

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} novembre 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mme Thalmann et M. Neu, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

P._____, à **Y.**_____, recourante,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. Ressortissante marocaine, P. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1966, est séparée et mère de deux enfants nés en 1992 et 1994. A compter du 1^{er} janvier 2008, elle a exercé la profession de collaboratrice technique à temps complet auprès de l'animalerie (rattachée au Centre G. _____) de l'Ecole U. _____. L'employeur a mis un terme aux rapports de travail au 29 février 2016.

En date du 5 juin 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé).

Procédant à l'instruction de cette requête, l'office AI a sollicité des renseignements médicaux auprès du Dr J. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, lequel a posé, dans son rapport du 29 juin 2014, les diagnostics affectant la capacité de travail d'état dépressif modéré à sévère, de syndrome douloureux chronique d'origine iatrogène (post atteinte du nerf sural) et de stimulateur médullaire pour névralgie du membre inférieur gauche iatrogène. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics suivants : dyspnée stade II dans un contexte de déconditionnement et en présence d'un diabète de type II, hypercholestérolémie, diabète non insulino-requérant diagnostiqué en novembre 2012, excès pondéral avec BMI à 29 kg/m², tabagisme, anémie ferriprive, status post-thrombose veineuse superficielle du membre inférieur droit en 2011, reflux gastro-oesophagien, probable stéatose hépatique, gonarthrose gauche et suspicion de lésion du ménisque interne du genou gauche, cure de varices aux membres inférieurs en 2011, enthésopathie calcifiante du tendon supra et infra-rotulien, cure du tunnel carpien droit en janvier 2014. Il ne s'est pas prononcé sur la capacité résiduelle de travail, renvoyant sur ce point à l'avis du psychiatre traitant.

Le 21 juillet 2014, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a complété un rapport médical à l'intention de l'office AI, dans lequel il a posé le diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Tout en rappelant que l'incapacité de travail totale présentée par l'assurée depuis le 23 mai 2014 se fondait sur un certificat médical délivré par le Dr J._____, il a renoncé à évaluer la capacité de travail, dans la mesure où celle-ci dépendait également de facteurs somatiques.

Dans un rapport du 9 septembre 2014, la Dresse W._____, médecin assistante auprès du Service de chirurgie plastique et de la main de l'Hôpital H._____, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome du tunnel carpien à droite, d'arthrose scapho-trapézoïdienne débutante du poignet droit, de rhizarthrose bilatérale de stade I selon Eaton Littler et de kyste de la face palmaire du tiers distal du poignet droit symptomatique. Elle a suggéré à l'office AI de procéder à un examen de l'assurée afin de déterminer dans quelle mesure celle-ci était à même de reprendre l'exercice d'une activité salariée, compte tenu notamment des douleurs qu'elle présentait au poignet et à la main droites.

Après examen des pièces médicales au dossier, le Dr N._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin d'analyser la situation médicale de l'assurée dans sa globalité.

Le 16 novembre 2015, le Dr J._____ a fait parvenir à l'office AI divers documents et avis médicaux en sa possession, incluant les comptes rendus d'examen endocrinologique (rapport de la Dresse M._____, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, du 11 septembre 2015), cardiologique (rapport du Dr K._____, spécialiste en cardiologie, du 18 août 2014) et orthopédique (rapport du 1^{er} juin 2012 du Dr L._____, spécialiste en chirurgie orthopédique). Étaient également joints un rapport du 26 juin 2015 émanant du Dr T._____, spécialiste en chirurgie de la main, le protocole opératoire de l'intervention chirurgicale pratiquée le 11 février 2015 par le Dr R._____, spécialiste en chirurgie

cardio-vasculaire, pour cure de varices bilatérales des membres inférieurs faisant suite au bilan veineux pratiqué le 21 novembre 2014 par le Dr D._____, spécialiste en angiologie (rapport du 27 novembre 2014) ainsi que divers résultats d'analyses de laboratoire effectuées en 2014 et 2015.

Le 24 novembre 2015, l'office AI a informé l'assurée qu'elle ferait l'objet d'une expertise médicale auprès de la Clinique B._____ à V._____, comportant un examen de médecine interne, de neurologie, de psychiatrie et de rhumatologie.

