

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 février 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Piguet, juge, et M. Peter, assesseur
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 88a al. 1 et 88^{bis} al. 2 let. a RAI

E n f a i t :

A. **a)** S. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère d'une fille née en [...], est au bénéfice de diplômes d'horticultrice et de graphiste-webdesigner. Entre le 1^{er} mars 2001 et le 23 janvier 2010, elle a été employée à 100 % par le Centre Q. _____.

b) En incapacité de travail depuis le mois de mai 2009, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 11 novembre 2009. A cette époque, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.10) et de personnalité émotionnellement labile bordeline (F60.31) ont été posés (cf. rapport établi le 30 décembre 2009 par la Dre T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie). Cette première demande s'est néanmoins soldée par un refus de prestation de l'OAI (cf. décision du 26 septembre 2011), l'assurée ayant dans l'intervalle recouvré une pleine capacité de travail (cf. rapport établi le 5 novembre 2010 par la Dre T. _____).

Une seconde demande de prestations a été déposée auprès de l'OAI le 26 janvier 2012, motivée par une recrudescence des symptômes dépressifs. A cette occasion, une expertise psychiatrique a été menée par la Dre H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 21 janvier 2013, l'experte a en particulier retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité sévère, vraisemblablement accompagné de symptômes psychotiques (F33.3) et de traumatisme psychique faisant suite à une relation sentimentale (Z63.0). Elle a en outre estimé que le taux de 60 % qu'exerçait l'assurée dans son nouvel emploi correspondait au maximum de ses capacités, sa rentabilité étant probablement encore inférieure.

Par décision du 23 janvier 2014, l'assurée a été mise au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2012, sur la base d'un taux d'invalidité de 40 %.

c) Le 12 novembre 2015, l'assurée a déposé une demande de révision de son droit à la rente, alléguant une aggravation de son état de santé psychique, depuis le mois d'avril 2015. Interpellé par l'OAI, le Dr V._____, médecin sans titre postgrade selon le registre des professions médicales, a attesté d'une incapacité totale de travail. Il a fait part de l'enlisement de l'assurée dans le suivi de son administration personnelle. Il a suggéré de refaire un bilan d'ici trois mois, l'assurée devant être en mesure de mettre à jour ses dossiers et de se prendre en main dans ce délai (cf. rapport du 14 janvier 2016).

L'OAI a également requis la production du dossier de l'assureur perte de gain et a en particulier obtenu un rapport d'expertise établi le 10 février 2016 par le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Cet expert a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique (F33.11), actuellement en rémission partielle, la symptomatologie dépressive étant légère actuellement (F33.0). S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a noté des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56), un trouble de l'attention avec hyperactivité (F90), ainsi qu'une accentuation de certains traits de la personnalité, traits de la personnalité émotionnellement labile, actuellement non décompensés (Z73.1). Selon lui, la capacité de travail de l'assurée était nulle jusqu'au 14 mars 2016, de 50 % du 15 mars au 31 mars 2016 et de 100 %, sans diminution de rendement, dès le 1^{er} avril 2016. Il a pour le surplus noté ce qui suit :

« Bien que nous ne retenions pas de limitations fonctionnelles significatives actuellement d'un point de vue psychiatrique, nous préconisons une reprise professionnelle progressive et légèrement décalée dans le temps, tenant compte de la persistance des symptômes anxieux et dépressifs résiduels subjectifs et d'un éventuel risque de rechute dépressive, dans le contexte de traits de la personnalité qui peuvent décompenser et surtout de l'absence d'un traitement antidépresseur autre que la trazodone introduit il y a une semaine ».

Dans un rapport du 28 juillet 2016, le Dr V._____ a noté, à titre de limitations fonctionnelles, que l'assurée était facilement confuse

dans ses papiers, n'avancait que très lentement, avec de fréquentes interruptions. Le 3 août 2017, le médecin traitant a ajouté que le problème majeur de l'assurée restait sa fatigue et fatigabilité accrue qui étaient toujours présentes, mais à un moindre degré comparé à 2016. Par courrier du 12 janvier 2018, ce même médecin a déclaré que l'état de santé psychique et la situation de l'assurée n'avaient pas évolué depuis le mois de janvier 2016.

Dans un avis du 14 mars 2018, le Dr D._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a préconisé de suivre les conclusions du Dr R._____ qui démontrait une amélioration de l'état de santé psychique de l'assurée depuis la dernière décision de l'OAI.

