

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 juin 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
MM. Neu, juge, et Riesen, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante, représentée par Procap, à Bienne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI ; 88a RAI.

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], caissière auprès de K. _____, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 9 avril 2010.

Dans un rapport du 6 août 2010, la Dre N. _____, rhumatologue traitante, a posé le diagnostic de connectivite mixte (polyarthrite et lupus érythémateux) existant depuis 2007. Le lupus érythémateux s'était manifesté initialement par une polyarthrite, une thrombopénie et un phénomène de Raynaud. Le taux d'incapacité de travail dans l'activité de caissière avait varié, avant d'être fixé à 40 % depuis le mois de mai 2010.

Le 29 octobre 2010, la Dre N. _____ a écrit à l'OAI que l'état de santé de sa patiente s'était détérioré, de sorte qu'elle ne pouvait assumer son activité habituelle au-delà du taux de 50 %.

Par décisions du 14 avril 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2010, puis une demi-rente à compter du 1^{er} janvier 2011. Il a retenu qu'elle avait présenté une incapacité de travail de 40 % du 21 mai au 30 septembre 2010, puis de 50 % à compter du 1^{er} octobre 2010, ceci dans toute activité.

B. Dans le cadre d'une procédure de révision initiée par l'OAI, l'assurée a complété le 6 février 2014 un questionnaire en indiquant que son état de santé s'était aggravé, avec une augmentation des douleurs et de la fatigue. Elle avait demandé à son employeur un changement de poste. Depuis le 1^{er} juin 2013, elle exerçait une activité de contrôleuse des achats, ce qui impliquait beaucoup de déplacements et avait pour effet de l'épuiser. Elle suivait depuis quelques mois un nouveau traitement, lequel n'apportait aucune amélioration (cf. courrier du 5 février 2014).

Le 10 mars 2014, la Dre N._____ a indiqué que la capacité de travail de sa patiente était nulle dans l'activité habituelle depuis le 5 mars 2014. L'état de fatigue s'accroissait et rendait difficile les activités quotidiennes. A moins d'un traitement efficace, on pouvait douter d'une reprise du travail, dans une activité adaptée, à un taux supérieur à 30 %. Le pronostic était défavorable.

Dans un rapport du 21 mars 2014, le Dr M._____, rhumatologue au L._____, a décrit que l'état de l'assurée demeurait inchangé malgré l'instauration de différents traitements. La capacité de travail exigible s'élevait à 50 % dans toute activité.

Le 19 décembre 2014, la Dre N._____ a annoncé que la situation de l'assurée ne s'était pas améliorée depuis son dernier rapport. Le nouveau traitement n'avait qu'un effet modeste sur les symptômes articulaires et la fatigue.

L'employeur a résilié les rapports de travail pour le 31 janvier 2015.

L'OAI a mis en œuvre un examen clinique rhumatologique auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans un rapport du 9 mars 2015, le Dr J._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, a retenu le diagnostic de connectivite mixte, lequel entraînait une diminution de 50 % de la capacité de travail dans toute activité. Il n'y avait pas d'aggravation objectivable de l'atteinte. Les douleurs diffuses de type fibromyalgique et le status après excision d'un névrome de Morton au pied gauche en 2011 et au pied droit en 2014 n'avaient aucun effet sur la capacité de travail.

Par projet de décision du 23 avril 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de refuser l'augmentation de la demi-rente d'invalidité, sa capacité de travail demeurant fixée à 50 % dans toute activité.

Le 9 juillet 2015, l'assurée, désormais représentée par Procap, s'est opposée à ce projet. En particulier, elle a soutenu que le Dr J. _____ avait relevé une nature fibromyalgique de ses douleurs, sans faire application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. En annexe, elle a joint un rapport du 30 juin 2015 de la Dre N. _____, laquelle concédait que les symptômes qui lui paraissaient s'aggraver étaient peu objectivables, puisqu'il s'agissait essentiellement d'un état de fatigue chronique et d'arthromyalgies. La capacité de travail dans une activité adaptée n'excédait pas 20 %, surtout en raison d'une baisse de rendement majeure.

