

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 avril 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Röthenbacher, juge et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

V._____, à **E.**_____, (VD), recourante, représentée par Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 17 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a
RAI**

E n f a i t :

A. Ressortissante kosovare entrée en Suisse en 1992, V. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1978, mère de trois enfants nés en 2006, 2010 et 2012, est au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C). Sans formation professionnelle, elle a œuvré dès le 1^{er} juillet 2001 comme employée de production (ouvrière en boulangerie) pour le compte de U. _____ SA au taux de 49%.

Souffrant de divers troubles somatiques (hypertension artérielle, thyroïde, diabète de type II et orthèse à la jambe gauche), V. _____ a déposé en date du 21 janvier 2014 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).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a recueilli des renseignements sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assurée de même qu'il a fait verser le dossier de D. _____ SA, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, lequel contenait une « annonce de maladie/attestation perte de gain » pour une incapacité de travail totale à compter du 13 août 2013.

Le 24 mars 2014, V. _____ a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50% en tant qu'ouvrière par nécessité financière.

Dans un rapport médical du 26 septembre 2014, le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, médecin traitant, a posé les diagnostics - avec effet sur la capacité de travail - de tumeur à cellules géantes des gaines tendineuses du pied gauche, de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs dans un contexte d'obésité (BMI à 35), de diabète insulino-dépendant, d'hypertension artérielle essentielle et d'insuffisance thyroïdienne primaire sur thyroïdite de Hashimoto. Il a indiqué qu'il n'était pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail en raison de l'intervention chirurgicale

dont sa patiente venait de faire l'objet en date du 19 août 2014 et consistant en une excision marginale de la tumeur à cellules géantes des gaines tendineuses au pied gauche.

En date du 10 novembre 2014, le Dr P._____ a complété un rapport sur formule ad hoc à l'intention de l'office AI. Il a relevé qu'il convenait d'attendre l'évolution de la phase post-opératoire pour donner des mesures plus précises quant à une récupération éventuelle de la capacité de travail.

Des réponses apportées le 20 novembre 2014 aux questions de l'office AI par le Dr Q._____, médecin associé au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital G._____, on extrait ce qui suit :

« **1.6**

Incapacité de travail médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité exercée.

A 100% depuis l'intervention chirurgicale. La patiente n'a toujours pas repris le travail.

1.7

Questions sur l'activité exercée à ce jour.

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes ?

Restrictions physiques uniquement.

D'un point de vue médical, l'activité exercée est-elle encore exigible ?

Pour l'instant, incapacité de travail totale, éventuellement dans le futur un temps de travail et un rendement limités, engendré par la douleur et les séquelles de la chirurgie.

1.8

Questions concernant des mesures [de] réadaptation professionnelles possibles.

Les restrictions énumérées peuvent-elles être réduites par des mesures médicales ?

Éventuellement adaptation du chaussage.

1.9

Peut-on s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle resp. à une amélioration de la capacité de travail ?

Probablement oui, avant la fin de l'année 2014 ou dans le courant de l'année 2015 et sûrement une reprise du travail de manière progressive. »

En réponse aux questions de D. _____ SA, le Dr P. _____ a indiqué le 12 janvier 2015 que l'évolution était lentement favorable sur le plan de la symptomatologie douloureuse (status après excision marginale de la tumeur à cellules géantes des gaines tendineuses du pied gauche). Il a également fait mention d'une diminution de la symptomatologie douloureuse dorso-lombaire par suite de l'arrêt de travail prolongé. D'après ce médecin, il n'était pas possible de reprendre l'activité de boulangère en position debout toute la journée. En revanche, en l'absence de récurrence de la tumeur à cellules géantes des gaines tendineuses, la capacité de travail pouvait augmenter dans une activité adaptée au cours du premier trimestre 2015, dans un premier temps à 50% puis éventuellement à 100%.

Dans un courriel du 6 février 2015, le Dr Q. _____ a évoqué un séjour à la Clinique X. _____ à L. _____ pour remise en route et évaluation spécialisée des possibilités de reconversion professionnelle.

En réponse aux questions du Dr W. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), le Dr Q. _____ a indiqué, en date du 31 mars 2015, qu'il n'existait plus d'empêchements à exercer dans l'économie une activité principalement en position assise quand bien même la douleur sous la tête du premier métatarsien constituait un empêchement fonctionnel majeur dans la situation de l'assurée.

