

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} novembre 2018

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
M. Métral et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourante, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1954, originaire du J._____, a déposé, le 3 novembre 2014, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'office ou l'intimé), invoquant une dépression depuis le 28 avril 2014.

A teneur d'un questionnaire pour employeur du 17 novembre 2014, le service du personnel de la Ville de X._____ a indiqué que l'assurée était employée en qualité de concierge depuis le 1^{er} juillet 2002, à un taux de 75 %. De ce questionnaire, il résultait que le salaire mensuel s'était élevé à 3'909 fr. 70 depuis 2011 (46'916 fr. 25 par an) et que, sans atteinte à la santé, elle réaliserait le même salaire. L'employeur a en outre précisé que l'horaire de travail était de 8h40 à plein temps, soit 6h30 à un taux d'activité de 75 %.

Par rapport du 4 décembre 2014 adressé à l'OAI, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a décrit un épisode dépressif sévère, mélancolique, avec troubles dissociatifs de conversion mixtes, apparus suite au décès du frère de l'assurée dans un accident au J._____ au mois d'avril 2014. Le psychiatre traitant relevait que, depuis lors, l'évolution était défavorable, malgré un traitement psychotrope, l'intéressée présentant un sentiment de culpabilité, un apragmatisme, des ruminations et des troubles de l'équilibre sans substrat organique. De son avis, la capacité de travail était nulle dans toutes activités.

Dans un rapport du 20 décembre 2014, adressé à l'OAI, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale, a mentionné, en sus des troubles psychiques précités, des migraines invalidantes et des douleurs ostéoarticulaires multiples. En annexe à ce rapport figuraient les avis suivants :

- Un rapport du 3 février 2014 du Dr B._____, spécialiste en neurologie, concluant à des céphalées mixtes, à la fois tensionnelles et migraineuses et préconisant une adaptation du traitement médicamenteux et une poursuite des mesures de physiothérapie au niveau cervico-scapulaire.
- Un rapport du 2 décembre 2014 de la Dresse F._____, spécialiste en radiologie, faisant état de gonalgies bilatérales dues à un minime pincement de l'interligne fémoro-tibial interne bilatéral sans remodelage osseux des deux versants articulaires.
- Deux rapports datés du 21 novembre 2014 des Drs A._____, spécialiste en gastroentérologie et K._____, spécialiste en pathologie, faisant état d'une légère gastrite chronique, légèrement active, du corps gastrique une *helicobacter pylori*, traitée par inhibiteurs de la pompe à protons et antibiotiques.

Au vu de ces éléments, le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a considéré qu'au vu de l'atteinte et de son évolution, des mesures de réinsertion semblaient prématurées (cf. avis SMR du Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, du 2 février 2015).

Interpellé par le SMR le 9 avril 2015, le Dr D._____ a indiqué par rapport du 17 avril 2015 que sa patiente avait refusé une proposition d'hospitalisation, qu'elle séjournait au J._____ en famille pour commémorer le décès de son frère et qu'il réitérerait la question avec elle à son retour si cette villégiature n'avait pas facilité l'évolution du deuil.

Par courrier du 17 avril 2014, le Dr W._____ a communiqué au SMR les rapports médicaux suivants :

- Un rapport du Centre hospitalier G._____ (ci-après : le Centre hospitalier G._____) du 11 mai 2014 relatant une consultation ambulatoire pour des vertiges.

- Un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale et des rochers du Dr R._____, spécialiste en radiologie du 22 mai 2014 ne révélant aucune anomalie.
- Un rapport de coloscopie du 4 mars 2014 du Dr Q._____, spécialiste en gastroentérologie, révélant de petits polypes, dont exérèse, dans le cadre d'un dépistage du cancer colorectal.
- Un rapport d'oeso-gastro-duodéoscopie du 4 mars 2014 du Dr Q._____, évoquant de possibles micros zones d'endobrachyœsophage.

Par avis SMR du 1^{er} mai 2015, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale et en gériatrie, a indiqué qu'un séjour dans son pays d'origine lui semblait difficilement compatible avec le caractère mélancolique de l'épisode dépressif sévère diagnostiqué par le Dr D._____.

Au début du mois de juillet 2015, le mari de l'assurée a été victime d'un sévère infarctus suivi de cinq semaines de réhabilitation.

Par rapport du 7 juillet 2015, le Dr D._____ a décrit une discrète amélioration, sa patiente pouvant sortir « un peu plus souvent de chez elle », mais restait toutefois apragmatique et sujette à dépression. Le psychiatre traitant estimait nulle la capacité de travail dans l'activité habituelle de concierge et dans toutes autres activités. Il a listé les affections suivantes : apragmatisme, aboulie, absence de toute motivation et initiative, troubles de l'équilibre et limitation des mouvements de type conversion hystérique (troubles dissociatifs), syndrome douloureux somatoforme.