Dans un rapport du 22 septembre 2015, la Dre H. _____, dermatologue, a relevé la guérison des lésions cutanées de l'assurée. Celle-ci rapportait cependant une photosensibilité qui restait marquée avec une apparition de plaques et une sensation de brûlures dès l'exposition au soleil.

Dans un rapport du 21 avril 2016 à l'OAI, le Dr T. _____, médecin généraliste traitant de l'assurée depuis mars 2015, a indiqué que l'état de sa patiente était stationnaire, voire légèrement péjoré. Il a noté la persistance de la fatigue, des douleurs articulaires diffuses, d'un caractère inflammatoire, la persistance de lésions de lupus cutané sur le visage, ainsi que d'un syndrome de Raynaud et du syndrome sec. La capacité de travail, même dans une activité adaptée, ne saurait dépasser 50 % en raison de la fatigabilité et des douleurs arthro-musculaires secondaires à la maladie immunologique.

Dans un rapport du 30 mai 2016, le Dr O. _____, psychiatre, a annoncé suivre l'assurée depuis le 17 mars 2016. Il a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. La patiente se plaignait de douleurs diffuses et de fatigue, et ne présentait aucune motivation pour reprendre une activité professionnelle.

Le 28 septembre 2017, l'assurée a subi un infarctus de type STEMI antérieur sur maladie monotronculaire avec occlusion de l'artère interventriculaire antérieure. Après avoir été admise au L._____, où elle a bénéficié d'une angioplastie avec mise en place d'un stent actif, elle a été transférée aux I._____. Au vu de l'évolution favorable, elle a pu retourner à son domicile le 3 octobre 2017 (cf. rapport du 2 octobre 2017 de la Dre S._____, médecin aux I._____).

L'assurée a bénéficié d'une réadaptation cardiovasculaire en ambulatoire du 20 octobre au 14 décembre 2017 à la R._____ (cf. rapport du 27 décembre 2017 du Dr P._____, cardiologue auprès de cette R._____).

Dans un rapport non daté consécutif à un examen du 15 janvier 2018, le Dr B._____, cardiologue, a observé une cicatrice de l'occlusion de l'artère interventriculaire antérieure de septembre 2017, sans dysfonction ventriculaire gauche, malgré une akinésie antérieure limitée. Il n'y avait pas d'évidence d'une atteinte en rapport avec la connectivite mixte.

L'OAI a mis sur pied une expertise pluridisciplinaire. Le mandat a été attribué par le biais de la plateforme électronique SuisseMED@P à V._____. L'assurée a été examinée le 3 juillet 2018 par les Drs U._____, rhumatologue, et Z._____, psychiatre, ainsi que le 16 juillet 2018 par la Dre G._____, médecin praticien. Dans un rapport du 10 septembre 2018, les experts ont retenu, comme diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail, ceux de connectivite mixte sous traitement de fond, d'infarctus de type STEMI antérieur le 28 septembre 2017, avec pose de stent et déconditionnement physique, ainsi que d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Sur le plan rhumatologique, l'assurée présentait une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée depuis 2010. L'infarctus avait quant à lui entraîné une incapacité totale de travail du 28 septembre au 14 décembre 2017. Au plan psychiatrique, il était plausible de retenir que l'installation du tableau de la dépression grave avec

symptômes psychotiques se situait entre l'évaluation de mai 2016 du Dr O. _____ et la présente expertise. En raison du manque de rapports psychiatriques pour cette période, l'expert a évalué la capacité de travail à partir de la date de son examen, soit le 3 juillet 2018, et l'a fixée à 50 % dans toute activité. Par ailleurs, les diagnostics de fibromyalgie et d'ostéopénie, entre autres, n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail.

Par avis médical du 3 octobre 2018, le Dr C. _____, médecin au SMR, a retenu sur la base de cette expertise une incapacité totale de travail dans toute activité du 21 mai 2016 au 2 juillet 2018, puis de 50 % dans une activité adaptée dès le 3 juillet 2018.