Au terme d'un avis médical du 9 avril 2015, le Dr W. _____ a retenu que la capacité de travail de V. _____ dans une activité adaptée était entière dès le 31 mars 2015. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « activité sédentaire ou semi-sédentaire principalement en position assise, permettant l'usage d'une selle ergonomique, sans port de charges lourdes supérieures à 5 kg, sans déplacement en terrain irrégulier, sans travail en hauteur ou sur échelle, sans travail à genoux et/ou en station accroupie, sans position du tronc tenue en porte-à-faux, sans flexions-rotations répétées du tronc, sans gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ni de soulever des

charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, activité diurne entre 8h00 et 18h00. »

Le 24 août 2015, l'office AI a fait procéder à une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 31 août 2015, l'enquêtrice a conclu à un statut d'active de 50% puis de 100% dès le 1^{er} octobre 2015, soit dès l'inscription au chômage de son mari, celui-ci ayant reçu son congé pour la fin septembre 2015. Le taux d'empêchements ménagers était de 47,2% pour la période comprise entre le 16 août 2013 et le 31 mars 2015 puis de 12,6% à compter du 1^{er} avril 2015.

Dans un rapport médical du 8 octobre 2015 adressé au Dr P._____, le Dr Q._____ a expliqué avoir été consulté en urgence par V._____ l'avant-veille en raison de douleurs persistantes et invalidantes au niveau de son pied opéré. A ses yeux, l'intéressée semblait victime d'une probable dépression réactionnelle à cette situation extrêmement lourde. A cela s'ajoutait le fait qu'elle devait s'occuper de ses trois enfants. Outre les diagnostics d'état dépressif réactionnel probable et de varices des membres inférieurs, il a mentionné que l'assurée était toujours dans l'incapacité de travailler.

Le 19 décembre 2015, le Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, estimant que l'assurée ne se sentait pas apte à reprendre l'exercice d'une activité lucrative.

Dans son rapport final du 23 mai 2016, l'office AI s'est référé à l'avis du SMR du 9 avril 2015 rappelant qu'il concluait à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle alors qu'elle était entière dans une activité compatible avec les limitations fonctionnelles décrites. Quant au diagnostic posé par le Dr A._____, l'office AI a relevé qu'il était sans impact sur la capacité de travail.

Par projet de décision du 14 décembre 2016, l'office AI a informé V._____ qu'il comptait lui allouer une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2014 au 30 juin 2015 fondée sur un degré d'invalidité de 74%. Sur la base d'un statut d'active de 50% et de ménagère de 50%, il a retenu que le préjudice économique était de 73,60%, résultat de l'addition de l'empêchement dans la part active par 50% ($50\% \times 100\%$) et de l'empêchement dans la part ménagère par 23,60% ($50\% \times 47,20\%$). A compter du 10 mars 2015, il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées par le Dr W._____ dans son avis médical du 9 avril 2015. Après comparaison des revenus sans (24'580 fr. 60) et avec invalidité (22'953 fr. 47), il en est résulté une perte de gain de 6,62%. Compte tenu d'un statut d'active à 50%, le degré d'invalidité s'élevait à 3,31% ($50\% \times 6,62\%$), auquel il convenait d'ajouter les empêchements ménagers par 6,30% ($50\% \times 12,60\%$), soit un taux d'invalidité total de 9,31%. Compte tenu de la pleine capacité de travail présentée par l'assurée dès le mois de mars 2015, la rente était supprimée avec effet au 30 juin 2015, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Dès lors, le statut d'active était de 100% soit, après comparaison des revenus avec et sans invalidité, un taux d'invalidité de 6,62%.

Dans un courrier du 3 février 2017 à l'assurée, le Dr P._____ a mentionné que l'équilibration du diabète était très difficile en raison des limitations cognitives et affectives de l'intéressée, se compliquant en 2016 et 2017 d'une neuropathie des membres inférieurs.

