

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 février 2019

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
M. Piguet et M. Küng, assesseur,
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante,

et

U. _____, à [...], intimé.

Art. 13 Cst, art. 8 CEDH et art. 28 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1965, mariée et mère de famille, ressortissante d'ex-Yougoslavie vivant en Suisse depuis 1990, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 3 mai 2007 tendant à l'octroi d'une rente. Elle faisait mention d'une dépression avec somatisations multiples (céphalées, cervicalgies et douleurs à la colonne lombaire) ainsi que d'un eczéma des mains et des bras dû à des allergies (conditionnement de poissons). Elle précisait que ces atteintes à la santé existaient depuis septembre 2006.

Par décision du 29 avril 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a rejeté la demande de l'assurée. Dite décision a été confirmée par arrêt du 28 février 2012 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud (AI 268/09 - 75/2012).

B. En date du 7 mars 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, évoquant une dépression moyenne à sévère avec somatisations multiples, des céphalées, un eczéma des mains et des bras dû à des allergies ainsi qu'à un AVC en 2012 comme atteintes à la santé.

Par rapport médical du 8 avril 2013, le Dr Z._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dépression modérée à sévère réactionnelle principalement au milieu familial, des cervicobrachialgies chroniques sur cervicarthrose et PSH bilatérale, des lombosciatalgies gauches sur discopathie L4-L5, L5-S1, et une petite herniation discale médiane et paramédiane gauche ainsi que des troubles somatoformes généralisés. Concernant les diagnostics sans effet sur la capacité de travail, le Dr Z._____ a mentionné une parésie faciale de Bell gauche en 2012 avec parésie résiduelle, une hypertension artérielle essentielle ainsi qu'une masse abdominale basse (intervention prévue

prochainement). Ce médecin a retenu une incapacité totale de travail dès le 2 septembre 2006, motivant ses conclusions comme suit :

« L'ensemble des plaintes somatiques présent en 2007 lors de la 1^{er} demande AI est toujours présent mais d'une manière encore plus importante ceci, principalement, au niveau de la colonne cervicale ainsi qu'au niveau de la colonne lombaire avec irradiations dans le membre inférieur gauche. Ses douleurs l'empêchent à toute activité, même ménagère, à domicile selon les dires de son mari. Les nombreuses séances de physiothérapie effectuées n'arrivent qu'à contenir les douleurs mais en aucun cas à les faire disparaître même partiellement Selon les dires de son mari, elle ne peut faire aucune activité ménagère type nettoyage, lessive. Mme L. _____ est toujours suivie régulièrement par l'unité de psychiatrie ambulatoire à Payerne Elle est au bénéfice d'un traitement de Cipralax. Mme L. _____ a présenté, en janvier 2012, une paralysie de Bell gauche pour laquelle elle est encore suivie par le Dr Q. _____ à [...]. Elle sera opérée prochainement d'une masse abdominale basse à [...]. Lors de la consultation, la patiente n'a pas pu évoquer l'origine de cette masse, ni son mari.

Constat médical

La patiente est venue à la consultation accompagnée de son mari. Elle se lève, passe de la salle d'attente à la salle d'examen et s'assoit d'une manière harmonieuse sans démontrer de douleur. Son attitude démontre une grande tristesse.

Examen clinique : patiente paraissant en bon état général, pesant 91,8 kg pour 158 cm. TAH 172/100.

Auscultation cardio-pulmonaire physiologique. Abdomen souple et indolore avec palpation d'une masse de 15 à 20 cm dans l'hémi-abdomen inférieur, non douloureuse.

Examen orthopédique : colonne cervicale douloureuse à la mobilisation, principalement vers la gauche, mobilité gauche-droite 45-0-60, inclinaison gauche-droite 20-0-35, distance menton-sternum 15-2 cm. Colonne lombaire : absence de trouble statique, inclinaison gauche-droite symétrique, distance doigts-sol 40 cm La palpation de tous les points douloureux de fibromyalgie sont positifs, la palpation de la musculature cervicobrachiale et lombaire est douloureuse. Les articulations des 4 membres sont calmes. Tout au plus, il existe une légère douleur à la mobilisation forcée des épaules.

Examen neurologique : grossièrement normal hormis une parésie faciale périphérique gauche séquellaire. Le testing musculaire est, quant à lui, non réalisable.

Pronostic

Mon pronostic est donné sans tenir compte du pronostic psychiatrique qui doit faire l'objet d'un rapport séparé de l'unité de psychiatrie ambulatoire de Payerne. On peut affirmer que Mme L. _____ présente une certaine aggravation de son état somatique sous la forme de problèmes rhumatologiques touchant la colonne cervicale avec des limitations articulaires non présentes il y a quelques années ainsi que des discopathies avec petite hernie

lombaire pouvant démontrer une certaine aggravation de son affection rhumatologique. Dans un travail répétitif d'ouvrière ou de nettoyage, je vois difficilement un reclassement de cette patiente ».

Dans un rapport médical du 21 mai 2013, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et la Dresse J._____, également spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu un épisode dépressif moyen à sévère ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité, passif/agressif et impulsif en tant que diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Comme diagnostics dénués d'effet sur la capacité de travail, ces médecins ont mentionné une paralysie faciale de Bell depuis janvier 2012, des cervicobrachialgies chroniques sur cervicarthrose et périarthrite scapulo-humérale bilatérale, des lombosciatalgies gauches sur discopathie ainsi qu'une hernie discale médiale et paramédiane gauche L5-S1. Les spécialistes ont retenu une incapacité totale de travail dès le 23 novembre 2010. Quant au pronostic, il s'avérait défavorable compte tenu de la chronicité de la situation et de l'inaccessibilité de la patiente à des soins psychiatriques.

Par avis du Service médical de l'AI (ci-après : le SMR) du 5 septembre 2013, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie, a recommandé, au vu du contexte médical et des précédents asséculogiques de l'assurée, l'établissement d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.