A la demande du SMR, il a complété son rapport le 28 août 2015, exposant que les limitations des mouvements, en particulier la

marche, persistaient, mais de façon fluctuantes et qu'elles étaient plus manifestes lorsqu'elle pouvait être aidée. Il a exemplifié cela par le fait qu'elle se suspendait au bras de son mari de façon très démonstrative, comme si elle allait tomber et que, croisée en ville par hasard, elle se déplaçait sans aide, suivant sa belle-fille dans un magasin. De l'avis du Dr D._____, ces comportements étaient évocateurs d'un trouble de la conversion, vu qu'il n'y avait pas d'explication organique claire, qu'il existait des bénéfices secondaires pour l'intéressée, et que les symptômes étaient apparus conjointement au trouble dépressif sévère. Il relevait enfin que l'infarctus du mari de l'assurée avait fortement augmenté les angoisses de celle-ci.

Par rapport du 27 août 2015, le Dr W._____ a indiqué au SMR que sa patiente ne présentait pas de limitation de la mobilité, mais des douleurs dans les articulations et le dos, sans montrer des signes d'arthrose ou de polyarthrite.

L'assurée a été adressée au Dr P._____, spécialiste en cardiologie, par son médecin-traitant. Dans son rapport du 3 septembre 2015, le cardiologue n'a pas mis en évidence d'anomalie cardiaque, expliquant la dyspnée et la symptomatologie douloureuse thoracique atypique, sans proposer d'investigations complémentaires et rappelant qu'une angiographie par tomodensitométrie des artères coronaires effectuée pour des douleurs thoraciques en 2009 s'était avérée parfaitement normale.

L'assurée a été licenciée pour le mois de mai 2016.

Sur mandat de l'OAI du 26 février 2016, l'intéressée a fait l'objet d'une expertise bidisciplinaire confiée aux Drs N._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ceux-ci ont examiné l'assurée de manière séparée les 12 avril (volet psychiatrique) et 20 mai 2016 (volet rhumatologique), puis se sont entretenus ensemble du cas le 30 mai 2016.

Dans son rapport du 30 mai 2016, l'expert rhumatologue a posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de syndrome cervicobrachial sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, discopathie C4-05 et C6-C7, relevant une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée et l'impotence fonctionnelle décrites dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle dans les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour. Pour le Dr N._____, les douleurs, probablement mises en relation avec le contexte socio-familio-professionnel, se sont cristallisées et étendues, entraînant une impotence fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne et professionnelle de l'intéressée. Dans son anamnèse rhumatologique, il a notamment relevé un impact sur le sommeil avec des réveils nocturnes fréquents. Pour l'expert rhumatologue, les diagnostics de syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans signe de discopathie significative, de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique, d'omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie et de gonalgies droites sans signes méniscaux ou tendineux ou trouble dégénératif n'avaient quant à eux aucun effet sur la capacité de travail. Le Dr N._____ a observé une importante divergence entre les symptômes somatiques décrits, l'examen clinique, les examens paracliniques et le comportement de la personne tant lors de l'examen que dans ses activités professionnelles et ménagères anamnestiques (rapport N._____, pp. 4 et 12-14).

Sous l'angle bidisciplinaire et après discussion entre eux, les experts ont estimé la capacité de travail dans l'activité habituelle et antérieure à 70-80 %, relevant que les arrêts de travail avaient été émis par son psychiatre traitant dès le mois d'avril 2014. Dans une activité adaptée, les experts ont estimé la capacité de travail à 100 %, sans diminution de rendement. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'expert rhumatologue a exposé que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité limitant les mouvements répétitifs de la nuque en flexion-extension et les ports de charges à répétition de plus de 10-15 kg (rapport N._____, pp. 15-16).

En ce qui concerne le volet psychique, le Dr L. _____ a rapporté ce qui suit dans son rapport du 8 juin 2016 (pp. 12 et 16-22) :

« II. ATTEINTE À LA SANTÉ

1. **Manifestation et gravité des constats objectifs**
2. **Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé** [...]