Le 20 février 2017, V._____ a présenté des objections à l'encontre du projet de décision du 14 décembre 2016. Contestant la capacité totale de travail retenue à compter du 10 mars 2015, elle a fait valoir une aggravation de son état de santé. Elle s'est référée à cet égard à un courrier du Dr P._____ du 16 février précédent, dans lequel il relevait qu'en raison d'une très mauvaise équilibration du diabète, une neuropathie des membres inférieurs s'était installée. Associé au marasme psychologique dans lequel l'assurée se trouvait, le problème diabétologique conduisait le Dr P._____ à retenir une aggravation de

l'état de santé. Il a pour le surplus réservé son pronostic quant à la pathologie diabétologique, évoquant le caractère vraisemblable de la survenance dans les années futures d'atteintes neurorétinopathiques.

Dans un avis médical du 13 mars 2017, le Dr W._____ a fait savoir que les pièces médicales versées au dossier ensuite de son rapport du 9 avril 2015 ne fournissaient pas d'élément en faveur d'une aggravation notable et durable de l'état de santé. D'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail demeurait donc inchangée.

Le 17 mai 2017, l'office AI a rendu une décision formelle entérinant l'octroi d'une rente d'invalidité, conformément à son projet de décision du 14 décembre 2016.

B. Par acte du 13 juin 2017, V._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision du 17 mai 2017, en concluant sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité postérieurement au 30 juin 2015, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. En substance, l'assurée a reproché à l'administration d'avoir fixé arbitrairement sa capacité de travail dans une activité adaptée. Ce faisant, l'office AI a fait fi des avis exprimés par le Dr Q._____ dans ses rapports des 31 mars et 31 octobre 2015, évoquant respectivement une absence de rendement liée aux douleurs et des douleurs persistantes. Il n'a pas davantage tenu compte des complications survenues dans le courant de l'année 2016 ; si le diabète n'était pas invalidant en lui-même, il était toutefois à l'origine de douleurs de type neuropathique nouvelles telles que constatées par le Dr P._____. Ce médecin a également fait état de complications neurorétinopathiques. Dans ces conditions, l'office AI ne pouvait retenir une amélioration de l'état de santé à compter du mois de mars 2015, celui-ci s'étant plutôt aggravé, ce qui justifiait la poursuite du versement d'une rente entière. A titre subsidiaire, l'assurée a précisé que, dans la mesure où les empêchements ménagers se fondaient sur les

conclusions du SMR, il convenait d'écartier l'enquête ménagère en tant qu'elle portait sur la période postérieure au mois de mars 2015.

Dans sa réponse du 16 août 2017, l'office AI a souligné qu'il ressortait du dossier la mention d'une situation évoluant favorablement vers la fin de l'année 2014 et le début de l'année 2015. Si, d'après le Dr Q._____, l'activité habituelle d'ouvrière boulangère n'était plus exigible, il estimait en revanche qu'il n'existait pas d'empêchements à exercer dans l'économie une activité principalement assise. Sur le plan psychique, il a relevé que les douleurs persistantes et invalidantes au niveau du pied opéré avaient conduit les médecins de l'Hôpital G._____ à évoquer une probable dépression réactionnelle, l'assurée ayant été invitée à consulter un spécialiste ; dans ce contexte, le diagnostic d'épisode dépressif moyen posé par le Dr A._____ faisait écho aux plaintes de l'intéressée, qui disait se sentir mal et ne pas être apte pour une activité lucrative. L'office AI a enfin fait remarquer qu'en 2015, les douleurs étaient cristallisées uniquement sur la région post opératoire de la tumeur du pied, la question de la douleur neuropathique n'étant alors pas du tout invoquée. En conséquence, l'office AI a proposé le rejet du recours.

Par réplique du 30 août 2017, V._____ a rappelé qu'elle souffrait de plusieurs atteintes à sa santé (somatiques comme psychologiques) lesquelles, cumulées, réduisaient à néant sa capacité de travail. Aussi, incombait-il à l'office AI de prendre les mesures permettant de clarifier cette question, plutôt que de se fonder uniquement sur l'avis - contesté - du SMR du 9 avril 2015. Au demeurant, le besoin d'une évaluation globale s'était fait sentir en 2014 déjà lorsque D._____ SA avait proposé à l'office AI de participer à une expertise pluridisciplinaire. A défaut de stabilisation de l'état de santé, cette suggestion était restée sans suite. Dans un courrier du 31 mars 2015 à la Clinique X._____, le Dr Q._____ avait demandé une évaluation multidisciplinaire en vue d'une reconversion professionnelle. Pour une raison indéterminée, ce séjour n'avait pas eu lieu. Partant, l'assurée a déclaré persister dans toutes les conclusions de son recours.