Par projet de décision du 11 octobre 2018, annulant et remplaçant celui du 23 avril 2015, l'OAI a annoncé à l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer une rente entière du 1^{er} mai 2016 au 31 octobre 2018, puis à nouveau une demi-rente dès le 1^{er} novembre 2018. Il se fondait sur une incapacité de travail de 100 % dans toute activité du 21 mai 2016 au 2 juillet 2018 et, dès le 3 juillet 2018, de 50 % dans toute activité.

L'assurée, par Procap, a contesté ce projet le 15 novembre 2018. Elle a critiqué l'appréciation de l'expert psychiatre et s'est prévaluée de celle du Dr F. _____, son psychiatre traitant. Elle a joint un rapport du 12 novembre 2018 de ce dernier, posant les diagnostics de trouble dépressif sévère avec symptômes psychotiques et de syndrome douloureux somatoforme persistant, avec, comme diagnostic différentiel, un trouble délirant persistant. L'évolution de l'état de santé depuis juillet 2018 était de manière générale stationnaire, avec toutefois une péjoration des symptômes au niveau psychologique, se manifestant principalement par des symptômes psychotiques devenant de plus en plus envahissants. Un nouveau traitement antidépresseur avait été introduit afin de juguler les symptômes dépressifs, en espérant que les symptômes psychotiques concomitants s'atténueraient progressivement. La patiente n'était pas en capacité de reprendre une activité actuellement, tant en raison des

symptômes d'ordre somatique que psychiatrique. Il fallait attendre au moins trois mois pour que la médication psychotrope puisse être ajustée et produire un effet. Le Dr F. _____ préconisait que l'expert psychiatre revoie la patiente d'ici six mois afin de réévaluer sa capacité de travail. D'après le Dr F. _____, l'assurée ne pouvait reprendre une activité avant le printemps 2019.

Par avis médical du 6 janvier 2019, le Dr C. _____ a relevé que les éléments avancés dans le rapport du Dr F. _____ n'allaient pas dans le sens d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée antérieurement au 11 octobre 2018. Il a proposé à l'OAI de maintenir sa décision.

Par décision du 11 mars 2019, l'OAI a confirmé l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2016 au 31 octobre 2018, puis d'une demi-rente dès le 1^{er} novembre 2018. Par lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI a informé l'assurée que sa contestation n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

C. Par acte du 12 avril 2019, Q. _____, toujours représentée par Procap, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi des prestations légales de l'assurance-invalidité, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Elle a nié toute valeur probante au rapport d'expertise psychiatrique et, partant, à l'ensemble de l'expertise de V. _____. Elle a soutenu que d'après le Dr F. _____, une péjoration au plan psychique était survenue. En annexe, elle a joint un rapport du 28 mars 2019 du Dr F. _____, relevant que l'évolution était favorable s'agissant de la gravité de l'épisode dépressif, lequel était passé de sévère à moyen avec l'introduction d'un nouveau traitement. Quant aux symptômes psychotiques, ils persistaient dans leur ensemble. Le Dr F. _____ retenait un trouble délirant persistant. Les troubles pouvaient être un peu atténués

par le traitement psychotrope et la psychothérapie, mais restaient en règle générale persistants. La patiente présentait une incapacité totale de travail en raison de la problématique psychotique. Elle était constamment en proie à des idées délirantes, lesquelles handicapaient fortement son quotidien. Il fallait s'attendre à ce qu'elle ne puisse plus reprendre une activité professionnelle.

Par décision du 4 juin 2019, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 28 mai 2019, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 2 juillet 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, en se référant à l'avis du SMR du 6 janvier 2019.

Par réplique du 19 août 2019, la recourante a maintenu ses conclusions, en ajoutant que l'appréciation de l'expert psychiatre était insuffisante au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral fondée sur les ressources. Comme démontré par le Dr F. _____ dans son rapport du 28 mars 2019, ses ressources ne lui permettaient pas de mettre en valeur une quelconque capacité de travail.