Il s'agit d'une assurée faisant son âge, les cheveux [...], les yeux [...], portant des [...], elle mesure [...] cm pour un poids de [...] kg. Elle est venue accompagnée par son mari qui a conduit la voiture. Elle s'exprime en français dans un discours cohérent. Elle est dans une attitude plutôt régressive, très démonstrative concernant ses douleurs et ayant quelquefois des positions algiques et gémissant parfois. Tout au début de l'entretien, elle parlait d'une voix lente et très plaintive, elle va changer en cours d'entretien mais elle gardera toujours une voix dans un débit normal mais en gardant toujours le caractère démonstratif. La collaboration est à la limite de celle à laquelle on peut s'attendre lors de la passation d'un examen d'expertise, dans le sens que l'assurée n'a pas voulu approfondir certaines questions, notamment en ce qui concerne ses activités journalières.

[...]

Au moment de l'entretien et concernant la lignée dépressive, l'assurée présente une tristesse qui est fluctuante, elle-même disant qu'il y a des moments dans la journée où elle n'est pas triste, mais qu'elle l'est surtout quand elle pense à son frère, notamment le matin où la première chose qu'elle fait est de se plonger dans le livre qu'il a écrit. L'humeur est légèrement dépressive. Il n'y a pas de signes ou de symptômes parlant en faveur d'un ralentissement psychomoteur, car bien que l'assurée fût lente au début de l'entretien, cette lenteur va disparaître au cours de l'entretien, et il n'y a pas de troubles cognitifs. La lenteur est à comprendre comme une attitude régressive plus que dépressive. Présence de sentiments de dévalorisation et de découragement. Pas de sentiments d'infériorité, d'inutilité ou de ruine. L'élan vital selon l'assurée est perturbé, mais ceci est difficile à objectiver par l'expert. Pas d'idées noires ou d'envies suicidaires. A ma connaissance, l'assurée n'a jamais fait de tentative de suicide. Elle n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Le sommeil est perturbé à cause des douleurs.

[...]

4. **Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires et de leur ampleur**

Il y a une exagération des symptômes notamment physiques, avec une attitude algique et des gémissements très démonstratifs pendant l'entretien.

[...]

7. Analyse détaillée de la personnalité actuelle de l'assurée et de son évolution

Il s'agit d'une assurée intelligente, qui a fait des études universitaires dans son pays d'origine, arrêtées en 3^e année car elle s'est mariée, selon ses dires.

Il y a certainement des traits hystériformes chez l'assurée ainsi que des traits narcissiques, celle-ci ayant très mal vécu le fait qu'à son arrivée en Suisse elle ait dû travailler dans le milieu des nettoyages alors qu'elle avait une formation d'enseignante.

Le comportement de l'assurée face à la maladie est très démonstratif, notamment en ce qui concerne les douleurs que l'assurée dit avoir depuis quelques années, douleurs exacerbées vraisemblablement après la mort de son frère.

8. Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente l'assurée et sur les ressources personnelles dont elle dispose

L'atteinte à la santé est plutôt d'ordre somatique et c'est le Dr N. _____ qui devra parler des limitations fonctionnelles empêchant cette assurée de travailler car du point de vue psychiatrique, l'épisode dépressif qui a été décrit par le Dr D. _____, psychiatre de l'assurée, me semble s'être bien amélioré, et il était en lien avec le deuil de son frère dont l'assurée semble faire actuellement l'élaboration.

III. DIAGNOSTICS

1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail

2. Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail

- Autres troubles spécifiques de la personnalité (F60.8) (traits histrioniques et traits narcissiques).
- Trouble dissociatif (F44).
- Episode dépressif actuellement léger avec syndrome somatique (F32.01) secondaire au décès de son frère survenu il y a deux ans.

**3. Interactions des diagnostics :
Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assurée dans tous**

les domaines, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts

Signalons que le Dr D. _____ parle d'un épisode dépressif sévère de caractère mélancoliforme mais dans la description clinique qu'il fait, il manque notamment l'affect dépressif sévère et des idées suicidaires, à ma connaissance l'assurée n'a jamais fait de tentative de suicide. Cet épisode a débuté après le décès de son frère il y a environ deux ans, l'assurée étant très attachée à lui, ce frère étant décédé par accident. L'assurée a eu de la peine à faire le deuil et ceci dans un contexte social difficile pour l'assurée qui a fait des études universitaires dans son pays, qui a travaillé comme enseignante, et lorsqu'elle est arrivée en Suisse elle a dû travailler dans les nettoyyages, ce qui a provoqué certainement une blessure narcissique que l'assurée n'a pas pu combler.

Je ne peux donc pas retenir le caractère mélancoliforme de l'épisode dépressif, mais plutôt les difficultés de cette assurée à faire une élaboration du deuil de son frère auquel elle était très attachée et qui représentait certainement la réussite sociale que l'assurée, elle-même ayant fait des études universitaires, n'avait pas pu obtenir vu qu'elle est l'aînée de la fratrie et qu'elle s'était beaucoup occupée de son frère.

