

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 10 avril 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Pittet et Perdrix, assesseurs
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

E. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 LAI.

E n f a i t :

A. E._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en 1969, sans formation, mère de trois enfants nés en 1995, 2001 et 2003, a déposé le 11 février 2013 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a indiqué souffrir d'une hernie discale et de dépression depuis 2009. En outre, elle a exposé travailler depuis le 13 février 2012 en qualité d'ouvrière pour le compte de P._____ à un taux de 50 % et bénéficière de l'aide sociale. Elle a annexé un certificat médical du 3 novembre 2010 de la Dresse F._____, sa psychiatre traitante, attestant une incapacité de travail totale du 1^{er} au 30 novembre 2010. Etaient également jointes plusieurs attestations adressées par le Dr I._____, spécialiste en chirurgie et médecin traitant de l'assurée, au Service social de [...]. Dans la première, datée du 17 janvier 2011, il exposait que sa patiente souffrait de lombosciatalgie gauche sur une grosse hernie discale et que son état de santé ne lui permettait pas de commencer un nouveau travail. Par l'attestation du 22 août 2011, il informait que l'intéressée pouvait reprendre le travail, mais en évitant de porter de lourdes charges. Par celle du 30 janvier 2012, il indiquait qu'en raison d'un problème récurrent du bas du dos, elle ne pouvait travailler qu'à 50 %, taux qu'il a confirmé le 2 novembre 2012. Pour finir, était jointe une attestation du 6 février 2013 du Dr I._____, selon laquelle sa patiente pouvait travailler, mais ne devait pas soulever de charges lourdes.

Complétant un formulaire de l'OAI, l'assurée a indiqué le 25 février 2013 que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité en qualité d'ouvrière à un taux de 100 %, par nécessité financière.

Dans un rapport du 6 mars 2013, le Dr I._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies, de lombosciatalgies gauches récidivantes, ainsi que d'état dépressif probable. Il a retenu une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle.

Le 17 juin 2013, la Dresse F. _____ a fait savoir à l'OAI que l'assurée, qu'elle suivait depuis le 10 février 2010, présentait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), des difficultés en lien avec son conjoint (maltraitements - Z63.0), ainsi qu'une hernie discale gauche avec une paralysie du membre inférieur gauche. Elle a fait état d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle du 10 février 2010 à février 2012, puis de 50 % dès février 2012, pour une durée indéterminée.

Par avis médical du 13 août 2013, le Dr Q. _____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a relevé que les renseignements médicaux sur les plans somatique et psychiatrique étaient trop peu étayés pour pouvoir admettre une capacité de travail de seulement 50 % dans une activité adaptée ménageant le rachis. Selon lui, il convenait de mettre en œuvre un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR.

L'OAI a mandaté la Dresse X. _____, spécialiste en rhumatologie, et le Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie, du W. _____ (ci-après : W. _____), afin de réaliser une expertise médicale bi-disciplinaire de l'assurée.

L'expertise a été effectuée le 19 septembre 2014 en présence d'une interprète [...]. Le 7 janvier 2015, un contact téléphonique a eu lieu avec la psychiatre traitante. Dans leur rapport du 9 janvier 2015, les Drs X. _____ et K. _____ ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère, actuellement en rémission partielle, et ceux sans effet sur la capacité de travail de dysthymie (F 34.1), de status après hernie discale L5-S1 gauche compressive avec atteinte radiculaire séquellaire, d'hypovitaminose D à investiguer, de suspicion d'une discrète hyperthyroïdie, d'hypotension artérielle, d'allergies printanières, d'adénopathies axillaires, ainsi que de mastopathie kystique. Ils ont mentionné un syndrome douloureux somatoforme persistant en tant qu'autre diagnostic. En outre, ils ont relevé ce qui suit :

« Au plan somatique, Mme ne présente pas de limitation pour ses activités ménagères ni pour le travail actuel qu'elle peut gérer à son rythme. Si elle devait trouver un autre travail, il faut tenir compte de limitations fonctionnelles pour le rachis. Dans un travail qui en tiendrait compte, l'exigibilité est totale au plan somatique. Un arrêt de travail de quelques semaines, temporaire, est à admettre au moment des symptômes irritatifs et compressifs de la hernie discale, soit, vraisemblablement au moment du scanner, en fin d'année 2010-début 2011.

