

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 septembre 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Métral, juge, et Peter, assesseur
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 43 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 LAI

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation, a déposé le 21 mai 2014 une demande de prestations d'assurance-invalidité pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état d'une dépression (épisode sévère) existant depuis 2010.

Par rapport du 3 novembre 2014, la Dresse E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2), de trouble panique avec agoraphobie (F40.01), de trouble obsessionnel-compulsif avec comportement compulsifs au premier plan (F42.1) et de personnalité anxieuse/évitante (F60.6) avec comportements de phobie sociale, existant depuis 2009. Elle a également posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail d'hypothyroïdie d'origine auto-immune substituée. Selon cette médecin, le pronostic dépendait de la gravité des symptômes. La Dresse E._____ a noté, malgré la conscience par l'assurée de ses troubles, une grande vulnérabilité à la fluctuation de l'humeur. Ce handicap se traduisait par une baisse générale de la motivation lorsque son état psychique se péjorait. Au moment dudit rapport, la Dresse E._____ relevait que même les rendez-vous dans des lieux connus étaient souvent difficiles pour l'intéressée (rendez-vous de psychothérapie), de sorte qu'il était pour l'instant inconcevable de proposer une activité, même en atelier protégé. Souvent, les ruminations étaient telles qu'elles diminuaient la motivation de l'assurée. Une telle diminution de motivation se manifestait déjà à l'idée de sortir de chez elle ou de faire une activité en groupe. Une dévalorisation importante et la peur du jugement des autres handicapaient encore davantage l'intéressée. Au titre des restrictions, la Dresse E._____ a mentionné, sur le plan psychique, une fatigabilité, une perte de dynamisme, un sentiment d'insuffisance et une faible estime d'elle-même qui pouvaient influencer la capacité de l'assurée à élaborer et à concrétiser des projets. Ce médecin a

également noté un manque de concentration au vu des ruminations anxieuses. Il y avait un manque de possibilité de régularité au vu du tableau clinique. L'intéressée présentait aussi une peur de sortir de chez elle et une peur des gens et du regard d'autrui. Au niveau somatique, elle avait d'importants maux de dos, l'empêchant parfois même de se lever. La Dresse E. _____ a ajouté que ces restrictions se manifestaient au travail sous la forme d'angoisses, telles que l'assurée ne pourrait pas se rendre à son activité ou en repartirait pour rentrer chez elle. Ce médecin a aussi mentionné des ruminations, une grande fatigabilité, des troubles de la mémoire, une peine à interagir avec des gens, ainsi qu'un manque de confiance en soi. Elle a indiqué que l'incapacité de travail de l'intéressée était totale dans son activité habituelle de vendeuse depuis le 7 juin 2011 et que la reprise d'une activité professionnelle n'était plus possible.

Aux termes d'un rapport d'évaluation ergothérapeutique du 26 février 2014, reçu le 3 novembre 2014 par l'OAI, l'ergothérapeute a conclu que l'assurée montrait globalement des compétences qui se rapprochaient de la norme. Sa performance était de 4.5 points sur 6, étant précisé que le score de 4 codifiait une performance limite qui pouvait à certains moments paraître suffisante pour mener à terme l'activité et à d'autres moments se montrer insuffisante, 5 une performance normale et 6 une performance excellente et supérieure à la norme. Concernant l'intéressée, l'ergothérapeute a souligné une particularité en ce sens qu'un nombre important de ses compétences étaient bonnes (dans la moyenne) mais qu'un petit nombre de ses capacités présentaient un déficit majeur qui handicapait fortement l'assurée dans son quotidien. Elle a ajouté que les ressources et compétences observées étaient principalement l'autonomie, le respect du cadre (règles, horaire, etc.), de bonnes compétences cognitives (attention, concentration, planification, résolution de problèmes, organisation, etc.) et l'adéquation dans les relations. Néanmoins, l'ergothérapeute observait des incapacités qui limitaient l'intéressée dans son autonomie au quotidien et dans une reprise professionnelle, à savoir des difficultés à sortir de chez elle et à être régulière dans la participation aux séances (angoisse importante), des difficultés à mobiliser de l'énergie pour agir (motivation), des difficultés

d'accès au sentiment de plaisir, un sentiment d'efficacité personnel bas, ainsi qu'un évitement dans les relations sociales. Le handicap se traduisait par un isolement et une absence d'activités hors de chez elle. Selon l'ergothérapeute, une reprise de travail n'était actuellement pas envisageable. Elle proposait la poursuite du suivi thérapeutique actuel.

Dans un rapport d'investigation cognitive du 7 mars 2014, reçu le 3 novembre 2014 par l'OAI, le psychologue a indiqué que ladite investigation mettait en évidence un fonctionnement globalement dans la moyenne au niveau des différentes sphères cognitives. Certains résultats montraient toutefois des difficultés importantes en lien avec la mémoire verbale ainsi que la mémoire de travail en modalité verbale, ce qui correspondait aux plaintes subjectives de l'assurée. Cependant, selon le psychologue, ces résultats montraient également que la mémoire et l'attention visuo-spatiale étaient préservées, tout comme la mémoire de travail sur le plan spatial ainsi que les capacités de planification et de raisonnement. Les difficultés observées sur le plan de la mémoire, lorsqu'elle était examinée via le canal verbal, ainsi que le léger ralentissement du traitement de l'information pourraient s'expliquer par la symptomatologie anxio-dépressive observée chez l'intéressée. Le psychologue précisait que l'assurée rapportait en effet beaucoup de ruminations qui pourraient interférer avec la rétention et la reproduction d'informations données sur le plan verbal. Le léger ralentissement du traitement de l'information pouvait également être interprété comme un symptôme et/ou une conséquence du trouble dépressif récurrent dont souffrait l'intéressée. Selon le psychologue, ce ralentissement pourrait également être expliqué par les nombreuses vérifications de l'assurée.