Cette assurée présente un côté très démonstratif concernant ses douleurs, dans une attitude très hystérisante avec une exagération des symptômes, motif pour lequel je n'ai pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme, bien qu'il existe des douleurs un peu partout dans son corps que l'assurée vit comme étant très handicapantes.

IV. TRAITEMENT ET RÉADAPTATION

1. La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ?

L'assurée est suivie par un psychiatre depuis 2014 à raison d'une fois par mois, elle prend le Cipralex, Temesta et Seroquel. L'assurée dit qu'elle a arrêté le Cymbalta. Elle prend également des médicaments pour ce qu'elle appelle l'arthrose. Signalons que selon les dosages plasmatiques, les benzodiazépines sont négatives donc elle ne prend pas le Temesta, et le Cipralex est dans l'intervalle thérapeutique. Pour une raison que j'ignore, le laboratoire n'a pas mesuré le Seroquel.

[...]

2. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assurée au cours des thérapies effectuées

Je n'ai pas trouvé dans les documents que vous avez mis à ma disposition une attitude non coopérative de l'assurée, mais signalons que selon le dosage plasmatique elle ne prend pas le Temesta.

3. Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de l'assurée

Je n'ai pas d'option thérapeutique à proposer. Le principal problème de cette assurée est la douleur, le fait qu'elle soit tiraillée entre le J. _____ où elle se sent bien et la Suisse où ses enfants se trouvent bien, et l'élaboration du deuil de son frère qu'elle est en train de faire.

[...]

V. COHÉRENCE

1. Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités médicales, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assurée

A signaler des divergences du point de vue anamnestique, car selon les dires du Dr D. _____, cette assurée aurait souffert de la guerre, elle aurait dû arrêter ses études pour cette raison, alors que selon l'assurée, elle a fait des études universitaires qu'elle a arrêtées en 3^{ème} année car elle s'est mariée, puis elle est venue en Suisse pour rejoindre son mari.

Je signale aussi que le Dr D. _____ parle d'une attitude très régressive et handicapante lorsque l'assurée est en face de lui, mais que le Dr D. _____ l'avait vue tout à fait par hasard un jour où l'assurée marchait normalement et sans difficulté derrière une de ses filles ou de ses belles-filles. Ceci montre le caractère hystérisant de cette assurée, objectivé pendant l'entretien, qui présente beaucoup de bénéfices secondaires par son attitude, son mari et ses enfants s'occupant beaucoup d'elle.

2. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales)

Selon les dires de l'assurée, elle ne peut pas faire le ménage et n'a pas d'activité sociale, mais elle est quand même capable de faire des promenades et regarder parfois la télévision et d'être en famille, ainsi que de faire des voyages au J. _____ où elle dit se trouver beaucoup mieux qu'en Suisse. Il est difficile pour l'expert d'objectiver les dires de l'assurée concernant ses activités.

[...]

VI. CAPACITÉ DE TRAVAIL

1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

Signalons que cette assurée est en incapacité de travail depuis mai 2014 pour un épisode dépressif sévère, ceci étant vraisemblablement apparu après le décès brutal de son frère, avec une exacerbation des symptômes physiques, justifiant l'incapacité de travail.

N'ayant pas pu objectiver les signes et symptômes d'un épisode dépressif sévère mélancoliforme pendant l'entretien, je ne retiens pas d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique.

Signalons que pour le Dr D. _____ cette assurée est incapable de travailler à 100 % du point de vue psychiatrique. L'expert ne peut que, en fonction de ses constatations effectuées le jour de l'entretien, proposer une capacité de travail à 100 % depuis la date de l'entretien.

2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée

Cette assurée est capable de travailler à 100 % depuis la date de l'entretien d'expertise. »

Par rapport SMR du 5 juillet 2016, le Dr T. _____ a retenu comme atteinte principale à la santé un syndrome cervicobrachial sans signe radiculaire irritatif déficitaire dans un contexte de discopathies C4-C4 et C6-C7. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle dès le 15 mai 2014, puis de 20-30 % dès le 12 avril 2016. La capacité de travail était entière dès cette date s'agissant d'une activité adaptée, sans mouvements répétitifs de la nuque en flexion-extension et sans manipulation de charges de plus de 10 kg.