Au plan psychique, la dysthymie peut entraîner une légère baisse de l'énergie et de la motivation. Mais ce phénomène ne justifie pas de baisse durable de la capacité de travail ni du rendement.

Il est probable que l'état clinique actuel remonte à juillet 2013. Entre février 2010 et janvier 2012, l'incapacité de travail a été totale (dépression sévère). Entre février 2012 et juin 2013, l'incapacité de travail a été de 50 % (dépression probablement moyenne). Depuis juillet 2013, il n'y a plus d'incapacité de travail significative. »

Les experts ont retenu une entière capacité de travail dans l'activité habituelle, à l'exception d'une incapacité totale de décembre 2010 à fin janvier 2011 - au moment où la hernie discale était compressive -, ainsi que d'une probable incapacité totale de février 2010 à janvier 2012, et de 50 % entre février 2012 et juin 2013, en raison de troubles d'ordre psychique. Au titre des limitations fonctionnelles, ils ont noté que le port de charges répétitives de plus de 5 kg et occasionnelles de plus de 10 kg devait être évité, de même qu'une position statique permanente du tronc, ou en porte-à-faux, ainsi qu'un travail nécessitant une flexion régulière du tronc.

Se fondant sur cette expertise, le Dr G. _____ du SMR a, dans son rapport du 19 janvier 2015, indiqué comme atteinte principale à la santé un état dépressif sévère en rémission partielle et, comme diagnostic associé ne ressortissant pas à l'AI, un statut après hernie discale L5-S1 gauche compressive avec atteinte S1 gauche séquellaire. Il a retenu une incapacité totale de travail de décembre 2010 à fin janvier 2011 et une capacité totale de travail dans l'activité habituelle ou une activité adaptée dès janvier 2011.

Par projet de décision du 13 mars 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser un reclassement et une rente. Il a expliqué que si elle avait présenté une incapacité de travail dès le mois de

décembre 2010, elle avait, dès le mois de janvier 2011, recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Dès lors, des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires. En outre, l'incapacité de travail ayant duré moins d'une année, le droit à la rente n'était pas ouvert.

L'assurée a fait part de ses observations sur cette décision le 7 avril 2015, indiquant qu'elle possédait des certificats médicaux attestant de son incapacité de travail.

Dans un rapport du 7 avril 2015 consécutif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire, le Dr T._____, spécialiste en radiologie, a conclu à un aspect discrètement déshydraté des disques L2-L3, L3-L4 et L4-L5, ainsi qu'à une hernie discale extra-foraminale droite L3-L4 avec composante foraminale et réaction inflammatoire de voisinage, entrant en contact avec la racine L3 droite.

Le 8 mai 2015, l'intéressée a produit un rapport daté du même jour du Dr I._____, qui exposait qu'elle souffrait, depuis décembre 2010, de lombosciatalgies gauches d'abord aiguës sur hernie discale paramédiane gauche L5-S1 comprimant la racine S1 gauche. Il faisait état d'une incapacité totale de travail en tant que ménagère du 13 décembre 2010 au 21 juin 2011, puis d'une incapacité à 50 % dès juin 2011. Ce médecin ajoutait que sa patiente avait pu travailler à 50 % du 13 février 2012 au 1^{er} mars 2015, et que l'incapacité de travail était à nouveau totale dès le 2 mars 2015 en raison d'une hernie discale droite L3-L4 en contact de la racine L3 droite, mise en évidence par l'IRM du 7 avril 2015.

Par avis médical du 26 mai 2015, le Dr L._____ du SMR a expliqué que l'IRM précitée avait révélé une nouvelle atteinte qui n'avait pas encore été instruite et qu'il convenait de demander un rapport de consultation rhumatologique.