Par avis médical du 20 février 2015, le Dr T. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a constaté que la médication psychotrope avait une posologie très modeste, qui associait un antidépresseur et un hypnotique, étant précisé une prise effective aléatoire. En conclusion, la situation n'était pas stabilisée en raison, d'une part, de l'absence de compliance avouée au traitement psycho-pharmacologique prescrit et, d'autre part, « de

l'intégration récente du Mindfulness à la prise en charge intégrée ». Le Dr T._____ estimait qu'il convenait d'adresser dans les six mois un questionnaire à la Dresse E._____ afin d'évaluer l'évolution sous traitement pertinent et réellement suivi.

Dans un rapport du 3 novembre 2015 (daté par erreur du 3 novembre 2014), la Dresse E._____ a repris les diagnostics qu'elle avait déjà posés. Elle a indiqué que l'état de santé de l'assurée n'avait pas évolué depuis novembre 2014, le tableau symptomatologique restant identique à celui décrit dans son rapport du 3 novembre 2014. Elle a précisé que l'intéressée bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique intégré à raison d'une séance par semaine depuis 2011. Si, durant la première année de suivi, la Dresse E._____ avait relevé un absentéisme important aux rendez-vous, en raison de l'évitement des situations anxigènes, la compliance de l'intéressée aux traitements était cependant très bonne depuis une année, et sa présence aux rendez-vous très régulière et ponctuelle. Depuis 2013, l'assurée bénéficiait également d'un suivi en ergothérapie à domicile. Au titre des limitations fonctionnelles de l'intéressée d'ordre strictement médical, étaient énumérés, sur le plan psychique, une fatigabilité, une perte de dynamisme, un sentiment d'insuffisance, ainsi qu'une faible estime d'elle-même qui influençait sa capacité à élaborer et à concrétiser des projets. La Dresse E._____ notait également un manque de concentration au vu des ruminations anxieuses. Cette médecin a constaté qu'en raison des fluctuations du tableau clinique, l'assurée n'était pas capable d'avoir des activités régulières. Celle-ci évitait de sortir, car elle avait peur des gens et du regard d'autrui. Au niveau somatique, la Dresse E._____ a rapporté d'importantes douleurs dorsales, empêchant parfois l'intéressée de se rendre à leurs entretiens. Ce médecin a ajouté que l'assurée était en arrêt de travail de 100 % depuis le début de son suivi (juin 2011) et qu'une activité adaptée étant inenvisageable à l'heure actuelle.

Le 7 décembre 2015, le Dr T._____ a estimé que, compte tenu de l'âge de l'assurée ([...] ans), il convenait de déterminer son aptitude à s'engager dans des mesures de réinsertion professionnelles

depuis son licenciement en 2011, en tenant compte d'une compliance très fluctuante vis-à-vis du protocole thérapeutique qui avait été mis en place, ainsi que de l'impact objectif sur la capacité de travail des multiples diagnostics psychiatriques cumulés et de l'atteinte rhumatologique mentionnée. Le Dr T._____ a indiqué que, pour ce faire, il fallait mettre en œuvre un examen clinique au SMR en psychiatrie et en rhumatologie.

Aux termes d'un rapport daté du 4 octobre 2016 ensuite d'un examen clinique rhumatologique du 19 août 2016 et d'un examen clinique psychiatrique du 8 septembre 2016, le Dr Z._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, la Dresse S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, et le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous médecins au SMR, ont posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, en principal, de personnalité anxieuse évitante (F60.6) et, en associés, de lombalgies basses, non déficitaires, dans un contexte de hernie discale L5-S1 et de troubles dégénératifs postérieurs étagés (M54.5). Ils ont également posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4), de traits de trouble personnalité anankastique, de traits agoraphobiques et de composante d'aponévrosite plantaire droite. Ces médecins ont estimé que l'assurée présentait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée, dès mai 2014. Ils ont apprécié le cas de l'intéressée de la manière suivante :

« Appréciation consensuelle du cas

[...]

Mme R._____ se décrit davantage gênée dans son quotidien par ses problématiques psychiques que ses problèmes ostéoarticulaires.

L'assurée ne se voit pas reprendre d'activité professionnelle dans son état de santé actuel.

Le descriptif de la vie quotidienne montre que l'assurée conserve des ressources physiques pour des tâches physiquement légères, voire même modérées. Elle fait son ménage en le fractionnant, elle a des difficultés pour passer l'aspirateur ; l'assurée va également aider son père pour la tenue du ménage. L'assurée garde une

activité physique légère, qu'elle pratique à domicile, 2x/semaine, elle fait du step pendant 1 heure et fait du stretching. L'assurée évite de faire des activités physiques à l'extérieur, la durée de marche n'est pas quantifiable, l'assurée est stressée par la foule.

L'examen clinique montre une femme de [...] ans, en BEG [bon état général], avec un début de préobésité ou l'équivalent d'un BMI [indice de masse corporelle] de 25.1. L'assurée a été opérée d'un by-pass en 2014, antérieurement, l'assurée avait eu une intervention de pose d'anneau gastrique en 1999. L'abdomen est plat, souple, nous avons des bruits augmentés. L'examen cardiopulmonaire est normal.