L'OAI s'est exécutée en mandatant le SMR, soit les Drs T._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et la Dresse P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, afin d'établir un examen clinique rhumatologique et psychiatrique. Dans leur rapport, établi le 22 juillet 2014, les spécialistes précités ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies et lombalgies dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis avec une petite hernie discale L4-L5 gauche, une périarthrite scapulo-humérale gauche, un syndrome rotulien bilatéral à prédominance gauche, une dermite de contact mixte allergique et irritative avec dermite

de contact allergique aux thiurames (additifs des caoutchoucs) et avec dermite de contact irritative aux poissons ainsi que très probablement à d'autres irritants classiques environnementaux (produits de nettoyage, aliments, végétaux etc.), une sensibilisation allergique au nickel, un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique ainsi qu'une fibromyalgie. Ces médecins ont également mentionné, en tant que diagnostics dénués d'influence sur la capacité de travail, des difficultés liées à l'acculturation, des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie, un discret status variqueux des membres inférieurs avec œdèmes périmalléolaires externes des deux côtés, une obésité avec un BMI de 35, un status après hystérectomie, une annexectomie bilatérale, une appendicectomie et une omentectomie pour tumeur sérieuse de bas potentiel de malignité (borderline) de type classique limitée à l'ovaire gauche, une hypertension artérielle anamnestique ainsi qu'un status après paralysie faciale périphérique gauche. Les Drs T. _____ et P. _____ ont conclu à une incapacité totale de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée depuis le mois de février 2012 en raison du status psychiatrique de l'assurée. Dite capacité demeurerait entière sur un plan strictement somatique, dans le respect des limitations fonctionnelles de l'assurée, à savoir la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédent 8 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule gauche à plus de 60°, pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur gauche, pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers, pas de travail en hauteur, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout ou de marche de plus de 20 minutes, pas de contact avec des milieux humides ou des irritants et finalement pas de port de gants en latex ou en caoutchouc. A l'appui de leurs conclusions, les médecins ont considéré ce qui suit :

« Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ces diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui ne sont pas respectées dans l'activité

d'ouvrière dans une usine de poissons ainsi que de blanchisseuse. Dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire et allergique, la capacité de travail est néanmoins complète d'un point de vue purement somatique. Cependant, la fibromyalgie s'accompagnant d'une pathologie psychiatrique incapacitante, la capacité de travail est nulle quelle que soit l'activité professionnelle.

Sur le plan psychiatrique, selon le rapport daté du 21 mai 2013, le Dr D._____, médecin-adjoint et la Dresse J._____, médecin-assistante, l'assurée présente un épisode dépressif moyen à sévère de type F32.2. Dans ce cadre, l'assurée présente une incapacité de travail de 100% depuis le 23.11.2010. Les détails de ce rapport ont déjà été mentionnés au paragraphe consacré au motif de l'examen et aux éléments du dossier.

A l'examen de ce jour, l'assurée est en larmes durant tout l'entretien. Elle présente une détresse intense. Elle présente un abaissement important de l'humeur, présente une diminution très marquée de l'intérêt pour les activités de la vie et présente une très nette réduction de l'énergie. Elle présente les trois critères majeurs d'un épisode dépressif. Par ailleurs, elle présente une perte totale de la confiance en soi, elle présente un sentiment de désespoir très intense en ayant l'impression que la vie est finie pour elle. Elle présente des troubles majeurs de la concentration et de la mémoire. Elle présente une nette réduction de l'activité psychomotrice. Elle présente des perturbations du sommeil. Elle ne présente pas de nette modification de l'appétit. L'assurée présente donc les critères d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique. L'assurée présente donc un épisode dépressif majeur constitué. Suivant le rapport psychiatrique rédigé par les Docteurs D._____ et J._____, l'assurée présente une aggravation depuis le début de l'année 2012, suite à la paralysie faciale.

Dans le cadre de la fibromyalgie présentée, il faut examiner les éventuels critères de gravité. L'assurée présente une comorbidité psychiatrique évidente et ancienne comme nous venons de le voir juste précédemment. L'assurée présente une perte d'intégration totale comme nous l'avons vu au chapitre consacré à la vie quotidienne. L'assurée se montre inaccessible à toute démarche psychothérapeutique. Elle n'a aucune confiance dans les relations humaines, elle considère que personne ne peut l'aider, notamment en relation avec le peu de ressources psychiques. L'assurée présente un état psychique cristallisé. Quand le médecin expert lui suggère de retourner voir un psychiatre de préférence dans sa langue maternelle afin qu'elle puisse parler et être aidée dans sa convalescence, l'assurée dit que cela ne sert à rien.

L'assurée présente une incapacité de travail totale.

Limitations fonctionnelles

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2x/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations.

Membre supérieur gauche, alors que l'assurée est droitrière : pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule gauche à plus de 60°. Pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le MSG.

Membres inférieurs : pas de genuflexion répétée, pas de franchissement régulier d'escabeaux, échelles ou escaliers. Pas de travail en hauteur, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout ou de marche de plus de 20 minutes.

Dermatologique : Pas de contact avec des milieux humides ou des irritants. Pas de port de gants en latex ou caoutchouc. Des gants polyvinyle ou nitrile pourraient lui être proposés.

Sur le plan psychiatrique, les limitations fonctionnelles sont en relation avec le diagnostic incapacitant. Les troubles majeurs de la concentration et de la mémoire, l'adynamie totale et la tristesse envahissante.

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

Depuis 2006, il y a une incapacité de travail complète dans l'activité d'ouvrière d'une fabrique de filetage de poissons ainsi que dans une activité de blanchisseuse.

Sur le plan psychiatrique, il existe une incapacité de travail totale depuis le début de l'année 2012, suite à l'épisode dépressif déclenché par la paralysie faciale, soit en février 2012 et maintenu par l'opération abdominale.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Depuis 2006, il est resté complet dans l'activité habituelle de fileteuse de poissons et de blanchisseuse. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie dermatologique et ostéo-articulaire, la capacité de travail est complète depuis 2006. Elle est par contre nulle depuis février 2012 en raison de la pathologie psychiatrique incapacitante liée à la fibromyalgie.

Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail est restée totale depuis février 2012 ».

Par avis médical SMR du 28 octobre 2014, le Dr S._____, médecin, a confirmé les conclusions des Drs T._____ et P._____.

Le 31 mars 2015, une enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée. Dans un rapport du 1^{er} avril 2015, l'enquêtrice en charge de l'enquête a proposé un statut de 80% de part active et de 20% consacrés à une activité ménagère.

Par rapport médical du 24 août 2015, le Dr F._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a

retenu les diagnostics assortis d'effet sur la capacité de travail de cervicalgies et lombalgies dans le cadre de discrets troubles dégénératifs du rachis avec petite hernie discale L4-L5, une périarthrite scapulohumérale (PSH) gauche, un syndrome rotulien bilatéral à prédominance gauche, une dermatite de contact mixte allergique et irritative, une sensibilisation allergique au nickel, un épisode dépressif sévère sans symptômes ainsi qu'une fibromyalgie. Il retenait une incapacité de travail totale dès le 1 février 2012 et ce pour une durée illimitée, la situation restant inchangée.

Entre la fin du mois d'avril 2015 et le mois de juillet 2015, l'assurée a fait l'objet de plusieurs mesures de surveillance. Le 1^{er} octobre 2015, le Service de Lutte contre la fraude à l'assurance (LFA) a adressé une communication à l'OAI, dont la teneur est la suivante :

« De notre analyse, nous relevons diverses contradictions entre les éléments au dossier (Examen et Avis SMR, derniers RM et autre Enquête ménagère) et nos constatations quant aux comportements/attitudes de Mme L._____ dans son quotidien. Nous pouvons en relever quelques-unes comme suit :

- Marche /position debout de plus de 2 heures pour effectuer un déplacement ainsi que des courses dans des commerces de la ville, accompagnée pour le déplacement, mais seule pour les courses.
- 20 à 25 minutes (temps d'observation) de désherbage dans son jardin potager où elle alterne position accroupie et/ou debout, jambes tendues et/ou jambes fléchies, avec en permanence des rotations du tronc, ceci sans arrêt durant des laps de temps de 2 à 3 minutes au minimum.
- Il n'a pas été constaté de port d'attelle (comme mentionné dans le RM du 20 nov 2014) ni même de chaussure orthopédique, ceci tant lors de son déplacement en ville de [...] que dans le jardin potager.
- Son sourire, mais également son implication dans la discussion avec la connaissance, croisée lors d'un de ses déplacements, ne démontre pas de signe de baisse de la thymie voire repli sur elle-même. Nous pourrions plutôt qualifier l'attitude de l'intéressée comme étant dans la norme.
- Durant environ une heure, elle est occupée au nettoyage de tapis sur sa terrasse, avec l'aide d'une femme. Notre assurée reste principalement debout, buste penché en avant, pour arroser lesdits tapis d'eau au moyen d'un tuyau d'eau dans une main et les déplacer avec l'autre de ses mains. Quelquefois, il lui arrive d'œuvrer accroupi, sans toutefois se mettre à genou.

Entre fin août et tout début octobre 2015, 6 nouveaux contrôles passages ont été opérés sur le domicile L._____. Ces opérations

ne nous amènent rien en matière de comportement de l'intéressée dans son quotidien. En effet, elle n'a été vue qu'à une seule reprise alors qu'elle effectuait un aller-retour sur le pas-de-porte de sa villa ».

Le 16 février 2016, un entretien entre l'assurée et l'OAI a eu lieu. De la note d'entretien rédigée le 9 mars 2016, sont ressortis les éléments suivants :

« Questionné sur son quotidien, l'assurée nous dit ne rien faire du tout. Elle se lève, prend ses médicaments et retourne se coucher, parfois au salon. Elle ne peut pas rester debout longtemps. Elle ne peut pas sortir lorsqu'il fait froid. En effet elle ne peut pas marcher dans ces conditions en raison de sa paralysie faciale unilatérale. Lorsque nous lui demandant l'origine de cette paralysie, elle nous répond que les médecins ne se l'expliquent pas, elle pense que c'est en raison du stress.

Concernant les tâches ménagères, l'assurée nous assure ne pas y participer. Elle tente des fois de faire la cuisine, mais cela se solde généralement par de la casse. L'assurée nous précise que cela fait plusieurs d'années qu'elle se trouve dans cette situation.

Ses enfants étant assez âgés, c'est à présent eux qui s'occupent de faire les courses.

L'assurée nous déclare ne plus conduire, ou du moins très rarement et ce depuis deux ans environ.

Elle peut marcher uniquement avec son attelle de cheville et ses chaussures orthopédiques. Malgré cela, elle tombe souvent, donc elle essaie de marcher au minimum.

En ce qui concerne sa vie sociale, elle déclare dans un premier temps qu'elle est inexistante, avant de préciser qu'elle n'aime pas voir les gens, donc ne voit personne. Elle a toutefois des connaissances dans la région, qu'elle voit de temps à autre, mais sans y avoir le cœur.

Nous lui demandons son numéro de téléphone portable, pour nos dossiers : [...]

Nous informons l'assurée qu'elle a fait l'objet d'observations effectuées par nos soins et un détective mandaté. Nous attirons son attention sur les contradictions entre les éléments au dossier, ses dires et nos constatations et lui présentant les images issues desdites observations. Il s'agit d'une image d'elle occupée à l'entretien de son jardin et d'une autre la montrant souriante avec une amie, sans chaussures orthopédique, faisant les magasins.

Pour se justifier l'assurée nous explique avoir tenté une fois de faire le jardin, quand elle allait bien, mais que cela n'a pas duré longtemps car elle suffoque très vite et transpire beaucoup.