Par projet de décision du 26 juillet 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière du 1^{er} mai 2015 au 31 juillet 2016. Préliminairement, il a constaté que l'intéressée était active à 75 %, consacrant le 25 % restant aux travaux habituels du ménage. Selon l'office et à la lumière de l'instruction médicale, l'assurée a présenté une incapacité de travail et de gains totale dans toute activité lucrative du 28 avril 2014 au 11 avril 2016, date à laquelle elle ne présentait plus de préjudice économique du fait qu'elle était à même de reprendre son activité habituelle. Pour la période d'incapacité de travail et de gains totale, l'OAI reconnaissait le droit à une rente entière, basée sur

un degré d'invalidité de 75 %. Il a toutefois indiqué qu'en raison du dépôt de la demande de prestations le 4 novembre 2014 et du délai de carence d'une année, la rente ne pouvait être versée qu'à compter du 1^{er} mai 2015, soit au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, la rente étant supprimée au 31 juillet 2016, soit après le délai réglementaire de trois mois.

Par courriers des 26 août 2016 et 20 septembre 2016, l'assurée s'est implicitement puis expressément opposée au projet de décision susmentionné. Elle a notamment produit un certificat médical du Dr D._____ attestant que sa patiente était suivie depuis le 4 juin 2016 dans son cabinet et que son traitement se poursuivait.

Par courrier du 20 février 2017, l'assurée, désormais représentée par Me David Métille, a déposé des objections complémentaires au projet de décision, contestant l'absence de troubles psychiques et le rapport d'expertise bidisciplinaire mis en œuvre par l'OAI, concluant qu'il n'existait aucun motif d'écarter le diagnostic de trouble dépressif sévère et l'incapacité totale de travail arrêtés par le Dr D._____. Elle a en outre relevé que sa capacité d'adaptation ne pouvait que s'avérer des plus limitées du fait qu'elle était âgée de 62 ans, ce dont l'office aurait « fait fi », qu'elle était occupée dans les tâches de conciergerie et qu'elle n'avait pas suivi de formation ni obtenu de titre professionnel en Suisse.

A l'appui de ses objections, l'assurée a produit un rapport médical du Dr D._____ daté du 8 décembre 2016 répondant au questionnaire de son avocat. Le psychiatre traitant a exposé se rallier aux diagnostics d'autres troubles de la personnalité, de trouble dissociatif de conversion mixte, maintenant son diagnostic de trouble dépressif sévère (F32.2), type mélancolique, sur deuil prolongé, ainsi celui de trouble somatoforme douloureux (F45.1). Selon lui, l'absence d'idées suicidaires ne permettait pas d'exclure le diagnostic d'épisode dépressif sévère dans un tableau clinique présentant de la tristesse intense liée aux remémorations obsédantes de la mort de son frère, une aboulie, une perte

de toute initiative, un ralentissement moteur, des troubles du sommeil, un isolement social cristallisé entraînant une dépendance de son entourage proche, un désinvestissement du quotidien et une absence de projection dans l'avenir. Il n'a pas relevé d'incohérence de la part de sa patiente, fixée sur la mort de son frère et n'ayant jamais accepté d'avoir dû renoncer à sa formation d'enseignante pour un emploi de conciergerie. Selon lui, l'attitude de régression s'expliquait par le tableau dépressif sévère. Désormais fixé sur un mode chronique, une amélioration à moyen terme du diagnostic précité paraissait peu probable. Pour le Dr D._____, une reprise de travail, même à taux réduit ou dans une activité adaptée, n'était pas envisageable du fait que sa patiente était incapable d'assumer même des tâches domestiques simples comme les repas ou le ménage.

Par motivation du 10 avril 2017 en vue de la notification d'une décision, l'OAI a confirmé son projet de décision, rejetant les critiques de l'assurée sur les expertises médicales, constatant que celles-ci répondaient aux réquisits jurisprudentiels et que le rapport du psychiatre traitant n'apportait pas d'élément objectivement nouveau qui n'aurait été pris en compte par les experts, mais mettait en avant des aspects d'ordre psycho-social relevés par l'expert psychiatre. L'office a aussi indiqué que l'âge de l'intéressée n'avait pas d'incidence, sa capacité de travail résiduelle restant suffisamment importante, tant dans son activité habituelle (75 %) que dans une activité adaptée.

Par décision du 19 juillet 2017, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière, basée sur un degré d'invalidité de 75 % pour la période de mai 2015 à juillet 2016.