L'examen neurologique exclut une atteinte radiculaire en relation avec d'éventuels troubles dégénératifs du rachis. Il n'y a pas de sciatalgies irritatives.

L'examen ostéoarticulaire des MS [membres supérieurs] montre une hyperextension des coudes, indolore. Il n'y a pas d'hypermobilité articulaire généralisée.

Aux MI [membres inférieurs], la palpation appuyée à la face plantaire du calcaneum D [droit] est douloureuse, de même que la marche sur les talons à D. L'assurée n'a pas de boiterie lorsqu'elle marche à pieds nus à plats en salle d'examen, elle n'a pas non plus de boiterie et ne lâche pas la manœuvre lorsqu'elle fait quelques pas sur le talon D. Nous considérons qu'il n'y a pas d'aponévrosite plantaire floride, nous ne retenons pas de LF [limitations fonctionnelles] à ce niveau.

Il n'y a pas de polyinsertionite en toile de fond.

L'examen du rachis montre une légère diminution de la cyphose dorsale. L'assurée n'a pas d'attitude antalgique.

La mobilité de la nuque est complète, indolore.

La mobilité lombaire est légèrement restreinte en flexion par rapport à ce que l'on s'attendrait d'une assurée, qui a fait à l'époque de la gymnastique artistique et qui a une hyperextension des coudes. Nous avons un indice de Schober de 10-14.5 cm (norme 10-15 cm). La manœuvre est indolore. L'extension est complète, en fin de course, l'assurée ressent une légère douleur lombaire. La palpation modérément appuyée du rachis dorsolombaire est indolore, il n'y a pas de contracture. Les transferts assis/debout et coucher/assis sont effectués normalement. Globalement, nous excluons un syndrome rachidien lombaire. Le score de Waddell est négatif à la recherche de signes comportementaux.

L'IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire du 16 juillet 2017 met en évidence un pincement modéré en L5-S1, le disque est déshydraté, avec un remaniement graisseux de type MODIC ; l'élément le plus marquant est une hernie discale L5-S1 paramédiane G [gauche], entrant en contact avec la racine S1 G. Il existe par ailleurs des troubles dégénératifs postérieurs étagés de gravité légère.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit donc d'une assurée qui a fait une première demande de prestations AI [assurance-invalidité] en date du 21.05.2014 pour dépression, épisode sévère. Selon l'assurée, l'atteinte existe plus ou moins depuis 2010.

Sur le plan de son cursus professionnel, rappelons que l'assurée a commencé un apprentissage et l'a terminé très rapidement vers l'âge de 16 ans parce qu'elle transpirait trop et ne se sentait pas bien devant la clientèle, selon les dires de l'assurée et selon les observations de son employeur. L'assurée a alors travaillé, sans diplôme de formation, dans différentes sociétés, jusqu'à l'âge de 20 ans. Plus tard, l'assurée a travaillé à temps partiel pour les magasins [...] de 1999 à 2001, durant les saisons d'été ; encore plus tard, pour [...] de 2009 à 2010.

L'assurée n'a donc pas eu d'activité professionnelle régulière.

Rappelons d'après les éléments contenus dans le dossier, que l'assurée a eu deux hospitalisations à l'hôpital de W._____ en 2009 pour mise à l'abri dans le cadre d'impulsions suicidaires dans le cadre d'une dégradation thymique de trouble dépressif récurrent.

Par la suite, l'assurée a commencé un suivi régulier chez le Dr E._____. Depuis 2011, l'assurée est vue en consultation régulièrement par la psychologue agissant en délégation du Dr E._____.

[...]

Le Dr E._____ a attesté comme diagnostic un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F32.2). Il existe une erreur de codification de la part du Dr E._____. Le F32 se réfère à un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique alors que le Dr E._____ atteste d'un trouble dépressif récurrent qui serait lui un F33.2. Le Dr E._____ a attesté d'un trouble panique avec agoraphobie (F40.01). Il existe une erreur de codification à ce niveau. Le F40.01 correspond à agoraphobie avec trouble panique alors que le trouble panique avec agoraphobie correspond à un F41.0.

Il faut ajouter que l'assurée nous a informés qu'elle avait consulté un psychiatre alors qu'elle avait 14-15 ans. Le suivi a été de courte durée, cet élément ne figure pas dans le dossier déjà à notre disposition.

L'assurée présente donc une problématique psychiatrique de longue date.

L'assurée nous a également informés qu'elle avait consulté le Dr G._____ qui lui avait conseillé de se faire hospitaliser. A la sortie de l'hôpital de W._____, le suivi n'a pas continué avec le Dr G._____ parce que le compagnon de l'assurée ne voulait pas que le suivi continue avec ce médecin.

A l'examen de ce jour, l'assurée s'est présentée une demi-heure à l'avance. L'assurée a les cheveux longs, blonds. L'assurée est bronzée. L'assurée est légèrement maquillée. L'assurée présente les

ongles des mains et des pieds laqués. L'assurée est vêtue en noir, avec un pantalon court. L'assurée présente donc l'apparence d'une femme veillant à son apparence. L'assurée s'est montrée collaborante mais s'est montrée extrêmement hésitante dans les réponses. Il fallait reposer les questions plusieurs fois pour que l'assurée réponde d'une façon très hésitante. Elle présentait une certaine tendance à la dispersion. Une prise de distance de la part de l'interlocuteur est suscitée. Des troubles de la mémoire et de la concentration son présents.

