

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} novembre 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Neu et Mme Berberat, juges
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

X. _____, à (...), recourante, représentée par Procap, Service juridique
à Bienne,

et

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

Art. 28 et 29 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née [...], originaire de [...], est arrivée en Suisse en [...] avec un passé traumatique en lien avec la guerre de [...]. En 2000, elle a été brièvement hospitalisée à la [...] pour mise à l'abri d'idées suicidaires. Titulaire d'un permis B, sans formation, elle a par la suite travaillé pendant plusieurs années en qualité de femme de chambre. Elle a présenté une incapacité de travail depuis le 15 septembre 2011 en raison d'un cancer du sein droit, traité par mastectomie avec curage axillaire le 18 octobre 2011, puis chimiothérapie et radiothérapie.

Elle a déposé une demande de moyen auxiliaire le 11 novembre 2011, admise par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), qui a pris en charge les frais d'une perruque et d'une prothèse de sein au titre de moyens auxiliaires.

Par courrier du 20 janvier 2012, l'OAI a invité l'assurée à déposer une demande de prestations si elle présentait une incapacité de travail sur une longue période en lien avec sa maladie, étant précisé qu'une demande tardive pouvait lui porter préjudice. En l'absence de réaction de l'assurée, l'OAI a clos son dossier en décembre 2012.

Faisant suite à une demande de détection précoce formulée par F._____, médecin traitant, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI le 18 février 2013, indiquant souffrir d'un cancer du sein.

Au plan psychiatrique, il ressort des éléments au dossier que l'assurée a débuté un suivi psychiatrique dans le courant de l'année 2012, d'abord auprès des Drs L._____ et [...], psychiatres au Centre J._____ à [...] (décembre 2012 à octobre 2013), puis auprès de la Dresse K._____ chez [...] (octobre 2013 à mai 2015) et enfin auprès du Dr M._____ et de la psychologue [...], au service d'oncologie de l'Hopital Z._____ (depuis le 29 mai 2015). L'ensemble de ces médecins ont attesté une incapacité

de travail totale en raison d'atteintes à la santé psychique (trouble dépressif récurrent, anxiété généralisée, modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe).

L'OAI a mandaté le Centre N. _____ ([...]) afin qu'il procède à une expertise psychiatrique de l'assurée. Les experts G. _____, spécialiste en psychiatrie et S. _____, médecin-assistante, ont rendu leur rapport d'expertise le 15 juillet 2016, dans lequel ils ont retenu le diagnostic incapacitant de trouble d'anxiété généralisée depuis 2012 et de dysthymie, cette dernière étant sans effet sur la capacité de travail. La capacité de travail était de 80% dans toute activité, en raison de l'apparition de troubles anxieux et dépressifs mixtes depuis l'opération de mastectomie pratiquée en 2011. Les limitations fonctionnelles étaient une fatigabilité, une capacité de concentration et une flexibilité intellectuelle entravée par des douleurs vécues subjectivement comme handicapantes et des pensées rétrécies dominées par des craintes anticipatoires.

Le Dr M. _____ a pour sa part maintenu que l'assurée présentait une capacité de travail nulle au plan psychiatrique, dans un rapport du 12 septembre 2016.

Au plan somatique, l'assurée a présenté une incapacité de travail totale depuis octobre 2011 et durant toute l'année 2012, en raison des atteintes en lien avec le cancer du sein.

Dans un rapport du 14 mars 2013, le Dr T. _____, spécialiste en oncologie médicale, exposait que l'assurée était en rémission de son cancer, au bénéfice d'un traitement par hormonothérapie. Elle présentait un lymphœdème du membre supérieur droit secondaire au curage axillaire, qui était douloureux et empêchait une mobilité adéquate du bras droit. Il attestait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, sans se prononcer sur une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée.

Le 28 mars 2013, le Dr V. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé

qu'une capacité de travail totale pouvait être constatée, dès le mois de novembre 2012, dans une activité adaptée, soit une activité n'imposant pas de travaux de force ni de mouvements répétitifs du membre supérieur droit, et pas de port de charges de plus de cinq kilos.

Les rapports subséquents des Drs T._____, (13 janvier 2015) ou X._____, spécialiste en oncologie médicale (9 septembre 2016) du Service d'oncologie de l'Hopital Z._____, ne précisent pas la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, compte tenu des atteintes somatiques.

Dans un rapport du 13 octobre 2016, la Dresse W._____, médecin au SMR, a estimé disposer d'assez d'éléments anamnestiques, cliniques et para-cliniques pour constater une capacité de travail de 80 % dans une activité physiquement adaptée, dès le mois de décembre 2012, en dépit du fait que les Drs T._____ et X._____ ne se sont pas prononcés clairement sur le taux de capacité de travail exigible eu égard aux atteintes somatiques.