Dupliquant en date du 17 octobre 2017, l'office AI a fait savoir qu'il n'avait rien à ajouter à son écriture du 16 août 2017.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (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'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'occurrence, il s'agit de déterminer si c'est à juste titre que l'office AI a supprimé au 30 juin 2015 la rente entière d'invalidité servie à la recourante depuis le 1^{er} août 2014, au motif qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 31 mars 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre une rente que si elle 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, elle est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

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

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 131 V

164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

b) A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. A contrario, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie (art. 88a al. 2 RAI).

5. Selon le principe de libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux déterminants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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 soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; cf. également TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

6. Dans le cas d'espèce, l'intimé a considéré que, sans atteinte à la santé, la recourante aurait exercé une activité lucrative à 50% et consacré les 50% restants aux tâches ménagères jusqu'au mois de septembre 2015. Dès le mois d'octobre 2015, il a retenu un statut d'active à plein temps en raison de l'inscription au chômage de son époux, celui-ci ayant reçu son congé pour la fin du mois de septembre 2015.

L'assurée, mère de trois enfants nés en 2006, 2010 et 2012, travaillait depuis de nombreuses années à un taux proche de 50% (49%). Par le biais du formulaire 531bis complété le 24 mars 2014, elle a indiqué à l'office AI que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 50% comme ouvrière en boulangerie industrielle par nécessité financière. Le 24 août 2015, au cours de l'enquête économique, l'assurée a confirmé ses propos. Elle a expliqué qu'elle aurait continué à travailler à 50% tant que son mari travaillait à 100%. Or, ensuite du congé signifié à ce dernier pour la fin du mois de septembre 2015, elle se serait vue contrainte d'augmenter son temps de travail à 100% afin de compenser la perte de salaire subie, en répartissant la garde de ses enfants entre son mari et divers membres de sa famille, voire en recourant à une maman de jour. La quotité des parts active et ménagère retenue par l'intimé ne prête ainsi pas le flanc à la critique, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir. Au demeurant, la recourante ne conteste pas la répartition retenue.

7. a) Sur le plan médical, la recourante a présenté une incapacité totale de travail depuis le 13 août 2013 en raison de diverses affections somatiques. Du 19 au 21 août 2014, elle a séjourné à l'Hôpital G. _____ où elle a fait l'objet d'une intervention chirurgicale consistant en une excision marginale d'une tumeur à cellules géantes des gaines tendineuses au pied gauche. Le 10 novembre 2014, le Dr P. _____ a relevé qu'il convenait d'attendre l'évolution de la phase post-opératoire pour donner des mesures plus précises quant à une éventuelle récupération de la capacité de travail dans une activité adaptée. En réponse aux questions de l'assureur perte de gain, il a indiqué, le 12 janvier 2015, qu'en l'absence de récurrence de la tumeur à cellules géantes des gaines tendineuses, la capacité de travail dans une profession adaptée pourrait être de 50% durant le premier trimestre de l'année 2015 avant d'atteindre 100%. Le 9 avril 2015, le Dr W. _____, du SMR, a fait sienne l'appréciation du Dr P. _____, en retenant que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée dès le 31 mars 2015. Sur cette base, l'office AI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2014 au 30 juin 2015, dite prestation ayant été supprimée trois mois après l'amélioration de son état de santé.

b) La recourante estime qu'aucune amélioration réelle de son état de santé n'a été constatée et, partant, que son incapacité totale de travail a perduré au-delà du 31 mars 2015. Il convient dès lors d'examiner sur quelle base l'office AI, après avoir retenu une incapacité de travail totale, a considéré que la recourante avait recouvré une capacité de travail et de déterminer si ces éléments sont suffisants pour conclure à une amélioration de la capacité de travail dans la mesure retenue par l'intimé.