Nous lui faisons remarquer que sur les photos que nous lui avons présentées, elle ne porte pas son attelle, ce à quoi elle rétorque qu'elle ne la porte que durant l'hiver.

Confirmant les dires de l'assurée, son époux nous précise avec insistance qu'en dix ans, elle n'aurait passé l'aspirateur que trois fois maximum.

Nous mettons un terme à cet entretien en raison de la virulence et de l'agressivité de l'assurée (frappant des poings sur la table et lançant ses papiers à travers la pièce). Notons que cela ne correspond absolument pas à son attitude au début de l'entretien. Il est 14h35 quand nous les raccompagnons à la sortie ».

Devant la nécessité de poursuivre l'instruction médicale, l'OAI a mandaté la Dresse P._____ afin d'établir un examen clinique psychiatrique. Le médecin précité s'est exécuté le 15 novembre 2016. Dans son rapport d'examen, elle n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique ayant une répercussion durable sur la capacité de travail. Concernant un diagnostic sans répercussion sur dite capacité, la Dresse P._____ a mentionné des traits de personnalité impulsive. Elle a conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois d'avril 2015. A l'appui de ses conclusions, la spécialiste a relevé ce qui suit :

« L'examen de ce jour a montré une assurée qui s'est présentée ponctuellement au rendez-vous. Le mari de l'assurée a voulu assister à l'entretien, mais il lui a été dit que cela n'était pas possible. L'assurée s'est dirigée lentement vers la salle d'examen, a gravi les escaliers jusqu'au premier étage. L'assurée présente une hygiène et un habillement tout à fait dans les normes. L'assurée comprend le français mais elle le parle de façon très lacunaire. L'intervention de l'interprète est donc nécessaire. L'examen a duré 2 heures, de 09h30 à 11h30.

L'assurée est restée sans difficultés et sans mimiques algiques sur sa chaise.

L'assurée s'est montrée peu collaborante. L'assurée s'est souvent montrée en colère, se fâchant sur les raisons de l'expertise, parfois elle a pleuré. Plusieurs fois, elle a dit qu'elle voulait arrêter l'examen. A la fin de l'examen, l'assurée a cependant dit merci à l'examineur.

L'assurée ne présente aucun trouble floride de la lignée psychotique.

L'assurée répond de façon très détaillée aux questions qui lui sont posées par l'interprète. Le discours de l'assurée ne présente pas de ralentissement ni d'accélération.

L'assurée ne présente pas de troubles ni de la concentration, ni de l'attention. L'assurée ne présente pas de trouble de la mémoire.

L'assurée présente une intelligence clinique à la limite de la norme.

Sur le plan de l'anxiété, l'assurée ne présente pas d'attaque de panique, ni anamnétique ni en cours d'examen. L'assurée ne

présente pas de trouble d'anxiété généralisée en l'absence de tension motrice continue et d'attente craintive.

Sur le plan de la thymie, nous ne notons pas d'abaissement de la thymie. Nous n'observons pas de baisse du dynamisme, nous n'observons pas de baisse de l'intérêt comme le montre l'examen de la vie quotidienne avec le maintien de l'intérêt pour les différentes activités ménagères, le maintien de l'intérêt pour les vacances, pour la famille. Pas de sentiments de culpabilité. Pas d'idées noires ni suicidaires. L'assurée ne présente pas de trouble du sommeil. Elle s'endort sans aucun traitement hypnotique. L'assurée dit s'endormir relativement facilement au salon, se réveiller et pouvoir aller se recoucher dans sa chambre. Nous avons objectivé un poids de 97 kgs pour une taille de 157 cm, sans augmentation ni diminution récentes. Seul un critère du syndrome somatique de la dépression est présent, à savoir la diminution de la libido. L'assurée ne présente donc pas d'épisode dépressif caractérisé.

L'assurée ne présente aucune pathologie addictive.

L'assurée présente des traits de personnalité irritable, impulsive.

L'assurée présente des ressources psychiques dans le cadre d'un maintien de la vie sociale. Elle vit avec son mari et avec 2 fils et sa belle-fille. Elle est allée deux mois en vacances dans son pays d'origine, cet été dernier.

L'assurée se montre inaccessible à toute démarche d'introspection personnelle.

L'assurée ne bénéficie d'aucune prise en charge psychiatrique. Le traitement délivré par son MT ne présente aucun psychotrope.

Durant l'examen, l'assurée n'a jamais présenté de comportement algique, n'a pas eu de mimiques algiques.

L'examen de ce jour n'a donc mis aucune pathologie psychiatrique en évidence. Il existe donc une amélioration manifeste de la situation de santé de l'assurée.

Les discordances entre les plaintes de l'assurée et l'examen de ce jour sont majeures.

Les discordances entre les plaintes de l'assurée et les observations faites à son insu par l'office AI et une agence de détectives sont majeures.

Une demande de rapport été adressée au Dr F. _____, en date du 7 décembre 2016, concernant le suivi de l'assurée à son cabinet. En date du 20 février 2017, aucune réponse ne nous est parvenue. Nous concluons donc sur la base des éléments précédents.

Limitations fonctionnelles

En l'absence de diagnostic incapacitant, il n'existe pas de LF.

Début de l'IT durable.

Février 2012.

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

L'assurée a présenté une incapacité de travail totale depuis le mois de février 2012.

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

Selon l'examen rhumato-psychiatrique du 22.07.2014, l'assurée a présenté une incapacité de travail totale depuis le mois de février 2012. Cette incapacité se maintient jusqu'au mois d'avril 2015. A partir de cette date, les observations faites sur l'assurée montrent une amélioration manifeste de la situation clinique de l'assurée, vérifiée par l'examen de ce jour. Depuis la fin du mois d'avril 2015, l'assurée présente donc une capacité de travail totale ».