En réponse à la demande de l'OAI, le Dr I. _____ a informé, le 1^{er} juillet 2015, que l'assurée n'était pas suivie par un rhumatologue, mais par un physiothérapeute et un chiropraticien.

Dans un rapport du 12 octobre 2015, M. _____, chiropraticien traitant de l'intéressée, a fait état d'une hernie discale extra-foraminale droite L3-L4 et a indiqué que la capacité de travail dans l'activité habituelle s'élevait à 50 %, avec un rendement réduit. Il a précisé que sa patiente pouvait travailler au maximum trois heures par jour.

Par avis médical du 26 octobre 2015, le Dr L. _____ du SMR a exposé qu'au vu des modifications de l'atteinte rachidienne intervenues depuis l'expertise de janvier 2015 et de l'insuffisance des éléments cliniques présents au dossier, il convenait de requérir un complément d'expertise de la Dresse X. _____.

A la requête de l'OAI, la Dresse X. _____ a effectué un complément d'expertise, afin de déterminer l'évolution de la situation rhumatologique de l'assurée depuis l'expertise de janvier 2015. Dans ce contexte, cette praticienne a à nouveau examiné l'intéressée, le 2 mai 2016, en présence d'une interprète [...]. Dans son rapport du 9 mai 2016, la Dresse X. _____ a en particulier indiqué qu'à l'IRM, la hernie discale L5-S1 avait régressé, ne laissant plus qu'une atteinte séquellaire. Quant à la discopathie L3-L4 avec hernie discale, sans élément compressif ni déficitaire actuel, elle n'apparaissait pas symptomatique. La spécialiste a conclu que les nouvelles pièces médicales ne modifiaient pas les conclusions de la précédente expertise. Elle a précisé qu'elle retenait les mêmes limitations fonctionnelles que dans ladite expertise et que l'assurée présentait toujours une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Par avis médical du 25 mai 2016, le Dr L. _____ du SMR a exposé qu'au vu des explications de la Dresse X. _____, notamment du fait qu'elle n'avait pas modifié ses conclusions depuis l'expertise de

janvier 2015, les constatations précédentes qu'il avait faites, ainsi que le projet de décision de l'OAI, restaient valables.

Par décision du 18 août 2016, l'OAI a confirmé le refus de reclassement et de rente d'invalidité. Dans un courrier du même jour à l'assurée, il a expliqué qu'il ressortait du complément d'expertise que son état de santé n'avait subi aucune modification depuis l'expertise de janvier 2015. Il a ajouté que les incapacités de travail dues à une hernie discale et à un lumbago n'avaient duré que quelques semaines et n'étaient donc pas durablement incapacitantes.

B. Par acte posté le 16 septembre 2016, reçu le 20 septembre 2016 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, E._____ a recouru contre la décision précitée, en faisant valoir qu'elle la contestait dans la mesure où sa situation de santé ne lui permettait actuellement pas de travailler.

Invitée à déposer un acte de recours indiquant ses moyens et conclusions, la recourante a apporté des précisions par écriture du 29 septembre 2016, déposée dans le délai imparti. Elle a exposé qu'elle n'avait pas disposé d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle à compter du mois de janvier 2011, à cause d'une hernie discale apparue en 2010 qui avait conduit à des douleurs au niveau du dos en 2011, raison pour laquelle elle n'avait pas eu d'emploi cette année-là. En outre, elle a indiqué que son titre de séjour était presque échu en 2011 et que pour en obtenir le renouvellement, elle avait dû fournir des preuves de recherches d'emploi. C'était dans ce contexte qu'elle avait trouvé son dernier travail, où elle avait été employée de 2012 à 2015. Avec cette écriture, la recourante a produit différentes pièces, parmi lesquelles les certificats médicaux des Drs F._____ et I._____ déjà déposés à l'appui de sa demande de prestations, deux certificats médicaux du Dr I._____ datés du 28 septembre 2016, attestant d'une incapacité de travail totale du 13 décembre 2010 au 21 juin 2011, puis de 50 % du 22 juin 2011 au 2 mars 2015. Etait encore annexé un certificat médical du Dr S._____, chiropraticien, faisant état d'une incapacité totale de travail du 29 mars au

5 avril 2016. Etait également jointe une lettre du 23 janvier 2012 du Service de la population concernant le renouvellement de son autorisation de séjour.