Il ressort d'une note d'entretien du 7 novembre 2016 avec un collaborateur du service de réadaptation professionnelle de l'OAI, qu'il était surpris de l'écart d'appréciation de la capacité résiduelle de travail entre les experts et le psychiatre traitant. Au vu de ses propres observations (assurée quasiment prostrée, avec des tremblements et de petites convulsions durant tout l'entretien, en état de fort stress), il suggérait de soumettre à nouveau le dossier au SMR. Quoi qu'il en soit, aucune mesure d'ordre professionnel n'était envisageable pour réduire le préjudice, chez cette assurée non qualifiée, aux ressources limitées.

Le 17 novembre 2016, la Dresse W._____ a maintenu son point de vue relatif à une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité adaptée.

L'OAI a communiqué un préavis le 1^{er} décembre 2016 dans le sens d'un refus de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité. Il a

constaté que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de femme de ménage du 15 septembre 2011 au 1^{er} décembre 2012. Au-delà, la capacité de travail était de 80 % dans une activité ne nécessitant pas de port de charges lourdes ou de mouvements répétitifs par le membre supérieur droit. L'assurée avait déposé tardivement sa demande de prestations le 21 février 2013, de sorte que le droit à la rente ne pouvait prendre naissance qu'à partir du 1^{er} août 2013, soit à une date où la capacité de travail était de 80% dans une activité adaptée. Le degré d'invalidité, fixé alors à 6%, était insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente.

Le 9 décembre 2016, l'assurée a contesté le projet de décision du 1^{er} décembre 2016. Elle a produit un courrier du Dr F._____, selon lequel l'OAI n'avait pas suffisamment tenu compte de l'importance de sa pathologie psychiatrique, qui constituait la principale cause d'incapacité de travail.

Désormais représentée par Procap, l'assurée s'est encore déterminée par courrier du 15 mars 2017. Elle a contesté l'appréciation de sa capacité de travail et la valeur probante de l'expertise psychiatrique. Elle a également communiqué un rapport du 22 février 2017 du Dr M._____, lequel retenait le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent, au vu des différentes rechutes et de la fluctuation actuelle, d'un trouble de l'anxiété généralisée et d'un état de stress post traumatique. Le degré d'incapacité de travail depuis 2011 était de 100% dans toute activité.

Par décision du 2 juin 2017, l'OAI a refusé le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité, pour les mêmes raisons que celles exposées dans son préavis du 1^{er} décembre 2016.

B. Par acte du 10 juillet 2017, X._____, représentée par Procap, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 2 juin 2017. Elle a conclu à sa réforme dans le sens qu'elle a droit aux prestations de l'assurance-invalidité, et

subsidiairement au renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a contesté le caractère tardif de sa demande de prestations, qu'elle avait déposée le 11 novembre 2011. Elle concernait certes la remise de moyens auxiliaires, mais elle était en lien avec le traitement de son cancer. Elle a également contesté la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique du Centre N. _____ du 15 juillet 2016 et estimé que son dossier n'était pas suffisamment instruit sur le plan somatique.

Dans sa réponse du 28 août 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse, relevant en particulier que l'assurée avait été informée en janvier 2012 quant au fait que le dépôt tardif d'une demande de prestations pouvait lui porter préjudice. Au plan médical, l'OAI a estimé que le rapport d'expertise du 15 juillet 2016 avait pleine valeur probante et s'est référé au surplus à l'avis du SMR du 17 août 2017 qu'il produit.

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 (art. 1 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 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 ; RSV 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. Le litige porte sur le droit de la recourante à des mesures de réadaptation professionnelle et à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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.

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 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.

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

b) L'art. 8 al. 1 LAI pose quant à lui le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou encore à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 LAI. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_347/2010 du 3 février 2011 consid. 3 et les références citées).

4. a) 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 nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5, TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

5. Dans le cas d'espèce, l'intimé a considéré que la recourante avait présenté une incapacité de travail et de gain totale, pendant une année au moins, depuis le mois de septembre 2011. Dès le mois de décembre 2012, elle avait recouvré une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, qui lui permettait de réaliser un revenu proche de celui qu'elle aurait réalisé sans atteinte à la santé. Le droit à la rente aurait pu être reconnu pour la période du 1^{er} septembre 2012 au 28 février 2013, mais n'était pas ouvert en raison d'une demande tardive. En effet, compte tenu d'une demande déposée en février 2013, le droit à la rente n'avait pas pu prendre naissance avant le mois d'août 2013.