Dans un avis médical SMR du 20 mars 2017, la Dresse K._____, médecin, a retenu une capacité de travail entière dans toute activité adaptée aux limitations d'ordre somatique de l'assurée. A l'appui de ses conclusions, la Dresse K._____ a relevé les éléments suivants :

« Conformément à l'avis médical SMR du 01.02.2016, un nouvel examen clinique psychiatrique a été réalisé au SMR en novembre 2016.

De cet examen, il apparaît que l'état de santé psychique de l'assurée s'est clairement amélioré depuis l'examen clinique SMR de 2014. L'examen clinique n'objective pas de symptomatologie dépressive ou anxieuse significative ; l'amélioration de l'état psychique de l'assurée est corroborée par l'interruption du suivi psychiatrique à une date non précisée de l'assurée, ainsi que l'absence de médication psychotrope. Sur la base de l'examen clinique de novembre 2016, des documents au dossier, ainsi que des observations réalisées à l'insu de l'assurée en 2015, les psychiatres du SMR concluent à un status après épisode dépressif sévère ayant justifié une IT totale dans toute activité entre février 2012 et mars 2015 ; dès lors, en présence d'un état psychique nettement amélioré sans limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique mise en évidence, une pleine CT (capacité de travail) est exigible dans toute activité sur le plan psychiatrique depuis avril 2015.

A noter que cette CT est de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'ordre somatique relevées précédemment au dossier et qui restent valables (voir rapport d'examen SMR du 24.09.2009 et examen clinique SMR du 22.07.2014)».

Compte tenu des différents éléments médicaux présents au dossier, l'OAI, par projet de décision du 16 octobre 2017, a informé l'assurée de son intention de lui accorder une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2013 au 30 juin 2015. L'office AI relevait que l'assurée avait

effectivement récupéré une capacité de travail de 100% depuis le 1^{er} avril 2015.

Le 19 décembre 2017, l'assurée a contesté le projet de décision précité soutenant que son état de santé continuait de se détériorer et qu'elle n'était plus capable d'accomplir ses tâches ménagères.

Dans un rapport médical daté du 8 décembre 2017, parvenu à l'OAI le 19 décembre 2017, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a mentionné les éléments suivants :

« Au niveau de la fibromyalgie, je ne suis pas certain que ce diagnostic soit retenu. La patiente a de multiples plaintes qui sont aspécifiques. Les examens cliniques sont également aspécifiques. Au niveau rhumatologique, il n'y a pas de répercussion sur la capacité de travail. Elle peut effectuer un travail adapté à 100 %.

Au niveau psychiatrique, on reconnaît un trouble de la personnalité de type impulsif. Je ne mets pas en évidence de troubles dépressifs. Cette patiente est connue pour des troubles dégénératifs lombaires. Suite à une chute de sa hauteur avec réception sur les fesses du mois de septembre, elle s'est présentée à ma consultation fin octobre pour persistance des douleurs. La patiente ayant des douleurs aspécifiques malgré les différents traitements instaurés, j'ai programmé une IRM lombaire le 03.11.2017. Cet examen a mis en évidence de discrets troubles dégénératifs L4-L5 et LS-S1 qui sont connus par contre en discrète péjoration comparé à l'IRM lombaire du 04 mai 2009. Les plaintes étant aspécifiques, la patiente insistant à des examens plus profonds, elle a été adressée au centre de la douleur au [...].

Du point de vue généraliste, je ne remarque pas de contre-indication pour que Madame L._____ ait une capacité totale dans une activité adaptée ».

L'assurée s'est opposée une nouvelle fois au projet de décision en date du 29 janvier 2018. Elle a notamment indiqué que ses genoux la faisaient passablement souffrir en raison de son obésité. Elle mentionnait qu'elle avait perdu le goût de la vie et qu'elle n'était plus capable de travailler. L'assurée relevait également différentes atteintes à la santé, à la cheville gauche notamment, invitant l'OAI à rendre une décision juste.

Par courrier du 8 février 2018, l'OAI a constaté que l'assurée avait contesté les conclusions prises dans le projet de décision, sans pour autant apporter d'éléments objectifs permettant une révision de sa position. L'office AI a également transmis à l'assurée une motivation quant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, reprenant pour l'essentiel les conclusions prises lors du projet de décision du 16 octobre 2017.

Par acte du 20 février 2018 (timbre postal), l'assurée a formé recours à l'encontre de la lettre du 8 février 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. A la suite de l'interpellation de la Juge instructrice du 26 février 2018, l'assurée a déclaré retirer son recours en date du 27 février 2018. La cause a ainsi été rayée du rôle par arrêt du 12 mars 2018.

Par décision du 24 mai 2018, l'OAI a accordé à L._____ une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2013 au 30 juin 2015.

B. Par acte du 18 juin 2018, L._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation. Elle contestait la pertinence des clichés pris par les détectives privés mandatés par l'OAI, soutenant qu'elle n'avait travaillé dans son jardin qu'une vingtaine de minutes. Elle relevait qu'elle n'avait pas pu s'expliquer correctement lors de l'entretien du 16 février 2016, raison pour laquelle elle avait perdu le contrôle. Elle faisait également valoir que le docteur L._____ avait fait preuve d'un comportement méprisant à son encontre et que la décision attaquée lui avait fait perdre le goût de la vie. L'assurée énumérait ensuite ses nombreuses atteintes à la santé, subies entre septembre 2006 et 2013, contestant le caractère temporaire de la rente, estimant être en incapacité totale de travail pour une durée illimitée.

A l'appui de son recours, l'assurée a produit de nombreux documents dont un rapport médical établi par les Drs N._____ et V._____, spécialistes en anesthésiologie et daté du 6 février 2018. Ces

derniers retenaient les diagnostics de cervicalgies et lombalgies dans le cadre de discrets troubles dégénératifs, un syndrome rotulien bilatéral prédominant à gauche, une douleur à la cheville gauche d'origine indéterminée ainsi qu'un état dépressif. En conclusion de leur rapport, les deux spécialistes ont fait part des éléments suivants :

« La situation est beaucoup plus complexe qu'une simple histoire de chute sur le coccyx.