Sur le plan de la personnalité, l'assurée présente des traits de personnalité anxieuse évitante : elle présente une importante tension intérieure, se perçoit incompetente, a tout le temps la crainte d'être critiquée, a un mode de vie très rétréci par son besoin envahissant de sécurité à l'origine d'une prise de distance par autrui.

En cours d'examen, l'assurée n'a pas présenté d'attaque de panique. Par contre, à l'anamnèse dirigée, l'assurée mentionne des symptômes de type agoraphobique. Nous considérons que l'agoraphobie qu'a pu présenter l'assurée n'a plus actuellement de caractère incapacitant : l'assurée est partie régulièrement en vacances en avion dès mai 2014 et elle a pu prendre le train seule pour venir à l'examen de ce jour.

A l'anamnèse dirigée, nous retrouvons également des traits de la série anankastique (traits obsessionnels) : il lui arrive de passer un temps important à nettoyer les sanitaires, elle présente une grande méticulosité pour ranger son intérieur. Il n'y a pas de sentiment de confort quand la tâche a été réalisée. Les comportements de nettoyage sont le produit de ses propres pensées. L'assurée essaie de résister à ces comportements. Cependant, le caractère discontinu de cette symptomatologie n'est pas compatible avec le diagnostic de trouble obsessionnel caractérisé. Ce diagnostic n'est donc pas retenu.

Sur le plan de la thymie, l'assurée présente des troubles de la mémoire et de la concentration. Elle présente une baisse légère de la thymie, l'assurée dit ne pas avoir de buts, pas de projets mais elle entretient une relation sentimentale régulière ; elle va en vacances ; l'assurée dit ne pas avoir d'énergie mais elle s'occupe de ses petites-filles, elle s'occupe de son intérieur. Elle présente des idées de culpabilité. L'assurée ne présente pas de troubles nets du sommeil pour l'endormissement. Elle prend un traitement psychotrope à base de Temesta® et l'assurée s'endort rapidement. L'assurée mentionne des réveils fréquents durant la nuit et elle est réveillée vers 06h00 du matin. L'assurée dit ne pas avoir beaucoup d'appétit, mais lors de la prise du poids, l'assurée présente un poids de 71 kilos. L'assurée présente de temps en temps des idées suicidaires non scénarisées. Donc, l'assurée présente un trouble dépressif récurrent en rémission.

En ce qui concerne le traitement, l'assurée est compliant et bénéficie d'une prise en charge psychothérapeutique, exercée à l'heure actuelle par la psychologue, Madame [...]. La dernière fois qu'elle a vu le psychiatre, Dr E._____, date d'un an et demi. Compte tenu du fait que nous reconnaissons à l'assurée une

capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, il est nécessaire que l'assurée continue à bénéficier d'un suivi psychologique avec la supervision régulière du psychiatre pour augmenter ses chances de réinsertion dans le marché du travail.

En ce qui concerne les ressources psychiques, l'assurée présente des ressources psychiques lui permettant d'entretenir ses relations personnelles ainsi que son ménage.

En ce qui concerne les mesures de réadaptation, actuellement l'assurée est capable de suivre des mesures de réadaptation depuis les vacances qu'elle a prises en mai 2014.

Nous nous alignons sur l'appréciation de la Dresse E. _____ qui retient une incapacité de travail totale depuis 2011 en raison d'un état dépressif sévère. Cependant, compte tenu des ressources psychiques actuellement conservées, indices d'une amélioration, nous nous écartons de l'avis du psychiatre traitant et reconnaissons une pleine capacité dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles à partir de mai 2014. En effet, à partir de cette date l'assurée a commencé à voyager plusieurs fois en avion. Pour les mêmes limitations, l'activité habituelle de vendeuse en contact avec la clientèle n'est plus exigible.

Limitations fonctionnelles

Sur le plan rhumatologique, LF [limitations fonctionnelles] d'épargne du rachis lombaire sous forme d'absence de flexion-extension répétée du tronc, absence d'attitude en porte-à-faux prolongée, absence de position statique debout, assis, au-delà de 45 minutes, absence de position statique debout au-delà de 20 minutes, absence de marche sans s'arrêter au-delà de 30 minutes, absence de port de charges répété au-delà de 5 kg épisodique jusqu'à 10 kg.

Sur le plan psychiatrique, les limitations fonctionnelles sont en relation avec le diagnostic incapacitant. L'assurée a des difficultés importantes dans les relations avec autrui. Elle appréhende le contact avec autrui, parvient avec peine à s'exprimer. L'assurée ne devra donc pas avoir une activité professionnelle la confrontant à la clientèle.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Sur le plan rhumatologique, nous retenons une IT [incapacité de travail] totale dans l'activité habituelle depuis la date de l'IRM lombaire du 16.07.2014 montrant une hernie discale L5-S1. La discopathie reste symptomatique avec des épisodes de blocage lombaire répétés. Les LF retenues d'épargne du rachis lombaire ne sont pas respectées dans le poste habituel.

Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail débute en juin 2011 et elle est alors totale.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

Sur le plan rhumatologique, nous retenons une IT totale persistante dans l'activité habituelle.

Sur le plan psychiatrique, à partir du mois de mai 2014, le degré d'incapacité de travail est nul dans l'activité habituelle de vendeuse en contact avec la clientèle et total dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique du rachis lombaire. L'exigibilité est complète dans une activité adaptée à 6 semaines de l'épisode aigu du 16.07.2014, cela nous amène à début septembre 2014.

Sur le plan psychiatrique, l'assurée présente une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de vendeuse avec la clientèle en raison de la personnalité anxieuse. La capacité de travail est entière dans une activité adaptée.

Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir une mesure de réadaptation

Depuis mai 2014 sur le plan psychiatrique.

Pronostic

Sur le plan rhumatologique, bon au vu du tableau clinique décrit ci-dessus.

Sur le plan psychiatrique, il est favorable compte tenu de l'évolution et du soutien psychothérapeutique et psychiatrique.

[...] »

Dans son rapport du 19 octobre 2016, le Dr T._____ a estimé que, d'un point de vue rhumatologique, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis la date de l'IRM lombaire du 16 juillet 2014 et, sur le plan psychiatrique, que l'incapacité de travail était nulle depuis mai 2014. Il a ajouté qu'en conclusion, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites dès le mois de mai 2014.

Par projet de décision du 9 mars 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, soit de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a retenu que, si l'assurée avait présenté une incapacité de travail et de gain totale dans toute activité jusqu'en avril 2014, elle présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis mai 2014. Une telle

activité devait ainsi lui épargner son rachis lombaire sous forme d'absence de flexion-extension répétée du tronc, d'attitude en porte-à-faux prolongée, de position statique debout, assis, au-delà de 45 minutes, de position statique debout au-delà de 20 minutes, de marche sans s'arrêter au-delà de 30 minutes et de port de charges répété au-delà de 5 kg épisodique jusqu'à 10 kg. Ce poste de travail ne devait également pas impliquer une activité avec la clientèle. De ce type d'occupation, l'assurée pouvait percevoir un revenu annuel d'invalidé s'élevant à 48'413 fr. 70. Compte tenu d'un revenu annuel sans invalidité de 53'793 fr., l'intéressée présentait un degré d'invalidité de 10 %, ce qui ne lui ouvrait dès lors pas de droit à la rente. Ainsi, à l'écoulement du délai de six mois depuis le dépôt de la demande, soit au 21 novembre 2014, l'assurée présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, pour laquelle elle subissait un préjudice économique (degré d'invalidité) inférieur à 40 %.

Le 30 mai 2017, l'assurée, par l'intermédiaire de Procap, a formulé des objections à l'encontre du projet de décision susmentionné. Pour l'essentiel, elle a contesté les conclusions au plan psychique du rapport bi-disciplinaire du SMR du 4 octobre 2016. Elle s'est prévalué à cet égard d'un rapport du 25 mai 2017, par lequel la Dresse E. _____ a confirmé ses diagnostics posés précédemment. Cette médecin a indiqué que l'assurée présentait trois symptômes cardinaux du trouble dépressif, à savoir une humeur dépressive pratiquement toute la journée et presque tous les jours pendant au moins deux semaines, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables, ainsi qu'une réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité. Cette médecin a également évoqué l'existence de six symptômes secondaires du trouble dépressif, soit une perte de confiance en soi ou de l'estime de soi, d'importants sentiments de culpabilité, des pensées récurrentes de mort, des troubles de la concentration, un ralentissement psychomoteur et une perturbation du sommeil. La Dresse E. _____ a considéré que ces symptômes cardinaux et secondaires du trouble dépressif permettaient de garder le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. Cette médecin a précisé que le trouble dépressif de l'assurée rendait souvent difficile les activités et les moments

partagés en couple et en famille. Par ailleurs, chacune des rares sorties constituait une source d'angoisse importante plusieurs jours en avance et nécessitait fréquemment, sur le moment, la prise d'une réserve médicamenteuse (Temesta). L'intéressée mettait ensuite plusieurs jours pour s'en remettre. Les vacances représentaient également un facteur de stress majeur. Le Dresse E. _____ a également souligné que l'assurée ne gardait ses petits-enfants que de manière très exceptionnelle, soit au maximum une demi-journée par mois. Cette médecin a également estimé que l'intéressée présentait les deux symptômes cardinaux et les trois symptômes secondaires du trouble panique avec agoraphobie, à savoir des attaques de panique récurrente et inattendues et le fait qu'au moins une des attaques de panique s'était accompagnée pendant un mois de l'un des symptômes suivants : crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique ; préoccupation à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences ; changement de comportement important en relation avec les attaques. Cette médecin a relevé que la présence de ces symptômes permettait de garder le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie. La Dresse E. _____ a ajouté que, s'agissant du trouble obsessionnel-compulsif, l'intéressée présentait, sur plus de deux semaines, trois symptômes cardinaux et a listé les suivants : obsessions ; compulsions ; les obsessions ou compulsions étaient à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte considérable de temps (plus d'une heure par jour) ou interféraient de manière significative avec les activités habituelles du sujet ou ses activités ou relations sociales habituelles ; si un trouble de l'Axe 1 était aussi présent, le thème des obsessions ou compulsions n'était pas limité à ce dernier ; la perturbation n'était pas liée à une substance. La Dresse E. _____ a indiqué qu'ainsi, elle ne rejoignait pas les médecins du SMR, qui ne retenaient pas les symptômes thymiques et le trouble panique avec agoraphobie. En effet, le fait de partir en vacances, de prendre le train, d'entretenir une relation de couple ou encore de s'occuper de ses petits-enfants (une demi-journée par mois) et de son intérieur ne semblait pas constituer des aspects significatifs au sens de la 10^e révision de la classification internationale des maladies (CIM-10) pour pouvoir exclure ces diagnostics. S'agissant de la possibilité pour la recourante de travailler à temps plein depuis mai

2014 dans une activité sans contact avec la clientèle, le Dresse E. _____ a précisé penser que le contact avec des collègues ne serait pas plus envisageable. Elle ne rejoignait de plus pas l'appréciation des médecins du SMR dans la mesure où elle estimait que l'intéressée était en incapacité de travail totale. En effet, les rares sorties de la maison (rendez-vous médicaux ou avec l'assistante sociale, etc.) épuisaient tant l'assurée que celle-ci ne parvenait plus à sortir de chez elle le reste de la semaine. Selon le médecin, cet aspect rendait une mesure de réinsertion impossible et inatteignable.