Par décision du 1^{er} novembre 2016, la juge en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 31 octobre 2016, soit l'exonération d'avances de frais.

Dans sa réponse du 30 novembre 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours, en se référant au rapport d'expertise du W. _____ et à son complément.

E n d r o i t :

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

En l'espèce, le recours, déposé en temps utile mais non conforme aux exigences légales (cf. art. 61 let. b LPGA), a été valablement complété dans le délai imparti, de sorte qu'il 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

(cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

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

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

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

raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 16 LPGA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1).

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

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir

fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré 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 ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; cf. TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

4. En l'espèce, la recourante a fait valoir que son état de santé ne lui permettait pas de travailler. L'intimé, se fondant sur le rapport d'expertise du 9 janvier 2015 des Drs X._____ et K._____, ainsi que sur le complément établi par la Dresse X._____ le 9 mai 2016, a au contraire retenu que l'intéressée disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, dès le mois de janvier 2011.

a) Sur le plan somatique, il ressort du rapport d'expertise précité qu'hormis une incapacité totale de travail temporaire de quelques semaines entre décembre 2010 et janvier 2011 – soit lorsque la hernie discale L5-S1 était compressive – la recourante dispose d'une capacité totale de travail dans l'activité habituelle. Il est précisé que si elle devait trouver un autre emploi, la capacité de travail serait également complète, pour autant qu'il s'agisse d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles pour le rachis. A la suite d'une hernie discale L3-L4 au début

de l'année 2015, un complément d'expertise a été requis auprès de la Dresse X._____. Dans son rapport du 9 mai 2016, cette spécialiste a indiqué que les conclusions de l'expertise du 9 janvier 2015 n'étaient pas modifiées. Cette expertise et son complément ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et ont pris en compte les plaintes de la recourante. Ils ont tous les deux été réalisés à la suite d'un examen clinique de l'intéressée, qui s'est chaque fois déroulé en présence d'une interprète. En outre, l'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions bien motivées. Ils disposent ainsi d'une pleine valeur probante.

Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise et de son complément. En particulier, les diverses attestations du Dr I._____ ne concordent pas quant aux incapacités de travail certifiées. En effet, dans son courrier du 22 août 2011 adressé au Service social de [...], il a exposé que sa patiente pouvait désormais « reprendre le travail », mais en évitant de porter de lourdes charges. A ce moment, la recourante n'était pas encore employée de P._____ à 50 %, de sorte qu'il ressort de ce document que le Dr I._____ retenait une entière capacité de travail. Dans son rapport du 8 mai 2015, ce médecin a toutefois fait état d'une incapacité de travail de 50 % dès juin 2011, ce qu'il a répété dans son certificat médical du 28 septembre 2016. Il est par ailleurs le médecin traitant de la recourante, dont les constatations doivent être de ce fait admises avec réserve (cf. consid. 3c supra). Il en va de même pour celles du chiropraticien traitant, M._____, qui énonçait dans son rapport du 12 octobre 2015 que sa patiente disposait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité actuelle, tout en mentionnant qu'elle ne pouvait travailler au maximum que trois heures par jour. Pour le surplus, les autres certificats médicaux produits par l'intéressée, établis par les Drs I._____ et S._____, se limitent à faire état de diverses incapacités de travail, sans amener d'éléments nouveaux ou suffisamment étayés pour remettre en question les conclusions du rapport d'expertise et de son complément. Il y a ainsi lieu de s'y rallier et de considérer que, sur le plan somatique, la

recourante présente une pleine capacité de travail dans son activité habituelle depuis le mois de janvier 2011.