B. Agissant sous la plume de son conseil, Z._____ a recouru le 5 avril 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 juillet 2016. En substance, l'assurée reproche à l'office d'avoir écarté l'avis de son psychiatre traitant qui concluait à l'existence d'un trouble dépressif sévère chronique, privilégiant celui de l'expert L._____, lequel était

d'avis que l'intéressée ne souffrait pas de troubles suffisamment graves pour justifier la poursuite d'une incapacité complète de travail. Elle soutient que l'expert psychiatre se serait volontairement portée sur un mode d'exclusion, ne l'aurait examinée qu'à une seule reprise, n'aurait pas été en mesure de dire de quelle manière elle aurait manifesté une attitude démonstrative et que cette observation irait à l'encontre du rapport de l'expert rhumatologue, lequel n'a pas fait état d'importantes exagérations. Pour elle, l'importance de la médication prescrite à la patiente semble difficilement compatible avec un état dépressif léger. A suivre l'assurée, l'absence d'idée suicidaire n'est pas déterminante, de sorte qu'il y aurait lieu de s'en tenir aux diagnostics retenus par le Dr D._____, à savoir un trouble dépressif sévère (F32.2), type mélancolique, sur deuil prolongé, et un trouble somatoforme douloureux, ceux-ci provoquant une incapacité de travail totale quelle que soit l'activité à envisager. Dans un second moyen, l'intéressée fait valoir qu'elle était âgée de 62 ans, qu'elle n'a suivi aucune formation ni obtenu le moindre titre professionnel depuis son arrivée en Suisse, ayant été occupée dans les tâches de conciergerie, de sorte que sa capacité d'adaptation serait des plus limitées. Elle soutient que l'OAI aurait « totalement fait fi » de son âge avancé au moment de l'examen de la situation médicale et n'aurait pas examiné s'il existait une capacité de travail exploitable sur le marché du travail au regard, non seulement de sa situation médicale, mais également de son âge et de ses qualifications sur un plan professionnel. Elle conteste être en mesure de travailler à 75 % comme concierge pour la Ville de X._____ dès lors qu'elle a été licenciée, que l'exercice d'une activité à un taux partiel, à savoir 75 %, ne signifie pas forcément un plein rendement durant le temps de présence et que la capacité résiduelle de travail doit être examinée au travers du marché ouvert du travail. Elle soutient qu'elle ne présente plus la moindre employabilité sur le marché équilibré du travail et qu'il n'est dès lors pas nécessaire d'examiner le taux des tâches ménagères pour la part résiduelle de 25 %.

Par réponse du 20 novembre 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours, renvoyant à la motivation de sa décision et à l'expertise bidisciplinaire des Drs N._____ et L._____.

Aux termes d'un second échange d'écritures en dates des 11 décembre 2017 et 5 février 2018, les parties ont persisté dans leurs précédents motifs et conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité après le 31 juillet 2016.

3. a) aa) 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 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 (1^{re} phrase). 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 (2^e phrase).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). 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.

bb) 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 fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Il s'éteint trois mois après la date à partir de laquelle elle a recouvré une capacité de travail suffisante (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

b) aa) 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 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 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).

bb) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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, il est déterminant 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 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, 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

cc) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées ; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

4. En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante avait présenté une incapacité de travail et de gains totale dans toutes activités lucratives du 28 avril 2014 au 11 avril 2016, date à laquelle elle ne présentait plus de préjudice économique du fait qu'elle était à même de reprendre son activité habituelle à 75 %. Il a en outre considéré la recourante comme une personne active à 75 % et ménagère à 25 %, ce qui n'est pas contesté.

Les conclusions de l'expertise bidisciplinaire ne sont pas remises en cause au stade du recours en tant qu'elles concernent l'aspect somatique. Il n'existe d'ailleurs aucun élément dans les nombreux rapports de spécialistes au dossier laissant à penser que la recourante souffrirait d'autre ou de plus ample affection.

Sur les plans psychique et psychosomatique en revanche, la recourante se prévaut des rapports de son psychiatre traitant, lequel a posé les diagnostics de trouble dépressif sévère (F32.2), type mélancolique, sur deuil prolongé, et de trouble somatoforme douloureux (F45.1). Suivant le Dr D._____, une reprise de travail, même à taux réduit ou dans une activité adaptée, n'est pas envisageable en raison d'une incapacité à assumer des tâches domestiques simples comme les repas ou le ménage. A l'inverse, le volet psychiatrique de l'expertise mise en œuvre dans le cadre de la procédure administrative n'a retenu aucun

diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Conséquemment, le Dr L._____ n'a pas décrit de limitations fonctionnelles aux niveaux psychique et psychosomatique.

5. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409). Le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit désormais être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2), précisant que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci (ATF 143 V 409 consid. 4.2).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, et donc de tout trouble psychique, suppose en premier lieu que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées.