Dans un avis médical du 22 juin 2017, le Dr T. _____ a relevé que les constatations cliniques effectuées par les Drs S. _____ et D. _____ du SMR étaient parfaitement corroborées par la capacité de l'assurée à mener dès le mois de mai 2014 un mode de vie sociale et familiale satisfaisant. Cette capacité était illustrée par ses occupations diverses, en particulier au sein de l'entourage familial, et par plusieurs déplacements d'agrément dans des pays lointains, relatés de manière très explicite par l'intéressée elle-même. Selon le Dr T. _____, l'appréciation assécurologique effectuée par les médecins du SMR se fondait sur le fait que l'assurée avait ainsi démontré sa capacité « à se confronter à un environnement non anxiogène ». La réadaptation très progressive pourrait donc s'envisager également en milieu professionnel. Le Dr T. _____ a ajouté que les arguments avancés par la Dresse E. _____ visaient paradoxalement à minimiser la symptomatologie d'une amélioration objective et significative chez l'intéressée, qui avait fait preuve de ressources dans les circonstances évoquées. En conclusion, il a estimé que l'argumentaire développé par la psychiatre traitant ne constituait qu'une interprétation d'une situation complètement prise en compte dans toutes ses dimensions médicale et sociale par les deux psychiatres du SMR. Les notions reprises par la Dresse E. _____ ne lui paraissaient ainsi pas de nature à modifier l'appréciation du SMR.

Aux termes d'une décision du 11 décembre 2017, l'OAI a confirmé son projet du 9 mars 2017. Dans une lettre annexée, il a expliqué pour quelles raisons il estimait que le rapport bi-disciplinaire du SMR du

4 octobre 2016 avait pleine valeur probante et que la valeur probante des rapports de la Dresse E. _____ était comparativement moins solide. Il a précisé que le dernier rapport de la Dresse E. _____ du 25 mai 2017 ne fournissait par ailleurs aucun élément nouveau qui n'aurait pas été pris en compte dans l'instruction médicale du dossier de l'assurée. Au contraire, la Dresse E. _____ mettait en avant les mêmes observations que précédemment et concluait à une situation stationnaire et strictement inchangée depuis le début du suivi thérapeutique entrepris auprès de son cabinet depuis juin 2011.

B. Par acte du 23 janvier 2018, R. _____, toujours représentée par Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction, plus particulièrement pour ordonner une expertise psychiatrique. En substance, elle a contesté la valeur probante du rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR du 4 octobre 2016, en faisant valoir qu'il ne saurait être fait purement et simplement abstraction d'une appréciation médicale divergente effectuée par les médecins traitants et spécialistes à l'issue d'un suivi thérapeutique de plusieurs années. L'intéressée a ainsi estimé que l'intimé, en s'appuyant dans sa décision sur la seule appréciation médicale du SMR et en ne veillant pas à clarifier les incertitudes et les contradictions qui s'en dégageaient par rapport aux conclusions du psychiatre traitant, avait violé le principe inquisitoire.

Dans une réponse du 26 février 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 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 des Offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1, 58 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let c LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 125 V 413 consid. 2c et réf. cit. ; TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité à la suite de sa demande du 21 mai 2014, en particulier à une rente d'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 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie 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 (art. 6 LPGA).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins en moyenne durant une année sans interruption notable ; un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 LAI).

b) 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 (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 (TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

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 réf. cit. ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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 assécurologique. 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 réf. cit. ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

d) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique s'agissant de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques, à savoir que la jurisprudence développée à l'ATF 141 V 281 pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure probatoire structurée à l'aide d'indicateurs, s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris aux troubles dépressifs (ATF 143 V 409 et 418). Ainsi, le caractère invalidant d'atteinte à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de 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_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et réf. cit.). Le Tribunal fédéral a précisé que même si la classification diagnostique est médicalement nécessaire et que la pose d'un diagnostic est indispensable, on ne peut en rester là sur le plan juridique. Ce qui importe le plus est la question des effets fonctionnels d'un trouble. Dans cette évaluation des conséquences d'un trouble psychique, le diagnostic n'est plus en centre. Aucune déclaration fiable sur les limitations fonctionnelles de la personne concernée ne saurait être déduite du seul diagnostic. Ainsi, indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 409 et 418).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée

toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

4. a) En l'espèce, l'intimé a fondé la décision litigieuse sur le rapport d'examen bi-disciplinaire du 4 octobre 2016 des Drs Z._____, S._____ et D._____ du SMR. Il a ainsi retenu que, dans la mesure où la recourante présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles au 21 novembre 2014, elle n'avait pas droit au versement d'une rente.