Selon une note d'entretien du 16 avril 2018, l'assurée a fait part de sa contrariété face au constat d'aptitude au travail, estimant que ses problèmes financiers et administratifs se répercutaient sur sa santé et l'empêchaient encore de travailler. Dans une correspondance du 29 mai 2018, elle a en outre critiqué l'actualité du rapport d'expertise du Dr R._____, alléguant que son état de santé s'était péjoré dans l'intervalle.

Le 30 mai 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, dans le sens de l'augmentation de la rente, suivie d'une suppression du droit. Le droit à une rente entière était reconnu à partir du 11 novembre 2015, date de la demande de révision, jusqu'au 30 juin 2016, trois mois après l'amélioration de l'état de santé. Puis, à partir du 1^{er} juillet 2016, le quart de rente était maintenu jusqu'à la date de la suppression de la rente, intervenant dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

Dans un rapport du 16 juin 2018, le Dr V._____ a noté, s'agissant de la capacité de travail, que l'assurée avait commencé à rechercher un emploi à 30 ou 50 %. Il a ajouté que la limitation fonctionnelle consistait dans la durée réduite du temps travaillé et la durée rallongée du temps nécessaire à la récupération.

Par acte du 27 juin 2018, l'assurée, sous la plume de son conseil, a fait part de ses objections à l'encontre du projet précité. Elle a fait valoir que les projections du Dr R. _____ ne s'étaient pas réalisées et que son état de santé s'était au contraire dégradé durant l'été 2016, ce dont avait attesté le Dr V. _____.

L'OAI a, par décision du 21 janvier 2019, confirmé son projet de décision dont il a repris la motivation.

B. Par acte du 22 février 2019, S. _____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière du 1^{er} juillet 2016 au 30 novembre 2017 et d'une demi-rente à compter du 1^{er} décembre 2017. En substance, elle a réitéré les arguments soulevés dans le cadre de la procédure administrative, en ce sens que l'expertise du Dr R. _____ n'était pas probante, en particulier s'agissant de la période au-delà du mois de février 2016.

Dans sa réponse du 24 avril 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Maintenant ses explications et conclusions, l'assurée a, par courrier du 28 mai 2019, renoncé à répliquer.

E n d r o i t :

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

(art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la révision du droit à la rente.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). D'après l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % au moins 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 trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être

tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

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

Selon l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

Les dispositions relatives à la révision du droit à une rente d'invalidité sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

4. 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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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).

5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et

3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

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

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte

de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt 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. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

6. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a présenté une nouvelle période d'incapacité totale de travail entre le mois d'avril 2015 et le 14 mars 2016, en raison d'une péjoration de sa symptomatologie dépressive. Seule est litigieuse la question de l'amélioration de son état de santé au-delà du mois de mars 2016.

A cet égard, l'intimé s'est fondé sur l'expertise rendue le 10 février 2016 par le Dr R._____ pour retenir que la recourante avait recouvré une capacité de travail de 50 % à compter du 15 mars 2016 et de 100 %, sans diminution de rendement, dès le 1^{er} avril 2016. La recourante conteste cette appréciation et fait valoir que l'hypothèse future du Dr R._____ ne s'est pas réalisée, son état de santé s'étant péjoré durant l'été 2016.

Il convient ainsi d'examiner si le rapport d'expertise du Dr R._____ revêt une valeur probante suffisante – au regard de la jurisprudence énoncée *supra* (cf. consid. 5) – pour apprécier la capacité de travail de la recourante au-delà du 14 mars 2016 et si des appréciations médicales divergentes permettent de remettre en cause les conclusions de l'expert.

b) L'expert R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un épisode dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique (F33.11), en rémission partielle, la symptomatologie dépressive étant actuellement légère (F33.0). Ce faisant, il a posé un diagnostic selon les règles de l'art, en se référant à la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (CIM-10). Il a en outre

analysé les éventuels motifs d'exclusion et a en particulier exclu une exagération consciente des troubles (cf. p. 22).

Il convient à ce stade d'analyser le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé.