Le couple est dans une situation psycho-sociale alarmante et, en ne connaissant pas toute l'histoire, il est difficile de comprendre les tenants et les aboutissants.

En effet, le mari a livré une quantité impressionnante de problèmes auxquels ils ont été ou sont encore confrontés. Un énorme sentiment de tort moral et d'injustice ressort de tout son discours.

Toutefois, le couple refuse notre aide quand nous proposons de faire la lumière sur leur histoire et de discuter de ses peurs avec une consultation spécialisée de psychiatrie. Selon le mari, sa femme ne le supporterait pas. Elle se sent souillée, trompée voire abusée par le système.

Elle accepte par contre que l'on se voie à nouveau.

Des infiltrations cervicales et lombaires vont être effectuées lors de prochaines consultations.

En parallèle, nous introduisons un traitement de Cymbalta qui trouve son indication dans la dépression et dans les douleurs chroniques.

Nous l'encourageons à poursuivre la physiothérapie qui semble lui faire du bien en ce moment.

Un bilan sanguin est en cours selon le mari (Merci de nous faxer ce que vous auriez au [...]).

Nous proposerions d'y inclure un bilan thyroïdien et vitaminique.

De plus les douleurs purement mécaniques des genoux et de la cheville gauche devraient faire l'objet d'un avis orthopédique. Le couple étant incapable de me dire si cela avait été fait ».

Par réponse du 23 août 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. Il retenait qu'il y avait une dichotomie entre les plaintes de la recourante et les résultats des observations effectuées lors de la surveillance sur le domaine public, soit une discordance entre l'état de santé assumé par l'assurée et les actes de la vie quotidienne qu'elle est en mesure de réaliser. L'office AI remarquait que l'intéressée entretenait des relations sociales, qu'elle était capable de réaliser ses courses qu'elle transportait elle-même, qu'elle faisait du shopping, du jardinage, qu'elle avait été observée sur sa terrasse durant le nettoyage d'un tapis avec l'aide d'une compatriote, qu'elle conduisait un véhicule sans difficulté apparente et qu'aucune faiblesse physique ni même psychique n'avait été relevée. Lors de l'entretien du 16 février

2016, l'assurée n'avait pas su apporter d'explications convaincantes et s'était montrée agressive. L'OAI relevait également que, sur le plan médical, l'assurée n'avait pas amené d'éléments pertinents à même d'invalider les résultats des enquêtes effectuées. Concernant le rapport médical du 6 février 2018 produit par la recourante, les éléments développés à l'occasion de ce rapport n'étaient pas de nature à modifier son appréciation de la situation.

L'assurée n'a pas déposé de réplique.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. Dans son acte de recours du 18 juin 2018, la recourante ne se plaint pas explicitement d'une violation de son droit à la vie privée en

relation avec les mesures de surveillance ordonnées par Service de Lutte contre la fraude à l'assurance (LFA), soit une surveillance de la recourante dans le domaine public par un détective privé. Toutefois, il convient d'examiner d'office dans quelle mesure il peut être tenu compte de ce moyen de preuve.

a) Aux termes de l'art. 13 al. 1 Cst., toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile, de sa correspondance et des relations qu'elle établit par la poste et les télécommunications (al. 1). Toute personne a le droit d'être protégée contre l'emploi abusif des données qui la concernent (al. 2). Comme tout autre droit constitutionnel, le droit au respect de la vie privée et familiale peut être restreint pour un motif d'intérêt public, pour autant que l'atteinte repose sur une base légale et soit propre à atteindre le but visé et soit proportionnée (art. 36 Cst.).

L'art. 8 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) garantit que toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance (par. 1). Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui (par. 2).

b) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. En assurance-invalidité, l'art. 59 al. 5 LAI prévoit que les offices de l'assurance-invalidité peuvent faire appel à des spécialistes pour lutter contre la perception induue de prestations.

Lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, l'assureur enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants (art. 46 LPGa). Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré peut consulter le dossier, pour les données qui le concernent (art. 47 al. 1 let. a LPGa).

c) Dans un arrêt n° 61838/10 rendu par la Cour européenne des droits de l'homme (CrEDH) le 18 octobre 2016 en la cause Vukota-Bojić c/ Suisse, la CrEDH a jugé de la conformité à la CEDH de la surveillance effectuée par un détective mandaté par l'assurance-accidents (social). Elle a considéré que les art. 28 et 42 LPGa, ainsi que l'art. 96 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), ne constituent pas des bases légales suffisantes pour l'observation, nonobstant la protection de la personnalité et du domaine privé, de sorte qu'elle a conclu à une violation de l'art. 8 CEDH (§ 72 ss de l'arrêt). En revanche, la CrEDH a nié que l'utilisation des résultats de la surveillance par l'assureur-accidents violât l'art. 6 CEDH (droit à un procès équitable). Elle a considéré comme déterminant que ces résultats n'avaient pas été à eux seuls décisifs pour évaluer le droit à la prestation dans le cadre de la procédure du droit des assurances sociales en question et que la personne assurée avait eu la possibilité de les contester, notamment sous l'angle de leur authenticité et de leur utilisation (dans une procédure litigieuse). La qualité probatoire du moyen en cause, soit le point de savoir s'il est propre à servir de preuve, sa force probatoire, ainsi que les circonstances dans lesquelles la preuve a été récoltée et l'influence de celle-ci sur l'issue de la procédure ont également été considérées comme importantes (§ 91 ss de l'arrêt ; TF 9C_817/2016 du 15 septembre 2017 consid. 3.2.1)

De son côté, à la lumière des considérations de l'arrêt de la CrEDH précité, le Tribunal fédéral a jugé désormais que l'art. 59 al. 5 LAI ne constitue pas une base légale suffisante qui réglerait de manière étendue, claire et détaillée la surveillance secrète dans le domaine de l'assurance-invalidité. En conséquence, une telle mesure de surveillance, qu'elle soit mise en œuvre par l'assureur-accidents ou l'office AI, porte atteinte à l'art. 8 CEDH, respectivement à l'art. 13 Cst. qui a une portée

pour l'essentiel identique (ATF 143 I 377 consid. 4 ; TF 9C_817/2016 du 15 septembre 2017 consid. 3.2.2).