b) A titre liminaire, il convient de relever que l'intéressée ne soutient pas - à juste titre - qu'elle présenterait une incapacité de travail découlant d'atteinte somatique dans une activité adaptée, ni qu'elle aurait d'autres limitations fonctionnelles somatiques que celle d'épargne du rachis lombaire sous forme d'absence de flexion-extension répétée du tronc, d'attitude en porte-à-faux prolongée, de position statique debout, assis, au-delà de 45 minutes, de position statique debout au-delà de 20 minutes, de marche sans s'arrêter au-delà de 30 minutes et de port de charges répété au-delà de 5 kg épisodique jusqu'à 10 kg. En effet, aucun élément au dossier ne vient contredire les constatations des médecins du SMR, selon lesquelles la recourante présentait uniquement ces limitations fonctionnelles, entraînant une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle mais totale dans une activité adaptée. Faute de grief à ce sujet, il ne convient pas de traiter plus avant ce point.

c) La contestation de l'intéressée porte ainsi uniquement sur le plan psychiatrique. Elle se prévaut à cet égard des rapports de la

Dresse E._____ des 3 novembre 2014, 3 novembre 2015 et 25 mai 2017, estimant qu'ils contredisent les conclusions du rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR du 4 octobre 2016.

aa) En l'occurrence, si ledit rapport du SMR a été rendu avant que le Tribunal fédéral n'étende aux troubles psychiques l'application de la procédure probatoire structurée à l'aide d'indicateurs (cf. ATF 143 V 409 et 418 rendus le 30 novembre 2017), force est de constater que ce rapport permet néanmoins une appréciation de l'état de santé de la requérante à la lumière des indicateurs déterminants, au demeurant déjà connus depuis le 3 juin 2015 pour les troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 141 V 281).

Les psychiatres du SMR ont tout d'abord fait état d'une personnalité anxieuse évitante, avec répercussion durable sur la capacité de travail, puis d'un trouble dépressif récurrent en rémission, de traits de trouble de la personnalité anankastique et de traits agoraphobiques, sans répercussion sur la capacité de travail. Ils ont motivé ces diagnostics en fonction des éléments cliniques et anamnestiques mis en évidence et du contexte médical. S'ils ont indiqué rejoindre la Dresse E._____ en ce sens que la requérante présentait une incapacité de travail totale dès 2011 en raison d'un état dépressif sévère, ils ont précisé s'en distancier néanmoins en reconnaissant à l'intéressée une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès mai 2014. A cet égard, ils ont clairement établi l'amélioration de l'état de santé psychique, compte tenu du fait que la requérante était régulièrement partie en vacances en avion dès mai 2014. A cela s'ajoutait le fait que l'intéressée présentait des ressources, soit notamment le fait d'entretenir une relation sentimentale régulière avec son compagnon, d'entretenir son intérieur, de s'occuper de ses petites-filles, d'avoir du plaisir à cuisiner pour la famille, de garder une activité physique légère hebdomadaire de gym à la maison, de prendre le train notamment pour se rendre aux examens du SMR, de s'intéresser aux débats politiques, d'avoir pu subir la pose d'un by-pass gastrique, d'avoir ensuite perdu 10 kg et d'avoir réussi à maintenir un poids stable. Les médecins du SMR ont estimé que les ressources psychiques actuellement

conservées indiquaient une amélioration de l'état de santé psychique. De plus, concernant le traitement, la recourante était conforme et bénéficiait d'une prise en charge psychothérapeutique. Le pronostic était ainsi favorable, compte tenu de l'évolution et de cette prise en charge. A partir de l'amélioration de la santé psychique retenue, les médecins du SMR ont dès lors expliqué que l'intéressée pouvait travailler dans une activité adaptée, dans laquelle elle ne devrait pas être en contact avec la clientèle.

Force est de constater que les conclusions des Drs S. _____ et D. _____ du SMR résultent d'une étude fouillée, menée sur la base d'exams complets - lors desquels les plaintes de la recourante ont été recueillies -, de l'entier du dossier (les rapports de la Dresse E. _____ des 3 novembre 2014 et 3 novembre 2015 ont été consciencieusement discutés) et en pleine connaissance de l'anamnèse. Ces médecins, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ont clairement et de manière convaincante expliqué leur position. Au terme d'un examen global, en tenant compte des indicateurs consacrés par la jurisprudence (cf. consid. 3d *supra*), les psychiatres du SMR ont dûment motivé leurs conclusions. Une pleine valeur probante doit dès lors être reconnue au rapport du SMR du 4 octobre 2016.

bb) Rien au dossier ne vient jeter le doute sur l'appréciation qui précède.

En particulier, dans son dernier rapport du 25 mai 2017, la Dresse E. _____ s'est, pour l'essentiel, concentrée sur des diagnostics - selon la classification de la CIM-10 - différents de ceux des médecins du SMR. Or, ce faisant, elle a perdu de vue que, conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 3d *supra*), dans le cadre de l'évaluation des conséquences d'un trouble psychique, le diagnostic n'est plus au centre. Ce qui importe, c'est bien la question des effets fonctionnels d'un tel trouble, effets qui ne peuvent être déduits du seul diagnostic. D'où l'utilité des indicateurs déterminants établis par la jurisprudence et qui permettent d'objectiver au maximum la gravité fonctionnelle de l'atteinte.

Ainsi, en reprochant aux médecins du SMR d'avoir tenu compte desdits indicateurs objectifs, estimant que ceux-ci « ne sembl[ai]ent pas constituer des aspects significatifs au sens de la CIM-10 pour pouvoir exclure des diagnostics », la Dresse E. _____ s'est méprise. L'utilisation de ces indicateurs permettait en effet d'objectiver la situation et de ne pas se baser uniquement sur les critères applicables pour poser les diagnostics. Ces critères applicables faisaient par ailleurs largement appel à l'appréciation de la Dresse E. _____ quant aux plaintes de la recourante s'agissant de l'intensité perçue des manifestations, intensité qui par essence est subjective.