L'expert a noté ne pas avoir observé de limitations fonctionnelles significatives. Lors de l'entretien qu'il a eu avec l'intéressée, il a observé une mimique adéquate, un visage expressif, avec une thymie légèrement abaissée, ainsi qu'une tristesse lorsque les difficultés financières ont été évoquées (cf. p. 10). Dans son analyse, il a relevé que la tristesse n'était pas présente durant la plupart de la journée et qu'elle n'était plus incapacitante comme auparavant selon l'anamnèse. L'anhédonie était absente et la fatigue n'avait plus de répercussions significatives sur les activités de la vie quotidienne. La concentration était par ailleurs pleinement conservée (cf. p. 14). Il n'était pas relevé de préoccupation excessive pour des problèmes sans importance caractérisant l'anxiété généralisée. Le traitement psychothérapeutique était en outre qualifié de positif, dans la mesure où une nette amélioration de la symptomatologie dépressive était constatée (cf. p. 21). Concernant le succès, respectivement la résistance lors de la réadaptation, il ressort du dossier de l'intimé qu'une aide au placement a été envisagée, mais n'a finalement pas abouti. Si l'expert ne pouvait connaître cet élément, postérieur à l'expertise, il a néanmoins relevé que la recourante « se montr[ait] très peu motivée pour reprendre une activité professionnelle. Elle souhaiterait d'abord régler ses problèmes administratifs avant de retrouver un emploi » (cf. p. 9). Dans ces circonstances, l'absence de réadaptation ne dit rien des ressources de la recourante sur ce plan, puisqu'elles n'ont en définitive pas été testées (cf. TF 9C_569/2917 du 18 juillet 2018 consid. 5.2). Pour la question des comorbidités, l'expert a exposé que le trouble de l'attention avec hyperactivité (F90) dont souffre la recourante ne l'avait pas empêchée de travailler et ne l'empêchait pas non plus de s'occuper des tâches administratives (cf. p. 15). Quant aux difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56), et à l'accentuation de certains traits de la personnalité (Z73.1), ces diagnostics de la catégorie Z

du système de classification CIM-10 ne peuvent être considérés comme des troubles ayant valeur de maladie. Le Tribunal fédéral a en effet retenu que de tels troubles ne relèvent pas de la notion d'atteinte à la santé juridiquement pertinente et ne constituent donc pas une comorbidité (TF 9C_894/2015 du 25 avril 2016 consid. 5.1), de sorte qu'ils ne peuvent en principe pas être pris en considération pour évaluer les ressources résiduelles. On relève que le Dr R._____ a néanmoins tenu compte des traits de la personnalité émotionnellement labile, actuellement non décompensés, de la recourante en préconisant une reprise progressive d'une activité professionnelle.

S'agissant encore de l'axe personnalité, l'expert a relevé que la recourante avait décrit une bonne estime de soi « en légère amélioration » selon l'anamnèse (cf. p. 13). Elle présentait certes un état de perturbation émotionnelle, mais celui-ci se situait dans le contexte d'un état dépressif récurrent moyen, actuellement en rémission partielle, si bien qu'un trouble de l'adaptation était exclu (cf. p. 18). Compte tenu de ce qui précède, il ne saurait être retenu une diminution des ressources de la recourante en relation avec ses traits de personnalité.

Concernant le contexte social, l'expert a noté que la recourante avait su maintenir de bonnes relations avec des amis qui la soutenaient régulièrement (cf. p. 8), l'intéressée ayant par ailleurs fait état de moments de plaisir partagés avec son entourage (cf. p. 13). Il ressort en outre du dossier qu'elle est bien intégrée dans sa commune où elle occupe depuis 2015 le poste de secrétaire du conseil général (cf. p. 5). Enfin, la recourante a su s'entourer de l'aide de [...] pour la gestion de ses affaires administratives. Des ressources mobilisables peuvent ainsi être tirées du contexte de vie de la recourante.

Se pose ensuite la question de la cohérence des troubles. Il convient à cet égard d'examiner si les limitations relevant du domaine professionnel sont cohérentes avec les activités relevant du domaine privé. A ce sujet, l'expert R._____ a relevé qu'il n'existait aucun retentissement significatif des plaintes dans les activités de la vie

quotidienne et du ménage d'un point de vue purement psychiatrique, en dehors d'une fatigue subjective. La recourante parvient à réaliser l'ensemble des tâches ménagères sans difficultés particulières et a conservé une hygiène personnelle irréprochable (cf. p. 8). On relève en outre que l'activité – certes ponctuelle – de secrétaire du conseil général exige des travaux de préparation des séances, ainsi que de la rigueur et de la concentration. La satisfaction de telles exigences ne paraît guère compatible avec une fatigabilité accrue.