L'assurée a séjourné à la Clinique B._____ du 11 au 13 janvier 2016. Dans leur rapport de synthèse du 2 février 2016, les Drs S._____, spécialiste en rhumatologie, Z._____, spécialiste en médecine interne générale, F._____, spécialiste en neurologie et X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé pour seul diagnostic incapacitant celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics suivants :

- Syndrome métabolique avec :
 - diabète de type II
 - surcharge pondérale
 - hypercholestérolémie
- Reflux gastro-oesophagien
- Tabagisme chronique actif
- Status après neuropathie focale du nerf saphène gauche, après opération de varices le 24 mai 2011, laissant un léger déficit sensitif
- Status post implantation d'un neuro stimulateur médullaire en 2011 pour douleurs neurogènes du membre inférieur gauche distal
- Status post deuxième cure de varices des membres inférieurs le 11 février 2015
- Rizarthrose débutante bilatérale non déformante
- Maladie de Dupuytren de la paume de la main droite, débutante, en regard des troisième et quatrième rayons

- Status post cure du tunnel carpien droit le 24 janvier 2014, sans déficit résiduel
- Status post opération d'un kyste à la face dorsale de la main droite en 1994
- Syndrome rotulien gauche avec gonarthrose débutante du compartiment interne et du compartiment fémoro-patellaire
- Hallux valgus bilatéral débutant, réductible
- Migraine épisodique sans aura
- Status post traitement d'un problème pulmonaire non précisé, en 1987, au Maroc, sans séquelles connues.

Les médecins prénommés ont considéré que, sous l'angle psychiatrique, la capacité de travail était de 50% à compter du 23 mai 2014 jusqu'au jour de l'expertise.

Après avoir pris connaissance du rapport d'expertise des médecins de la Clinique B._____, le Dr N._____ a indiqué qu'il n'y avait pas de motif de s'écarter de ses conclusions (avis du 3 août 2016).

Par projet de décision du 7 octobre 2016, l'office AI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2015, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%. Dite prestation était supprimée au 30 avril 2016, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé, celui-ci lui permettant de reprendre l'exercice d'un emploi à temps complet.

L'assurée n'ayant pas présenté d'objection, l'office AI a, par décision du 24 février 2017, entériné l'octroi d'une demi-rente d'invalidité pour la période comprise entre le 1^{er} mai 2015 et le 30 avril 2016.

B. Par acte du 24 mars 2017, P._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision, dont elle a demandé l'annulation en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée. Elle a fait valoir que, contrairement à ce que prétendait l'office AI, son état de santé ne s'était

pas amélioré en dépit de la prise de médicaments, de sorte que la reprise d'un emploi n'était pas possible. Tout en soulignant avoir subi déjà plusieurs opérations, elle a indiqué qu'une nouvelle intervention chirurgicale aurait prochainement lieu en raison de ses problèmes à la main. Elle a par ailleurs ajouté que le caractère fluctuant de son diabète avait nécessité une hospitalisation de trois semaines au début de l'année 2017. Quant à son état dépressif, il l'affectait dans sa vie quotidienne. A l'appui de ses allégations, elle a produit un rapport du Dr J._____, médecin traitant, du 11 mars 2017.

Dans sa réponse du 15 juin 2017, l'office AI a fait observer que les renseignements médicaux fournis par l'assurée ne permettaient pas de revenir sur l'appréciation de la capacité de travail faite par les experts de la Clinique B._____, de sorte qu'il n'existait aucune raison de s'écarter de leurs conclusions. Il a en conséquence conclu au rejet du recours.

Cette écriture a été transmise pour information à l'assurée, qui n'a pas procédé plus avant.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

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

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

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

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

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

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (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 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.

A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

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

4. Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires,

il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

5. En l'espèce, la décision litigieuse se fonde sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique B. _____ du 2 février 2016.

a) Sur le plan somatique, les experts ont exclu tout diagnostic incapacitant, exposant à cet égard ce qui suit :

(...)

Au cours de son examen rhumatologique spécialisé, l'expert relève des douleurs plutôt mécaniques de la base des deux pouces prédominant à droite, cotées à 7/10 en permanence, des engourdissements et paresthésies des 4 derniers doigts ddc, des gonalgies gauches et des douleurs des gros orteils en rapport avec un hallux valgus. Il note que le handicap annoncé est d'emblée très important avec une assurée qui ne fait plus les activités quotidiennes, ne fait plus la cuisine ni les courses et ne s'imagine pas reprendre une activité professionnelle. L'examen rhumatologique, chez une assurée collaborante et sans comportement douloureux, et les documents d'imagerie, montrent une rhizarthrose bilatérale prédominant à droite, non déformante et non douloureuse à l'examen. Il y a également une maladie de Dupuytren débutante à droite. Aux membres inférieurs, l'expert retient une gonarthrose gauche débutante prédominant sur le

compartiment fémoro-patellaire et un hallux valgus bilatéral très modéré, encore bien réductible, sans trouble statique du pied ni de déformation des orteils.