Cela étant, il convient de préciser que le fait que les vacances représentent un facteur de stress pour la recourante (cf. rapport du 25 mai 2017 de la Dresse E. _____) ne saurait en soi être déterminant. A cet égard, il est constaté que l'intéressée est notamment partie en vacances avec son compagnon deux semaines et demie en Thaïlande en mai 2014 et en mars 2015, puis une semaine à Majorque en mai 2016 (cf. rapport du SMR du 4 octobre 2016 p. 5). Ainsi, si partir en vacances en avion est facteur de stress pour la recourante, il n'en demeure pas moins que celle-ci a été concrètement capable de surmonter ce stress et d'effectuer un long voyage impliquant de fréquenter des aéroports internationaux avec beaucoup de monde et des contextes inconnus. En outre, après avoir été confrontée à ces éléments en 2014, elle a décidé de procéder de la même manière en 2015 et en 2016. De même, elle a été en mesure d'intensifier la prise en charge de ses deux-petites filles – à un rythme quotidien selon les indications de l'intéressée données aux médecin du SMR (cf. rapport du SMR du 4 octobre 2016 p. 8, « Vie quotidienne ») – pour soulager sa fille qui allait bientôt accoucher d'un troisième enfant. La capacité de la recourante à surmonter des situations de stress ou à se rendre disponible pour aider des tiers atteste ainsi des ressources dont elle dispose et qu'elle pourrait mettre à profit dans une activité adaptée à ses limitations.

Par ailleurs, la Dresse E. _____ a indiqué que chacune des rares sorties de l'intéressée constituait une source importante d'angoisse et de stress, et le fait qu'elle estimait que le contact avec des collègues

n'était pas envisageable (cf. rapport du 25 mai 2017). A cet égard, il y a lieu de relever que ces éléments ont été pris en compte par les médecins du SMR pour ce qu'ils sont, soit des craintes et des plaintes de la recourante (cf. rapport du SMR du 4 octobre 2016 p. 6 et 10). Dès lors, ils en ont eu pleinement connaissance et les ont confrontés aux éléments objectifs susmentionnés dans le cadre d'une appréciation globale, ce qui les a amenés à ne pas retenir d'autres limitations fonctionnelles au plan psychique pour l'intéressée que celle de ne pas être en contact avec la clientèle.

Les rapports antérieurs de la Dresse E. _____ des 3 novembre 2014 et 3 novembre 2015 comportent en substance les mêmes observations que celui du 25 mai 2017 et n'amènent ainsi pas d'élément supplémentaire à discuter.

En définitive, on ne peut que rejoindre l'avis du Dr T. _____ (cf. rapport du 11 décembre 2017), qui a estimé que l'argumentaire de la Dresse E. _____ ne constituait qu'une interprétation d'une situation prise en compte dans toutes ses dimensions médicale et sociale par les psychiatres du SMR.

Au surplus, l'ergothérapeute et le psychologue ont observé la recourante avant l'amélioration de son état de santé psychique, intervenue en mai 2014 selon les médecins du SMR. Toutefois, l'ergothérapeute a estimé que l'intéressée montrait globalement des compétences qui se rapprochaient de la norme (cf. rapport d'évaluation ergothérapeutique du 26 février 2014) et le psychologue a indiqué que l'investigation cognitive mettait en évidence un fonctionnement globalement dans la moyenne au niveau des différentes sphères cognitives (cf. rapport d'investigation cognitive du 7 mars 2014). Ces éléments tendent ainsi à confirmer que l'intéressée peut travailler dans une activité adaptée.

Force est ainsi de constater qu'aucun document médical au dossier n'amène d'éléments susceptibles de remettre en cause les

conclusions des Drs Z._____, S._____ et D._____ du SMR. En particulier, la Dresse E._____ n'amène aucun élément médicalement objectivé qui aurait été ignoré par ces médecins.

d) Partant, l'on ne saurait s'écarter des conclusions des médecins du SMR selon lesquelles la recourante présente une capacité de travail entière - dès le mois de mai 2014 - dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de ne pas être en contact avec la clientèle et d'épargner son rachis lombaire sous forme d'absence de flexion-extension répétée du tronc, d'attitude en porte-à-faux prolongée, de position statique debout, assis, au-delà de 45 minutes, de position statique debout au-delà de 20 minutes, de marche sans s'arrêter au-delà de 30 minutes et de port de charges répété au-delà de 5 kg épisodique jusqu'à 10 kg. Compte tenu de ce qui précède, l'intimé pouvait légitimement considérer que l'instruction était complète et qu'il était dès lors inutile de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, telle que requise par la recourante. Il ne se justifie ainsi pas de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction.

5. A toutes fins utiles, il est relevé que la recourante n'émet aucune critique à l'encontre des montants des revenus annuels avec et sans invalidité retenus par l'intimé et du degré d'invalidité en découlant. Elle ne discute également pas de la date de la naissance du droit à la rente fixée au 21 novembre 2014. Faute de griefs sur ces points, il ne convient pas d'en traiter plus avant.

6. a) En conclusion, 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 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 ; 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'elle est exonérée des frais judiciaires au titre de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD). L'intéressée est cependant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser, dès qu'elle est en mesure de le faire, les frais de justice mis à la charge de l'Etat (art. 123 al. 1 CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD).

c) En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1, 91 et 99 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 11 décembre 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.** 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 de justice mis à la charge de l'Etat.
- V.** 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 :

- Procap Suisse, Service juridique (pour la recourante),
- 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 :