L'examen du sort de la preuve illicite - soit du rapport de surveillance - doit être effectué au regard uniquement du droit suisse, la CrEDH vérifiant seulement si une procédure dans son ensemble peut être considérée comme équitable au sens de l'art. 6 CEDH. Le Tribunal fédéral a retenu pour l'essentiel qu'il est en principe admissible d'exploiter les résultats de la surveillance (et, de ce fait d'autres preuves fondées sur ceux-ci), à moins qu'il ne résulte de la pesée des intérêts en présence que les intérêts privés prévalent sur les intérêts publics. Il a par ailleurs considéré qu'il y a bien lieu, en droit des assurances sociales, de partir du principe d'une interdiction absolue d'exploiter le moyen de preuve, dans la mesure où il s'agit d'une preuve obtenue dans un lieu ne constituant pas un espace public librement visible sans difficulté (ATF 143 I 377 consid. 5 ; TF 9C_817/2016 du 15 septembre 2017 consid. 3.3.1 ; 8C_570/2016 du 8 novembre 2017 ; 9C_328/2017 du 9 novembre 2017).

Un rapport de surveillance ne permet pas, à lui seul, de juger l'état de santé et la capacité de travail d'un assuré. Il doit être renforcé par des données médicales, singulièrement en matière de troubles psychiques. L'évaluation du matériel d'observation par un médecin peut suffire (TF 9C_342/2017 du 29 janvier 2018 consid. 5 et références citées).

d) C'est à la lumière de ces considérations qu'il convient d'examiner le caractère exploitable du matériel d'observation recueilli par le détective.

En l'espèce, on peut constater que la surveillance mise en œuvre par l'intimé sur la base de l'art. 59 al. 5 LAI viole les art. 8 CEDH et 13 Cst. au regard de la jurisprudence susmentionnée rendue sur cette question. Cela étant, cela ne signifie pas encore que le moyen de preuve illicite constitué par le rapport corrélatif doive être purement et simplement écarté de la procédure.

En l'occurrence, la surveillance a porté sur le comportement de la recourante et ses actes quotidiens à l'extérieur de chez elle (conduite d'une voiture, entrée et sortie de magasin, relations sociales, activités,...). Elle n'a pas été soumise à une surveillance systématique et durant une période étendue. Le comportement et les actes décrits relèvent d'actes quotidiens ordinaires. L'atteinte à la vie privée ne saurait donc être qualifiée de grave. Il n'est pas établi que le détective ait poussé la recourante à entreprendre des activités qu'elle n'aurait pas faites autrement ; la recourante ne le prétend d'ailleurs pas. Les observations ont été faites essentiellement dans le domaine public. L'intéressée a pu s'exprimer sur le résultat de ces observations et a eu l'occasion de donner des explications. La recourante n'a pas apporté des réponses susceptibles de lever des doutes concernant ses capacités réelles de travail. Face à ce manque de collaboration, il existe un intérêt prépondérant à empêcher le versement de prestations indues. On ajoute que l'intérêt public consistant à empêcher la fraude à l'assurance l'emporte sur l'atteinte relativement modeste aux droits fondamentaux de la recourante.

S'agissant de l'influence du rapport de surveillance sur l'issue de la procédure, on relève que l'OAI n'a pas fondé sa décision sur le seul rapport d'observation, repris par la Dresse P._____ du SMR et renforcé par des données médicales. Ce médecin a relevé des discordances majeures entre les plaintes de la recourante et son examen clinique, ainsi qu'entre les plaintes et les observations faites à son insu. Sur la base de l'ensemble de ces éléments, l'intimé pouvait ainsi porter un jugement sur les répercussions d'éventuelles affections somatiques sur la capacité de travail de la recourante. S'agissant de l'incidence des troubles psychiques sur sa capacité de travail, les observations ne sont pas suffisantes afin de tirer des conclusions, compte tenu notamment de la relative brièveté des observations (sept jours) et dès lors que l'intensité des divers épisodes dépressifs inhérents à un trouble dépressif récurrent peut varier dans le temps (TF 9C_342/2017 consid. 5). Cependant, les observations effectuées permettent d'apprécier la valeur de certaines déclarations de l'assurée. Outre les références aux résultats de la surveillance, la Dresse P._____, dans son examen clinique psychiatrique du 15 novembre 2016, a procédé

à ses propres constatations. Les résultats de dite surveillance n'ont ainsi pas été seuls décisifs pour évaluer le droit à la prestation.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'écarter les rapports de surveillance, mais bien plutôt de retenir les résultats de la surveillance comme des éléments de preuve exploitables, en sus des autres pièces versées au dossier de l'intimé.

4. 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 ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

b) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-

quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

5. a) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes 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 à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

b) Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6. a) 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).

b) 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).

c) Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4 p. 258), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux

exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2 et les références). Même en tenant compte de la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme sur le principe de l'égalité des armes, tiré du droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 CEDH, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 254 consid. 4.3 p. 468). Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 254 consid. 4.6 p. 471, TF 9C_500/2011 consid. 3.1).

d) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient au recourant 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 ; cf. également TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

7. Dans le cas d'espèce, l'OAI a reconnu un droit à une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2013 au 30 juin 2015, retenant une invalidité totale de la recourante entre le mois de février 2012 et le 1^{er} avril 2015. Cette dernière conteste le caractère temporaire de la rente, estimant être en incapacité totale de travail pour une durée illimitée.