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (ATF 141 V 281 consid. 4.4). Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de

lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4).

c) aa) En l'espèce, l'expert psychiatre n'a retenu aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail, posant les diagnostics d'autres troubles spécifiques de la personnalité (F60.8) (traits histrioniques et traits narcissiques), de trouble dissociatif (F44) et d'épisode dépressif actuellement léger avec syndrome somatique (F32.01). Il a exposé que les symptômes étaient apparus après le décès accidentel du frère de la recourante environ deux ans auparavant et auquel elle était très attachée, relevant un deuil difficile à replacer dans un contexte social difficile. En effet, l'intéressée, qui avait fait des études universitaires dans son pays et travaillé comme enseignante, s'est retrouvée à son arrivée en Suisse à devoir travailler dans les nettoyages. De l'avis du Dr L._____, ces circonstances avaient certainement provoqué une blessure narcissique que la recourante n'avait pas pu combler (rapport L._____ p. 16-17).

Pour le Dr L._____, il n'y a pas lieu de retenir l'épisode dépressif sévère de caractère mélancoliforme soutenu par le Dr D._____, du fait qu'il manque notamment dans le tableau clinique l'affect dépressif sévère et les idées suicidaires (rapport L._____ p. 16-17 ; cf. aussi avis SMR du 1^{er} mai 2015). Dans son anamnèse et lors de l'examen clinique, l'expert-psychiatre n'a pas identifié de tentative de suicides, d'idées noires ou d'hospitalisation en milieu psychiatrique, étant rappelé que le psychiatre traitant avait indiqué au SMR que sa patiente avait refusé une proposition d'hospitalisation et que le sujet serait réabordé au terme d'un séjour au J._____ en famille (rapport du

Dr D._____ du 17 avril 2015), ce qui n'a pas été le cas. A l'examen, la tristesse a été jugée fluctuante et l'humeur qualifiée de légèrement dépressive avec un sentiment de dévalorisation et de découragement. Toutefois, aucun signe ou de symptôme indiquant un ralentissement psychomoteur n'est apparu. Il n'y a pas de troubles cognitifs ; ce qui ressort de l'entretien clinique, c'est l'attitude régressive, plus que dépressive, et démonstrative de la recourante. L'expert n'a pas davantage identifié de sentiments d'infériorité, d'inutilité ou de ruine ni d'idées noires ou d'envies suicidaires (rapport L._____ p. 12). Pour l'expert psychiatre, le sommeil est perturbé à cause des douleurs (ibid.) ce qui est attesté par l'expert rhumatologue (rapport N._____, p. 4). Il ne retient pas davantage le caractère mélancoliforme de l'épisode dépressif, mais plutôt des difficultés de l'intéressée à faire une élaboration du deuil de son frère auquel elle était très attachée et qui représentait certainement la réussite sociale qu'elle n'avait pas pu obtenir. De surcroît, la recourante ne peut pas se prévaloir d'une médication alléguée « difficilement compatible avec un état dépressif léger » dès lors que les résultats de l'analyse en laboratoire montrent qu'elle ne prend pas tous les médicaments prescrits (rapport L._____ p. 17).

Sous l'angle du trouble somatoforme douloureux, le Dr L._____ a observé que la recourante présentait un côté très démonstratif concernant ses douleurs, dans une attitude très hystériforme avec une exagération des symptômes, motif pour lequel il n'a pas retenu ce diagnostic, bien qu'elle décrive des douleurs un peu partout, vécues comme étant très handicapantes. Cette attitude a aussi été attestée par le psychiatre traitant, celui-ci déclarant dans son rapport du 26 août 2015 qu'il avait observé que la recourante se suspendait au bras de son mari de façon très démonstrative, comme si elle allait tomber et que, croisée en ville par hasard, elle se déplaçait sans aide, suivant sa belle-fille dans un magasin. Ce comportement évoquait pour le Dr D._____ un trouble de la conversion en l'absence d'explication organique claire et en présence de bénéfices secondaires pour l'intéressée. De plus et contrairement à ce que soutient la recourante, l'expert rhumatologue a aussi constaté une exagération, relevant une « importante divergence » entre les symptômes

décrits, l'examen clinique et le comportement de l'expertisée (rapport N._____, p. 14).

Les diagnostics établis par le Dr L._____ emportent la conviction de la Cour de céans.

bb) Sous l'angle de la cohérence, l'expert psychiatre a constaté que la recourante avait un caractère hystériforme, objectivé pendant l'entretien. Elle présentait beaucoup de bénéfices secondaires par son attitude, son mari et ses enfants s'occupant beaucoup d'elle. Pour le surplus, il a observé que, suivant les analyses du laboratoire, l'intéressée ne prenait pas une partie de la médication prescrite par le Dr D._____. Selon l'anamnèse établie par le Dr Ventura et contrairement à ce que décrit le psychiatre traitant, l'arrêt des études avait pour cause le mariage de la recourante et son départ en Suisse et non la guerre. L'incapacité à faire le ménage et l'absence d'activité sociale ne sont pas objectivées et sont contredites par les facultés de la recourante de faire des promenades, d'être en famille et de voyager au J._____ (rapport L._____ p. 17). Sous l'angle de la mobilité, les rapports des médecins traitants de l'expertisée apparaissent aussi emprunts de contradictions, le Dr W._____, indiquant au SMR dans un rapport du 27 août 2015 que sa patiente ne présentait pas de limitation de la mobilité alors que dans son rapport du 28 août 2015, le Dr D._____ exposait que des limitations des mouvements, en particulier de la marche, persistaient.