c) A l'aune de ces éléments, l'expert R. _____ n'a pas retenu de limitations fonctionnelles significatives d'un point de vue psychiatrique. Il a cependant préconisé « une reprise professionnelle progressive et légèrement décalée dans le temps, tenant compte de la persistance des symptômes anxieux et dépressifs résiduels subjectifs et d'un éventuel risque de rechute dépressive, dans le contexte de traits de la personnalité qui [pouvaient] décompenser et surtout de l'absence d'un traitement antidépresseur autre que la trazodone introduit il y a une semaine ». On comprend ainsi que le Dr R. _____ n'a pas effectué une prévision comme le soutient la recourante, mais a en réalité constaté une pleine capacité de travail au mois de février 2016 déjà, estimant que la reprise d'une activité devait être aménagée de manière à prévenir toute décompensation, au regard notamment des traits de la personnalité de l'intéressée. Dans ce contexte, le délai de trois semaines entre les différents taux de capacité de travail (entre le 14 mars et le 1^{er} avril 2016) ne reflète pas la durée du rétablissement de la recourante, mais l'aménagement temporel nécessaire à la reprise d'une activité.

Force est ainsi d'admettre que l'expertise du Dr R. _____ permet d'apprécier pleinement les ressources mobilisables de la recourante et l'évolution de sa capacité de travail, si bien qu'elle revêt une valeur probante.

7. **a)** Reste à examiner si les appréciations du Dr V. _____, dont se prévaut la recourante auprès de la Cour de céans à l'appui de ses

arguments, sont susceptibles de faire douter des conclusions étayées de l'expert R._____.

A cet égard, on relève d'emblée que le Dr V._____ n'est pas spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, selon le registre officiel des professions médicales. Cela étant, on observe que ce médecin a, dans son rapport du 14 janvier 2016, fixé à trois mois le délai dans lequel sa patiente devait être en mesure de se prendre en main, échéance qui concorde avec celle de l'expert. Or dans ses rapports subséquents, il n'a mentionné aucun élément objectif expliquant pourquoi l'amélioration attendue - tant par lui que par l'expert - ne s'est pas produite. Le Dr V._____ semble au contraire s'être principalement fié aux plaintes subjectives de la recourante en lien avec ses difficultés face aux tâches administratives, sans mettre en exergue d'éléments médicaux propres à objectiver une dégradation de son état de santé. Il a en particulier noté, à titre de limitations fonctionnelles, que l'assurée était facilement confuse dans les papiers, n'avancait que très lentement, avec de fréquentes interruptions (cf. rapport du 28 juillet 2016). Or le Dr R._____ a expliqué de manière convaincante que la volonté de la recourante de régler ses problèmes administratifs avant de retrouver un emploi ne représentait pas une limitation fonctionnelle objectivable en lien avec un trouble psychique (cf. p. 9 du rapport d'expertise). On constate par ailleurs que le Dr V._____ ne se détermine pas sur la capacité de travail de sa patiente, mais se limite à rapporter les propos tenus par elle, soit notamment qu'elle a commencé à rechercher un emploi à 30 ou 50 % (cf. rapport du 16 juin 2018). Le médecin traitant ne motive ainsi pas pourquoi il retient une persistance de la fatigue et de la fatigabilité influençant la capacité de travail au-delà du mois de mars 2016, alors même que sa patiente a conservé ses fonctions cognitives (cf. rapport du 14 janvier 2016) et ses qualités personnelles (cf. rapport du 16 juin 2018) et qu'elle occupe ponctuellement une charge de secrétaire de conseil général.

b) L'appréciation du Dr V._____ n'est ainsi pas de nature à remettre sérieusement en cause l'expertise du Dr R._____. L'intimé était fondé à suivre les conclusions de ce dernier médecin et, par voie de

conséquence, à limiter l'octroi d'une rente entière du 11 novembre 2015, date de la demande de révision, au 30 juin 2016, trois mois après l'amélioration de l'état de santé (art. 88a al. 1 RAI), puis, à partir du 1^{er} juillet 2016, de maintenir le quart de rente jusqu'à la date de la suppression de la rente, intervenant dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision (cf. art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI).

8. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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 21 janvier 2019 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 S._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Florence Bourqui (pour S._____)
- 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).

La greffière :