L'expert rhumatologue conclut que les plaintes sont relativement importantes alors que les données objectives, tant cliniques que radiologiques, sont plutôt discrètes. Le handicap allégué semble disproportionné. Il n'y a pas de limitation retenue par l'expert rhumatologue.

Sur le plan neurologique, l'assurée a développé suite à une opération de varices à gauches, des douleurs neuropathiques dans le territoire du nerf saphène gauche, diagnostiquées à l'époque par le neurologue le Dr C._____. Ces douleurs ont été améliorées par un traitement lourd (pose d'un neurostimulateur). A l'examen clinique, l'expert neurologue relève comme seule trouvaille au membre inférieur gauche, un status après neuropathie focale du nerf saphène gauche laissant un léger déficit sensitif. Il n'y a pas de signe pour une polyneuropathie au membre inférieur droit chez cette assurée diabétique. Aux membres supérieurs, il y a eu une cure de tunnel carpien à droite en janvier 2014. L'assurée se plaint de discrètes paresthésies des deux mains mais l'expert neurologue ne retient pas de déficit sensitivo-moteur. Enfin, une migraine épisodique sans aura est retenue avec proposition d'adapter le traitement médicamenteux. L'expert neurologue conclut que les différents diagnostics retenus n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail.

(...)

b) S'agissant des atteintes à la santé psychique, les experts ont retenu pour seule pathologie ayant une répercussion sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique sur la base des constatations suivantes :

(...)

Selon l'expert psychiatre, l'assurée a une vie affective marquée par des unions malheureuses, mais elle a montré des ressources adaptatives, parvenant à élever seule ses 2 enfants et à s'investir professionnellement durant 15 ans au sein d'une animalerie d'un centre de recherche scientifique. Ce travail, est rapporté comme intéressant, valorisant et source de gratifications. La problématique psychiatrique aurait débuté en 2004, au décès de la mère de l'assurée. Il y a la notion d'une problématique dépressive, identifiée et traitée 3 ans plus tard, sans que nous n'ayons de documents précis y relatifs. A partir de 2010, date de la découverte d'un diabète imparfaitement intégré et géré à ce jour, suivie un an plus tard d'une problématique de douleurs chroniques attribuées par l'expertisée à une erreur médicale, Mme P._____ paraît désinvestir progressivement son travail, et endosser une identité de malade, puis d'invalidé. Un second épisode dépressif se développe à partir de décembre 2013. L'arrêt de l'activité professionnelle semble

entraîner une aggravation transitoire de la symptomatologie, avec une période d'aboulie. L'évolution récente paraît toutefois positive. Un syndrome somatoforme douloureux persistant n'est pas retenu par l'expert, ne remplissant pas les critères diagnostics. L'expert retient un trouble dépressif léger, sans syndrome somatique. Certains symptômes décrits précédemment sur le rapport psychiatrique du Dr Q._____, se sont amendés. Le trouble dépressif récurrent est vraisemblable, au motif de la notion d'épisode dépressif traité en 2007 par le Dr A._____. Il ne s'est toutefois jamais agi d'épisodes dépressifs décrits comme sévères, leur composante réactionnelle est évidente, et leur début tardif. Le trouble dépressif récurrent constitue une atteinte à la santé chronique d'intensité fluctuante.

c) En ce qui concerne l'exigibilité, les experts ont considéré que la recourante présentait une incapacité de travail transitoire de 50% pour motif psychiatrique à compter du 23 mai 2014 jusqu'au jour de l'expertise, date dès laquelle ils ont estimé que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle, sans diminution de rendement. Ils ont justifié leurs conclusions en ces termes :

(...)

Au vu des limitations fonctionnelles décrites dans l'annexe au rapport médical du Dr Q._____ du 21.07.2014, selon l'expert psychiatre, il est plausible de retenir une incapacité de travail transitoire à 50% pour motif psychiatrique durant la période allant du 23 mai 2014 jusqu'au jour de l'expertise.

Actuellement, l'expert retient les limitations fonctionnelles suivantes : la flexibilité, la capacité d'adaptation et d'endurance sont modérément limitées, en raison de la fatigue et des douleurs mais aussi notamment en raison du déconditionnement socioprofessionnel et physique et de l'inactivité. Les activités spontanées sont également limitées en raison de la diminution de l'énergie vitale et de la motivation. Ces éléments ne sont pas directement liés à la psychopathologie, et, sortant du champ médical, ils n'affectent pas la capacité de travail actuelle, entière dès le jour de l'expertise.