b) Sur le plan psychiatrique, la Dresse F._____ a attesté, dans son rapport du 17 juin 2013, une incapacité de travail totale du 10 février 2010 à février 2012, puis une incapacité de travail de 50 % dès février 2012 pour une durée indéterminée. Dans leur rapport d'expertise du 9 janvier 2015, les Drs X._____ et K._____ ont quant à eux mentionné une probable incapacité de travail, totale entre février 2010 et janvier 2012 en raison d'une dépression sévère, et de 50 % entre février 2012 et juin 2013 du fait d'une dépression probablement moyenne. Les experts ont expliqué avoir déduit du rapport précité de la Dresse F._____ qu'il était probable qu'aux périodes susmentionnées, le syndrome dépressif était plus intense qu'actuellement. Ils ont cependant noté que la description clinique de la psychiatre traitante relatait surtout des symptômes subjectifs de dépression. En outre, ils ont qualifié l'incapacité de travail entre février 2010 et juin 2013 de probable, voire vraisemblable (cf. rapport d'expertise du 9 janvier 2015, pp. 35 et 39). Par ailleurs, dans son rapport du 19 janvier 2015, le Dr G._____ du SMR n'a pas retenu cette incapacité de travail. Ainsi, l'on peut se demander s'il y a effectivement eu, pour cette période, une telle incapacité. En tout état de cause, elle ne fonderait pas de droit au versement d'une rente de l'assurance-invalidité. En effet, la recourante a déposé une demande formelle de prestations le 11 février 2013. Une rente éventuelle n'aurait pu être versée que dès le 1^{er} août 2013, soit après l'écoulement d'un délai de six mois dès le dépôt de la demande de prestations (art. 29 al. 1 LAI). Or les experts ont conclu à une pleine capacité de travail avant cette date. En effet, ils ont relevé qu'à partir de juillet 2013, l'état clinique de la recourante avait atteint le tableau constaté actuellement, à savoir celui d'une dysthymie, qui ne justifiait pas une incapacité de travail significative et durable. Par téléphone du 7 janvier 2015, la Dresse F._____ a elle-même expliqué au Dr K._____ que l'humeur de sa patiente s'était améliorée depuis son rapport de juin 2013, même si elle estimait que l'intéressée n'était « pas encore à 100 % » et que la capacité de travail restait limitée à 50 % (cf. rapport d'expertise précité, p. 9). Les

conclusions des experts sont claires et bien motivées quant à l'état psychiatrique de la recourante à partir de juillet 2013. Les plaintes de l'intéressée, qui a pu s'exprimer lors d'un examen clinique en présence d'une interprète, ont été prises en compte. Par ailleurs, selon la jurisprudence, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant. Pour ces raisons, il y a lieu de se rallier aux conclusions des experts quant à la pleine capacité de travail de l'intéressée dès juillet 2013.

c) Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à retenir que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle et, par conséquent, à nier son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

5. La recourante a encore mentionné que son titre de séjour était presque échu en 2011 et qu'elle avait dû fournir des preuves de recherches d'emploi pour en obtenir le renouvellement. C'était dans ce contexte qu'elle avait trouvé un travail chez P._____, où elle avait été employée de 2012 à 2015.

Il sied de relever que les éléments en lien avec l'autorisation de séjour de l'intéressée ne sont pas pertinents en l'espèce, la question litigieuse étant uniquement celle de savoir si elle peut prétendre à des prestations de l'assurance-invalidité au vu de son état de santé. La Cour de céans interprète toutefois ces explications dans le sens où, même si elle ne se sentait pas en mesure de travailler, la recourante avait dû trouver un emploi, afin d'obtenir le renouvellement de son titre de séjour. Cet argument ne change cependant en rien les considérations énoncées ci-dessus.

6. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69

al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 août 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

tenue au remboursement des frais judiciaires provisoirement mis à la charge de l'Etat.

V. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- E. _____
- 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 :