Le 7 mai 2020, Procap a déposé une liste de ses opérations.

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. a) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2016, singulièrement sur son degré d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2018.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). 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 s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente, et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

b) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5, 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur 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. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

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 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1, TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa 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) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée, TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

5. 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).

6. En l'espèce, par la décision litigieuse, l'OAI a retenu que la recourante avait présenté une incapacité totale de travail dans toute activité du 21 mai 2016 au 2 juillet 2018 avant de retrouver, dès le 3 juillet 2018, une capacité de travail de 50 % dans toute activité. L'intéressée conteste cette décision en se référant aux rapports de son psychiatre traitant, lesquels attestent une capacité de travail nulle même au-delà de cette date. La recourante nie toute valeur probante à l'expertise

psychiatrique de V._____, et par là, à l'ensemble de l'expertise pluridisciplinaire.

a) Sur le plan somatique, l'expert constate, s'agissant de l'infarctus du myocarde du 28 septembre 2017, que l'examen clinique est normal, avec une fonction cardio-pulmonaire normale. L'infarctus est stable. Il avait entraîné une incapacité totale de travail jusqu'au 14 décembre 2017, soit jusqu'à la fin de la réadaptation cardiovasculaire en ambulatoire, ainsi qu'un déconditionnement physique. A partir de cette date, l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée et de 50 % dans l'activité habituelle. Au vu du rapport du Dr B._____, ce dernier taux avait progressivement augmenté pour atteindre 100 % six mois plus tard, avec un reconditionnement physique.

En lien avec la connectivité mixte, l'expert retient une capacité de travail de 50 % tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, existant depuis 2010. Il explique que cette atteinte n'est pas complètement et durablement incapacitante. En effet, à part des éléments subjectifs rapportés par l'assurée (douleurs, fatigue), il n'avait pas observé de phénomène inflammatoire articulaire ou de phénomène cutané lors de son examen. Ce dernier était superposable à celui effectué par le Dr J._____ en 2015. L'expert rejoint ainsi l'appréciation de la capacité de travail du Dr J._____ (cf. rapport du 9 mars 2015), de même que des Drs M._____ (cf. rapport du 21 mars 2014) et T._____ (cf. rapport du 21 avril 2016), lesquels l'ont tous fixée à 50 %. L'expert écarte l'évaluation de la rhumatologue traitante, qui faisait état d'une capacité de travail encore moindre à partir de mars 2014. Il explique que les rapports de la Dre N._____ n'apportent pas la preuve d'une péjoration articulaire. Les examens radiologiques non plus. Les Drs H._____ et T._____ avaient pour leur part confirmé la présence de phénomènes cutanés et hématologiques avec photosensibilité. Au final, sur la base de l'ensemble de ces rapports et de son examen, l'expert n'a pas exclu l'apparition d'épisodes inflammatoires aigus, mais a constaté que de telles poussées, traitées selon les règles de l'art, n'entraînaient pas d'incapacité de travail totale au-delà d'un mois.

Au plan somatique, l'expertise a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. Les experts ont notamment tenu compte de l'appréciation des autres médecins s'étant prononcés sur l'état de santé de la recourante. Ils ont également pris en considération les plaintes de l'assurée. En outre, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, et les conclusions des experts bien motivées. Cette expertise remplit donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Dès lors, il y a lieu de se rallier à ses conclusions et de retenir, du point de vue somatique, une capacité de travail de 50 %, à l'exception d'une période de quelques semaines à la fin de l'année 2017 en lien avec l'infarctus.