a) Sur le plan somatique, l'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 22 juillet 2014. Les médecins consultés y ont retenu, d'un point de vue purement somatique, une capacité de travail complète dans le respect des

limitations fonctionnelles de la recourante. Dans un avis SMR du 20 mars 2017, la Dresse K._____ a confirmé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles retenues lors de l'examen clinique du 22 juillet 2014 restant d'actualité. Rien au dossier ne permet de douter de cette appréciation. En effet, le rapport du 19 décembre 2017 établi par le Dr B._____ met uniquement en évidence de discrets troubles dégénératifs ainsi qu'une discrète péjoration, n'entravant pas la pleine capacité de travail de la recourante. Quant au rapport des Drs N._____ et V._____ du 6 février 2018, malgré les diagnostics de cervicalgies et de lombalgies dans le cadre de discrets troubles dégénératifs, de syndrome rotulien bilatéral prédominant à gauche ainsi que de douleur à la cheville gauche d'origine indéterminée retenus, ces médecins ne se prononcent pas sur la capacité de travail de la recourante ni ne relèvent de nouvelles limitations fonctionnelles. Au vu de ce qui précède, l'appréciation formulée le 22 juillet 2014 retenant, sur le plan somatique, une pleine capacité de travail dans le respect des limitations fonctionnelles de la recourante demeure pertinente en l'espèce. Elle peut dès lors peut être confirmée.

b) Au plan psychique, l'intimé reprend les conclusions d'un examen clinique psychiatrique du 15 novembre 2016 réalisé par la Dresse P._____. Contrairement à son appréciation du 22 juillet 2014, cette spécialiste abandonne le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique au profit de traits de personnalité impulsive, sans répercussion sur la capacité de travail.

Aucun élément médical présent au dossier ne permet de douter de cette conclusion. En effet, le rapport du 24 août 2015 établi par le Dr F._____, médecin traitant de la recourante, succinctement motivé et reprenant les diagnostics posés par les Drs T._____ et P._____ dans l'examen clinique du 22 juillet 2014, n'apporte aucun élément tangible afin de remettre en doute les conclusions précitées. Quant au rapport médical produit par la recourante et établi le 6 février 2018 par les Drs N._____ et V._____, hormis la situation psycho-sociale alarmante, ces

médecins ne relèvent aucun diagnostic ni éléments médicaux permettant de douter de la pertinence des conclusions de l'examen du 15 novembre 2016. Au contraire, le médecin traitant actuel de la recourante, le Dr B._____, retient dans son rapport médical du 8 décembre 2017 l'absence de troubles dépressifs et de contre-indications à une capacité de travail totale dans une activité professionnelle adaptée, allant ainsi dans le sens des conclusions de la Dresse P._____.

L'examen clinique du 15 novembre 2016 établi par la Dresse P._____ remplit en outre les réquisits de la jurisprudence afin de se voir reconnaître pleine valeur probante, comprenant une anamnèse psychiatrique riche et soignée, la description des plaintes de l'assurée ainsi qu'une appréciation détaillée du cas d'espèce. Tous les points litigieux font l'objet d'une étude circonstanciée. En effet, la Dresse P._____ relève l'absence de trouble de l'attention ou de la concentration, une intelligence clinique dans les limites de la norme, l'absence de troubles florides de lignée psychotique. La spécialiste ne constate également aucune diminution du plaisir et de l'intérêt, un dynamisme conservé ainsi que l'absence de ruminations, de culpabilité, d'idées noires ou suicidaires, de troubles du sommeil, de trouble phobique, de pathologie addictive ou encore une mimique algique. Des traits de personnalité impulsive sont cependant retenus. Un tel tableau clinique renseigne de manière appropriée sur la structure de la personnalité de la recourante et sur les éléments pertinents ayant mené au diagnostic. La Dresse P._____ relève également une discordance majeure entre les plaintes de la recourante et les observations réalisées lors de l'examen clinique d'une part, et celles effectuées par le Service de Lutte contre la fraude à l'assurance d'autre part. La spécialiste mentionne notamment que, malgré ses plaintes, la recourante a trouvé les ressources nécessaires afin de planifier et de partir pendant près de deux mois en vacances dans son pays d'origine. En l'occurrence, il y a effectivement lieu de relativiser la détresse alléguée par la recourante au vu des ressources déployées afin de partir en vacances pour une durée non-négligeable, de s'occuper de tâches ménagères ou afin de maintenir certains loisirs, comme le jardinage.

Ne retenant aucun diagnostic psychologique invalidant, c'est à juste titre que la Dresse P._____ n'analyse pas la situation sous l'angle de la grille de critères développés par la jurisprudence (ATF 141 V 281).

c) Au vu du tableau clinique de la recourante, l'état de santé de la recourante s'est effectivement amélioré. En effet, il contraste avec le comportement de la recourante lors de l'examen clinique du 22 juillet 2014, marqué par une profonde détresse ainsi que des pleurs importants. Or, rien de tel ne se retrouve à la lecture du rapport d'examen du 15 novembre 2016. Au contraire, la Dresse P._____, auteure du volet psychiatrique de l'examen du 22 juillet 2014 et donc parfaitement à même de constater l'évolution du status de la recourante, relève un maintien de la thymie, l'absence de baisse du dynamisme ainsi qu'aucune baisse d'intérêt concernant notamment les activités ménagères, les vacances et la famille. La recourante dispose ainsi à nouveau de ressources suffisantes afin d'exercer une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Quant à la date de la fin de l'incapacité de travail, fixée au 1^{er} avril 2015, elle correspond à la période durant laquelle des observations ont été menées par le Service de Lutte contre la fraude à l'assurance, mettant en évidence une autonomie de la recourante afin d'effectuer ses courses, de se rendre en ville, de conduire ou encore de s'occuper de son ménage, respectivement de son jardin. Au vu de ce qui précède, l'état de santé de la recourante s'est effectivement amélioré dès le mois d'avril 2015.

d) Au vu de ce qui précède, L._____ s'est effectivement trouvée en incapacité totale de travail dès le mois de février 2012, recouvrant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} avril 2015.

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis 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.

c) 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 24 mai 2018 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 L._____.
- 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 :

- L. _____,
- l'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 :