Dans un premier grief, la recourante conteste le dépôt d'une demande tardive. Elle soutient que sa demande de moyens auxiliaires, déposée le 11 novembre 2011, suffisait à sauvegarder ses droits. Compte

tenu de cette demande, l'OAI aurait également dû examiner la question du droit à la rente.

Sur ce point, la recourante ne peut pas être suivie. L'OAI doit effectivement examiner d'office le droit à toutes les prestations qui entrent sérieusement en considération, y compris le droit à la rente, lorsqu'il est saisi d'une demande de moyen auxiliaire. Ce principe n'est cependant pas applicable aux prestations qui n'ont aucun rapport avec les demandes résultant implicitement ou explicitement des indications de la personne et dont aucun indice au dossier ne permet de dire qu'elles pourraient entrer en ligne de compte (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 2847 p. 779). En l'espèce, aucune indication relative à une incapacité de travail de longue durée n'a été communiquée à l'OAI au moment du dépôt de la demande de moyen auxiliaire. Compte tenu du diagnostic de carcinome du sein droit indiqué dans la demande, l'OAI a néanmoins informé l'assurée du fait que si elle présentait une incapacité de travail de longue durée, d'autres prestations de l'assurance-invalidité étaient envisageables (courrier du 20 janvier 2012). Il l'a expressément invitée à lui retourner un questionnaire relatif à une éventuelle incapacité de travail durable si elle souhaitait que le droit à ces autres prestations soit ouvert. Il lui a également communiqué un mémento d'information et l'a rendue attentive au fait que le dépôt tardif d'une demande de prestations pouvait lui porter préjudice, et qu'en particulier, le versement d'une rente de l'assurance-invalidité intervenait au plus tôt six mois après le dépôt de la demande. La recourante n'a pas réagi à ce courrier et n'a, en particulier, pas retourné le questionnaire qui lui avait été adressé. Dans ces circonstances, l'OAI était fondé à clore le dossier après l'octroi des moyens auxiliaires, sans autre mesure d'instruction. La première demande, relative aux moyens auxiliaires, n'a donc pas suffi à sauvegarder le délai de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI (cf. consid. 3a *supra*).

6. a) Dans un second grief, la recourante a contesté disposer d'une capacité résiduelle de travail de 80 % dans une activité adaptée. Elle estime ainsi que l'expertise psychiatrique n'a pas de valeur probante et soutient que la cause est insuffisamment instruite sur le plan somatique.

En l'occurrence, l'expertise, bien que relativement peu détaillée, est probante. En sus des éléments pertinents de l'anamnèse de la recourante et d'une analyse des pièces du dossier, l'expert a fait part de ses conclusions après avoir procédé à une discussion étayée du cas d'espèce et avoir examiné cliniquement la recourante. On ajoutera que les experts ont en particulier indiqué pourquoi ils posaient le diagnostic de dysthymie et réfutaient celui de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère, posé par le Dr M._____. Sur cette question, ils ont en effet exposé que la clinique dépressive était faible (p. 14 de l'expertise), ce qui correspond à leurs constatations cliniques (p. 8 de l'expertise). Le Dr M._____ le conteste dans un courrier du 22 février 2017, mais toutefois sans préciser quels éléments cliniques justifieraient son diagnostic relatif à un épisode dépressif actuellement sévère. Au vu de l'anamnèse, avec notamment une hospitalisation en 2000, on pourrait certes privilégier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, mais cela ne permettrait pas de corroborer un épisode sévère écarté de manière convaincante par les experts ni de constater une incapacité de travail supérieure à celle retenue au vu, notamment, de leurs observations cliniques. En ce qui concerne la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et le diagnostic d'état de stress post-traumatique, les experts ont exposé, de manière convaincante, que les aspects post-traumatiques qui pouvaient être constatés ne remplissaient pas les critères permettant de diagnostiquer un trouble spécifique de ce point de vue (réviviscence aléatoire, évitement, crainte de voir ses agresseurs et émoussement affectifs absents, hyperactivation neurovégétative faible). Il est vrai qu'à ce propos, les experts ont pris en considération, à tort, que l'assurée avait pu continuer à travailler quelques temps après l'opération. Rien ne permet cependant de constater que cet élément, qui n'est mentionné qu'une seule fois dans l'expertise, aurait

été déterminant pour réfuter le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience traumatique.