8. a) Le Dr P. _____ a fondé son appréciation sur l'absence de récurrence de la tumeur à cellules géantes des gaines tendineuses. En tant que son point de vue relève d'un pronostic, il revêt un caractère hypothétique qui ne suffit pas pour admettre une amélioration de l'état de santé de la recourante justifiant une pleine capacité de travail. A cela

s'ajoute que dans un courriel du 6 février 2015 à D._____ SA, le Dr Q._____ a évoqué la possibilité d'un séjour à la Clinique X._____ pour remise en route et évaluation spécialisée des possibilités de reconversion professionnelle. De même, dans son rapport du 31 mars 2015 à D._____ SA, ce même médecin a recommandé la reprise progressive du travail dès lors qu'une amélioration progressive était à attendre dans les semaines suivantes. Quand bien même l'évolution était lentement favorable, elle demeurait insatisfaisante avec des douleurs nocturnes et des douleurs mécaniques associées à des difficultés au chaussage et à la marche. En ce qui concerne les restrictions physiques, le Dr Q._____ a relevé qu'elles se manifestaient par une absence de rendement liée aux douleurs. Toujours dans ce même rapport, il a une nouvelle fois suggéré que l'assurée fasse l'objet d'une évaluation multidisciplinaire en vue d'une reconversion professionnelle. Les multiples réserves assortissant les constats médicaux du Dr Q._____ ne suffisent pas non plus pour admettre que la recourante présente une capacité totale de travail dès le 31 mars 2015. On peut tout au plus en déduire qu'elle devrait être en mesure de reprendre le travail à temps partiel et pour autant que l'amélioration progressive attendue se réalise. Au reste, en déclarant le 16 février 2015 qu'il incombait au Dr Q._____ de donner son feu vert pour une procédure de reconversion professionnelle, le Dr P._____ relativisait la portée des propos contenus dans son rapport du 12 janvier précédent. Enfin, bref et peu étayé, le rapport du Dr W._____ du 9 avril 2015 ne saurait fonder la suppression de la rente entière d'invalidité au 30 juin 2015 au motif que la recourante aurait recouvré une capacité entière de travail dès le 31 mars 2015. A l'exception des limitations fonctionnelles, il n'indique en effet pas sur quels éléments précis repose son appréciation.

b) aa) Cela étant, dans son rapport du 8 octobre 2015, le Dr Q._____ a notamment posé le diagnostic - nouveau - de varices des membres inférieurs. Celles-ci étaient mises sur le compte des douleurs persistantes et invalidantes au niveau du pied opéré alors qu'il évoquait, le 31 mars 2015, une neuropathie post-opératoire des nerfs digitaux plantaires due à des douleurs du premier rayon du pied gauche présentes depuis une année et progressivement invalidantes au niveau du gros

orteil. Pour sa part, le Dr P._____ a indiqué, dans son rapport du 16 février 2017, qu'au moment de l'état médical de 2015, la douleur était cristallisée uniquement sur la région post-opératoire de la tumeur du pied ; or, en raison d'une très mauvaise équilibration du diabète, des douleurs neuropathiques des membres inférieurs étaient apparues dès juin 2015 dont il n'avait pas été tenu compte. Auparavant, ce médecin avait expliqué que l'équilibration du diabète était rendue très difficile par les limitations cognitives et affectives de l'intéressée, se compliquant en 2016 et 2017 d'une neuropathie des membres inférieurs (cf. rapport du 3 février 2017). Dans ces conditions, selon le Dr P._____, il existait une aggravation de l'état de santé de l'assurée, compte tenu du marasme psychologique et de la mauvaise équilibration du diabète, ainsi que des limitations fonctionnelles sur le plan orthopédique.

bb) Si les douleurs au pied gauche ont effectivement été mentionnées par le SMR dans son avis du 13 mars 2017, tel n'est pas le cas de l'extension de ces douleurs au niveau des membres inférieurs. De même, l'office AI n'a pas examiné si les nouveaux éléments avancés par le Dr P._____ en février 2017, telles d'éventuelles complications neurorétinopathiques, constituaient une aggravation de l'état de santé de la recourante. Au demeurant, le caractère sommaire du rapport du 9 avril 2015 auquel le SMR renvoie dans son avis précité ne permet pas de se prononcer de manière suffisamment circonstanciée sur ces points de manière qu'il puisse en être déduit la prise en compte des éléments précités. Il convient en particulier de relever que l'avis médical du 13 mars 2017 renvoie au rapport du Dr P._____ du 11 juillet 2014 lequel, en son point 1.4, évoque précisément des douleurs sur la surface dorsale du pied gauche et non pas sur les membres inférieurs.

