant gain de cause, la recourante a droit à des dépens à la charge de l'intimé, lesquels sont déterminés en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

Comprenant une participation aux honoraires d'avocat (art. 10 et art. 11 al. 1 TFJDA [Tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]), ils sont en l'espèce fixés à 2'500 fr., débours et TVA comprise, et couvrent l'indemnité d'office à laquelle peut prétendre le conseil de l'assuré au titre de l'assistance judiciaire.

d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et

applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'occurrence, le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante, Me Bourqui ayant au demeurant précisé qu'elle laissait à l'appréciation de la Cour la fixation de l'indemnité en sa faveur.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 2 août 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que S._____ a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2012 jusqu'au 31 octobre 2015, puis à une demi-rente à partir du 1^{er} novembre 2015.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S._____ un montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Inclusion Handicap, Me Florence Bourqui (pour S. _____),
- 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 :