Les ressources personnelles de l'assurée lui ont permis auparavant de mener à bien une activité professionnelle tout en assumant seule l'éducation de ses enfants. On constate toutefois que ces ressources ont été amoindries par divers aléas existentiels et sont actuellement difficilement mobilisables. L'expertisée ne peut pas vraiment compter sur un soutien important de l'entourage autre que celui de ses enfants, qui ne sont pour leur part pas encore indépendants sur le plan socio-économique. L'intégration de l'assurée dans des programmes psycho-éducatifs du diabète et les interventions à domicile proposées par le CMS en vue d'une activation comportementale sont susceptibles d'améliorer la mobilisation des ressources de l'assurée.

Sur le plan médico-théorique la psychopathologie présentée actuellement par l'assurée n'a pas de valeur incapacitante. Le principal obstacle pour le retour sur une place de travail réside dans le statut d'invalidé que l'expertisée a incorporé ces dernières années, qui ne constitue pas une atteinte à la santé psychique à proprement parler.

(...)

A l'examen clinique, il y a très peu de constatations relevantes, que ce soit du point de vue neurologique ou rhumatologique.

On ne comprend donc pas pourquoi Madame P. _____ ne pourrait pas assumer l'activité qu'elle exerçait jusqu'à présent. L'anamnèse révèle qu'elle arrive à emprunter les transports publics pour effectuer les trajets. Les activités domestiques sont réalisées par ses enfants, en raison des douleurs alléguées aux mains. Les constatations objectives sont cependant très pauvres. Il y a donc un écart énorme entre les allégations de handicap et le socle somatique. L'expert psychiatre retient un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel léger sans syndrome somatique. Plusieurs aléas existentiels et troubles somatiques, sans gravité pris isolément, ont contribué à l'épuisement progressif des ressources adaptatives et au désinvestissement dans le travail. Mme P. _____ paraît avoir désinvesti progressivement son travail et développé un état douloureux, ensuite endossé une identité de malade, puis d'invalidé.

En conclusion, les experts admettent unanimement une atteinte à la santé psychiatrique sous la forme d'un trouble dépressif récurrent, avec un degré actuel léger, ne motivant pas d'incapacité professionnelle. Sur le plan physique, il n'y a pas d'atteinte à la santé retenue. Il n'y a pas de mesure médicale susceptible d'améliorer la situation. Il n'y a pas non plus de mesure professionnelle à envisager.

d) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par la Clinique B. _____, laquelle examine de manière complète l'ensemble des plaintes - somatiques et psychiques - de la requérante et est dûment motivée, si bien qu'il y a lieu d'admettre que le rapport du 2 février 2016 satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer entière valeur probante. Ce rapport est en effet le fruit d'une analyse circonstanciée du cas, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, il contient une appréciation claire de la situation fondée sur les examens spécialisés réalisés dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire et aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions.

e) Dans ce contexte, le rapport médical établi le 11 mars 2017 par le Dr J._____, médecin traitant, au demeurant bref et peu étayé, ne met en évidence aucun élément médical nouveau susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions des experts de la Clinique B._____, dès lors que celui-ci consiste pour l'essentiel - notamment sur le plan diagnostique - en un copier-coller du rapport établi par ce même médecin le 29 juin 2014. De son côté, la recourante ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire réalisée à la Clinique B._____ et suffisamment pertinents pour remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé de cette expertise puisqu'elle se limite à faire part de son désaccord avec l'appréciation des experts quant à sa capacité de travail et à substituer sa propre vision des faits, sans faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente. Il convient à cet égard de relever que l'ensemble des médecins consultés - y compris le praticien prénommé - considère que, contrairement à ce qu'allègue la recourante, le diabète ne constitue pas une atteinte susceptible d'avoir un effet sur la capacité de travail.

6. En définitive, il s'agit de retenir, à l'instar de l'office intimé, que l'état de santé de la recourante s'est effectivement amélioré à compter du mois de janvier 2016, l'incapacité de travail évaluée à 50% ayant pris fin au jour de l'expertise à dires d'experts. Partant, l'intimé était fondé à supprimer la demi-rente d'invalidité servie à la recourante avec effet au 1^{er} mai 2016, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201).

7. Sur le vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

8. **a)** La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire

(décision du 19 avril 2017). A ce titre, elle a été exonérée du paiement d'avances ainsi que du versement des frais judiciaires, si bien que ceux-ci sont supportés par le canton, provisoirement (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). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il appartient au Service juridique et législatif de fixer les conditions de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

b) Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 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 24 février 2017 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 à la charge de l'Etat.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.
- V.** 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 mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Mme P. _____,
- 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).

Le greffier :