b) Sur le plan psychique, l'expert pose le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Il déplore le manque de rapports psychiatriques pour la période antérieure à son examen, mais retient toutefois qu'il est plausible que l'installation de ce tableau se situe entre l'évaluation de mai 2016 du Dr O. _____ et son propre examen. Il décrit que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme retenu initialement par le Dr O. _____ - sans que celui-ci ne décrive de status psychiatrique justifiant ce diagnostic - n'était plus acceptable. L'expert ne retrouvait pas les critères diagnostiques nécessaires pour conclure à une telle atteinte. Il ne s'est pas réellement prononcé sur la capacité de travail présentée par l'assurée avant son examen, le 3 juillet 2018, au vu de l'absence de rapports au plan psychique. Il l'a évaluée dès cette date, à 50 %. Sur cette base, le Dr C. _____ a retenu une incapacité totale de travail dans toute activité du 21 mai 2016 au 2 juillet 2018, puis de 50 % dès le 3 juillet 2018, ce que l'OAI a repris. A l'instar de l'intimé, on peut admettre, au vu de l'expertise, couplée aux rapports du Dr F. _____, que l'assurée a présenté un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, entraînant une incapacité totale de travail de mai 2016 à juillet 2018.

En revanche, la capacité de travail de 50 % dès le 3 juillet 2018 fixée par l'expert ne saurait être d'emblée suivie. En effet, l'évaluation de l'expert est trop succincte quant à l'analyse des ressources

dont dispose encore l'assurée (cf. consid. 5 supra). Il se limite à relever qu'elle se trouve sous médication insuffisante, de sorte que l'appréciation des ressources et son profil d'effort ne pouvait pas être concluante. Par ailleurs, le Dr F. _____ fait état de symptômes psychotiques notablement plus importants que ceux décelés par l'expert, et décrit une aggravation de ces symptômes entre les mois de juillet et novembre 2018 (cf. rapport du 12 novembre 2018), soit avant la décision litigieuse. Par la suite, le Dr F. _____ admet une légère amélioration de l'état dépressif en tant que tel, qui serait désormais de gravité moyenne à sévère. Il prend soin de nuancer son premier rapport, mais maintient malgré tout une incapacité de travail totale, en raison de la problématique psychotique (cf. rapport du 28 mars 2019). En l'état, un doute important subsiste donc sur la gravité des symptômes psychotiques présentés par l'assurée, sur l'efficacité du traitement disponible et sur l'influence de ces symptômes - et de l'état dépressif en général - sur sa capacité résiduelle de travail pour la période postérieure au mois de juillet 2018.

Dans ces conditions, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, puis de statuer à nouveau sur le droit aux prestations pour la période postérieure au 31 octobre 2018 (cf. art. 88a al. 1 RAI ; consid. 3b supra).

Pour la période antérieure, il convient pour l'essentiel de confirmer la décision litigieuse, à l'exception du début du droit à la rente. En effet, les éléments au dossier ne permettent pas de constater une péjoration de l'état de santé avant le mois de mai 2016. L'OAI admet d'ailleurs lui-même que l'incapacité totale de travail a débuté le 21 mai 2016 et non avant. La recourante ne se prévaut pas non plus d'une incapacité totale de travail antérieure. L'augmentation du droit à la rente doit ainsi prendre effet au 1^{er} août 2016, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI (cf. consid. 3b supra).

7. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis. En tant qu'elle porte sur le droit à la rente pour la période antérieure au 1^{er} novembre 2018, la décision litigieuse doit être réformée dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2016 au 31 octobre 2018. En tant qu'elle porte sur le droit à la rente dès le 1^{er} novembre 2018, la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais judiciaires doivent être fixés à 400 fr. et portés à la charge de l'intimé, qui succombe pour l'essentiel.

La recourante obtient pour l'essentiel gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié. Elle a dès lors droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient de l'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé. Procap a transmis une note d'honoraires plus élevée, qui n'a toutefois pas à être suivie intégralement au vu du tarif horaire appliqué et du fait que les dépens alloués ne sont qu'une participation aux frais de représentation.

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

I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 11 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en tant qu'elle porte sur le droit à la rente pour la période antérieure au 1^{er} novembre 2018, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée à Q._____ du 1^{er} août 2016 au 31 octobre 2018.

- III. La décision rendue le 11 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée en tant qu'elle porte sur le droit à la rente pour la période postérieure au 31 octobre 2018, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Procap (pour Q._____)
- 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 :