S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée, compte tenu du principal diagnostic posé (trouble d'anxiété généralisée), les experts ont dûment pris en compte l'intensité du trouble, les ressources de l'assurée, certes peu outillée pour faire face à des situations qui représentent des répétitions traumatiques, et qui la confrontent à un sentiment d'injustice, mais qui a démontré de bonnes capacités d'intégration par le passé, qui a pu entamer une relation affective dans l'année ou les deux années qui ont précédé l'expertise, et qui est encore capable de gérer l'essentiel des tâches ménagères et des achats, malgré ses difficultés. Contrairement à ce que soutient la recourante, un test de quotient intellectuel n'était nullement nécessaire pour apprécier sa capacité résiduelle de travail. Des tests neuropsychologiques n'étaient pas davantage nécessaires pour constater une incapacité de travail limitée à 20 % en raison du trouble anxieux. Sur ce point, les experts ont en effet admis que ce trouble anxieux pouvait entraîner des difficultés de concentration et entraver la flexibilité intellectuelle, mais ont souligné que la clinique anxieuse restait modérée, sans troubles cognitifs majeurs à l'examen.

Enfin, on ne saurait tenir l'expertise pour contradictoire au motif que les experts ont mentionné une certaine «théâtralisation de la souffrance» («à un moment donné, elle soulève sa chemise et nous montre ses seins nus» ; p. 8 de l'expertise), puis ont exposé n'avoir pas mis en évidence d'éléments de théâtralisation ou d'exagération des symptômes ni d'éléments en faveur d'un trouble factice (p. 10 de l'expertise). En page 8, ils ont constaté que le fait, pour l'assurée de soulever sa chemise pour montrer ses seins aux experts, correspondait à une certaine théâtralisation — plutôt que de traduire un comportement manipulateur ou un contact trop familier. En page 10, en revanche, les experts répondaient à une question relative à d'éventuels motifs d'exclure une incapacité de travail, tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires, compte tenu de leur

ampleur. L'attitude mentionnée en p. 8 ne justifiait pas de constater une telle exagération, permettant d'emblée d'exclure toute incapacité de travail.

Au vu de ce qui précède et du caractère probant de l'expertise, l'intimé n'avait pas de motifs de s'écarter des conclusions des Drs G._____ et S._____ et pouvait constater l'absence d'incapacité de travail supérieure à 20 %, pour des motifs psychiques, dans une activité adaptée.

b) La recourante fait encore grief à l'intimé de n'avoir pas davantage instruit la question d'une éventuelle incapacité de travail d'origine somatique. Il faut toutefois constater que l'intimé a invité plusieurs fois les médecins traitants à se prononcer clairement sur ce point (cf. notamment courrier du 18 août 2016 du SMR à l'Hopital Z._____, ce qu'ils ont toujours refusé de faire (cf. notamment rapports du 12 septembre 2016 du Dr M._____ et des 13 janvier 2015 et 9 septembre 2016 du Dr X._____)). Dans la mesure où les traitements oncologiques lourds étaient achevés à la fin de l'année 2012 et où le cancer était en rémission, la Dresse W._____, à l'instar du Dr V._____ précédemment, a estimé, sur la base des éléments anamnestiques ainsi que des constatations cliniques et para-cliniques à disposition, que les douleurs dans le membre supérieur droit n'entraînaient plus d'incapacité de travail dans une activité n'imposant pas le port de charges lourdes ni des mouvements répétitifs du membre supérieur droit. Ce constat ne prête pas flanc à la critique. Dans son courrier du 9 décembre 2016 à l'assurée, le Dr F._____ remet d'ailleurs en question le projet de décision de l'OAI exclusivement en relation avec des troubles psychiques dont la gravité aurait été négligée. Enfin, la recourante ne produit aucun autre document médical qui mettrait sérieusement en cause les constatations de la Dresse W._____ sur ce point.

7. La recourante ne soulève, pour le surplus, aucun grief relatif à la comparaison de revenus effectuée par l'intimé. Il n'y a donc pas

lieu de revenir plus en détail sur ce point. Tout au plus observera-t-on que l'opportunité d'effectuer un parallélisme des deux revenus à comparer (avec et sans invalidité) entrerait sérieusement en considération en l'espèce (cf. ATF 134 V 322, 135 V 297). Le parallélisme ne conduirait toutefois manifestement pas à ouvrir droit aux prestations de l'assurance-invalidité, compte tenu de la capacité résiduelle de travail de la recourante dans une activité adaptée.

8. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 2 juin 2017 confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Toutefois, dès lors que la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, limitée aux avances et aux frais judiciaires, ces derniers frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 2 juin 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 :

La greffière :

Du

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

- Procap, Service juridique, à Bienne (pour X. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances-sociales, à Berne,

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 :