Le Dr L._____ a établi son rapport en pleine connaissance de l'anamnèse et a pris en considération les plaintes de la recourante. En outre, l'expertise remplit les conditions posées par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les maladies psychiatriques (cf. consid. 5a-b *supra*), les ressources de l'assurée et la cohérence ayant été examinées de manière soignée. Enfin, l'appréciation est claire et les conclusions bien motivées. L'expertise dispose ainsi d'une pleine valeur probante.

Si les conclusions de l'expert psychiatre sont remises en cause par les rapports du psychiatre traitant de la recourante, il apparaît évident que la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui lient l'intéressée au Dr D._____ a placé ce dernier dans une situation délicate. En effet, l'on se trouve en présence de comportements incohérents sur le plan somatique, d'amplification des symptômes, d'un manque de collaboration dans l'examen de ses ressources, psychique et psychosomatique relevé par les deux experts (rapport N._____, p. 14 ; rapport L._____ p. 17) et même par le propre psychiatre traitant de la recourante lorsqu'il a pu observer par hasard sa patiente en ville (rapport du Dr D._____ du 26 août 2015). On constate aussi que la médication prescrite par ce dernier n'est pas mise à profit, étant précisé que l'expert psychiatre n'a pas d'option thérapeutique à proposer (rapport L._____ p. 18). Dans ces circonstances, l'avis du Dr D._____ ne permet pas de mettre en doute et d'écarter les conclusions du Dr L._____.

L'expertise mise en œuvre par l'OAI emporte la conviction de la Cour de céans. Ainsi, il convient de se rallier aux conclusions des experts quant à la pleine capacité de travail de la recourante sur les plans psychique et psychosomatique. On en conclut que la capacité de travail dans l'activité habituelle antérieure d'aide-concierge est de 70-80 %. Dans une activité adaptée, elle est de 100 %, sans diminution de rendement, moyennant de limiter les mouvements répétitifs de la nuque en flexion-extension et d'éviter les ports de charges à répétition de plus de 10-15 kg.

cc) Dès lors que Z._____ est capable de travailler à 70-80 % dès le 12 avril 2016, date de l'entretien avec l'expert psychiatre (rapports L._____, p. 22 et N._____, pp. 15-16), c'est à juste titre que l'OAI a arrêté sa capacité de travail dans son activité habituelle d'aide-concierge à 75 %, taux d'activité qu'elle exerçait avant son atteinte à la santé, et le terme de ses prestations au 31 juillet 2016, soit trois mois après la date à partir de laquelle elle a recouvré une capacité de travail suffisante.

En ce qui concerne l'incapacité de travail totale alléguée par l'assurée, ce moyen doit être rejeté.

6. Dans un second moyen, la recourante fait grief à l'intimé de ne pas avoir pris en considération son âge de 62 ans au moment de l'expertise pluridisciplinaire, soutenant que sa capacité de travail réellement exigible est nulle.

a) La jurisprudence a reconnu que lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 et les références).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

Cette jurisprudence est toutefois applicable lorsque l'administration doit statuer sur le droit aux prestations ensuite d'une première demande et qu'il s'agit de déterminer si un assuré qui doit changer d'emploi en raison d'atteintes à la santé peut encore mettre en valeur sa capacité résiduelle de gain, dans une nouvelle activité professionnelle, sur un marché de l'emploi réputé équilibré (TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.2 s. et les références).

b) En l'espèce, comme mentionné ci-dessus (consid. 5c *supra*), la recourante est apte à travailler à 75 % dans son activité habituelle d'aide-concierge, ce qui correspond au taux qu'elle exerçait avant la période d'invalidité. La question de l'exigibilité d'une reconversion professionnelle dans une activité adaptée ne se pose donc pas, l'intéressée pouvant faire valoir des compétences et une expérience qui devraient faciliter son engagement dans son activité habituelle dans un marché du travail équilibré, et cela malgré son âge.

Ce moyen doit aussi être rejeté.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe.

Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 19 juillet 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 mis à la charge de Z. _____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me David Métille (pour Z. _____),
- 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 :