c) Sur le plan psychique, le Dr Q._____ a diagnostiqué, dans son rapport du 8 octobre 2015, un probable état dépressif réactionnel. Consulté par l'assurée le 12 novembre 2015, le Dr A._____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen - qu'il a toutefois jugé sans effet sur la capacité de travail -, tout en signalant que l'activité exercée n'était pas exigible, et que, s'agissant des mesures de réadaptation professionnelle, il

n'existait pas de mesures médicales pouvant réduire les restrictions, ajoutant qu'il n'y avait pas lieu de s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail (cf. rapport du 19 décembre 2015). Dans l'annexe à ce rapport médical, le Dr A._____ a constaté, s'agissant des fonctions cognitives liées à l'activité, que les capacités d'orientation dans le temps, l'espace ou par rapport à soi-même, de concentration/attention, de compréhension, d'organisation/planification, d'adaptation au changement et les capacités mnésiques étaient toutes limitées. Le Dr A._____ a ensuite indiqué que les activités impliquant du stress ou des tâches complexes, exigeant de la rapidité et une adaptation permanente étaient encore possibles, ce qui paraissait contradictoire avec les constats précédents, réduisant ainsi la fiabilité des conclusions de ce rapport. Il n'en demeure pas moins que les constats opérés par le Dr A._____ dans son rapport sont suffisants pour émettre un doute sur le fait que la recourante aurait recouvré, selon l'office AI, une capacité de travail entière dès la fin du mois de mars 2015. A cet égard, il convient de souligner que le rapport du SMR du 9 avril 2015 auquel se réfère l'office AI dans son rapport final du 23 mai 2016 est par trop lacunaire pour se forger une conviction. Qui plus est, le rapport final ne fait que relever que l'épisode dépressif moyen réactionnel était sans impact sur la capacité de travail, sans prendre position sur les autres éléments mis en exergue par le Dr A._____.

d) En définitive, on ne voit pas quels sont les éléments probants qui ont pu amener l'office AI à considérer que l'état de santé de la recourante s'était amélioré au mois de mars 2015 au point qu'elle aurait alors retrouvé une pleine capacité de travail. Les perspectives d'amélioration ne sont pas suffisantes et n'ont pas été vérifiées par la suite ; en outre, des aggravations ont été annoncées sans que l'office AI n'ait véritablement procédé à des investigations afin de déterminer si les nouveaux éléments rapportés étaient de nature à modifier l'appréciation selon laquelle la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail. Partant, il convient de constater que l'instruction s'avère lacunaire dans la mesure où les faits médicaux pertinents n'ont pas été établis de manière convaincante. Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'office

AI afin qu'il procède à un complément d'instruction sur le plan médical en vue de déterminer plus particulièrement quels sont les troubles qui affectent la recourante postérieurement au 31 mars 2015 et leurs conséquences éventuelles sur sa capacité de travail.

e) Dès lors qu'un complément d'instruction est nécessaire concernant la situation médicale de la recourante, il appartiendra à l'office intimé de reprendre les calculs s'agissant du degré d'invalidité en fonction du résultat de l'examen complémentaire. L'instruction étant incomplète, avec pour corollaire le renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction, il s'avère vain de débattre de la capacité ménagère. Le cas échéant, il incombera ainsi à l'intimé de procéder à une nouvelle enquête ménagère puis de statuer à nouveau sur les prétentions de la recourante en pondérant la part active et la part ménagère sur la base des atteintes objectivées médicalement.

9. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office AI afin qu'il procède à un complément d'instruction sur le plan médical et celui de la capacité de travail exigible puis rende une nouvelle décision.

10. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'office AI, qui succombe.

b) La recourante voit ses conclusions admises, de sorte qu'elle peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé. Il convient de fixer cette indemnité à 2'000 fr., compte tenu de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 17 mai 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- 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 V. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Florence Bourqui, avocate auprès d'Inclusion Handicap (pour V. _____),
- 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 :