

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 octobre 2022

Composition : M. PIGUET, président
Mme Durussel, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Guardia

Cause pendante entre :

B. _____, à Lavigny, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; art. 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI ; art. 29^{bis} et
88a al. 1 et 2 RAI**

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé au taux de 80 % comme femme de ménage auprès de [...].

Le 12 mai 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé); elle invoquait une fracture trimalléolaire du pied droit, un diabète et une hypothyroïdie.

Il ressort des pièces réunies par l'OAI qu'à la suite d'un accident survenu le 2 novembre 2015, l'assurée a subi une fracture trimalléolaire de la cheville droite, fracture dont le traitement a nécessité différentes interventions et justifié plusieurs incapacités de travail (rapports du 30 juin 2016, du 4 avril 2017, du 5 avril et 18 septembre 2018 du Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur). Au cours de l'instruction du dossier, l'assurée a présenté de nouvelles atteintes à la santé. Les intervenants qui la suivaient ont ainsi posé les diagnostics d'arthrose post-traumatique, de lombalgies, de cervicalgies chroniques, d'épicondylite chronique du coude gauche, de tendinites multiples, de cervico-brachialgies de topographie C7-C8 gauches, de douleurs abdomino-pelviennes et de syndrome dépressif sévère sans trouble psychotique (cf. rapport d'expertise du 7 décembre 2018 du Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, rédigé sur mandat de l'assureur-accidents; rapports du 3 juillet, du 18 septembre, du 16 octobre et du 1^{er} novembre 2018 du Dr Z._____ ; avis du 10 décembre 2018 de la Dre D._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité; rapport rendu le 26 février 2019 par le centre de formation O._____ à l'issue d'un stage d'évaluation; rapport du 25 juin 2019 du Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie).

Au vu de la situation, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès L._____. Dans leur rapport du 20 janvier 2020, les Drs N._____, spécialiste en médecine interne générale, J._____,

spécialiste en médecine physique et réadaptation, et F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics de syndrome métabolique avec diabète de type 2 non insulino-requérant dès 2014, obésité de classe II, dyslipidémie non traitée, stéatose hépatique ainsi que syndrome des apnées obstructives du sommeil non traité (2011), de probable colopathie fonctionnelle (status après cholécystectomie en 2013), d'hypothyroïdie substituée (2004), de status post arthrodèse talo-crurale droite avec limitation douloureuse des amplitudes de l'arrière-pied et du médio-pied, d'épicondylite latérale gauche avec signes échographiques positifs le 4 novembre 2019 et de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, actuellement en rémission. Ils ont retenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle mais de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de marche en terrain accidenté, marche sur terrain plat limitée à quinze minutes, absence de port de charges de plus de 5 kg, absence de mouvements répétitifs du coude gauche). Dans leur appréciation respective, le Dr J._____ a précisé qu'entre le 23 mai 2018 et le 16 octobre 2018, soit dans les suites de l'arthrodèse tibio-astragaliennne droite, l'assurée se trouvait en incapacité totale de travail, tandis que la Dre F._____ a estimé que le trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive dont souffrait l'intéressée était en rémission depuis « deux à trois mois après l'augmentation du traitement par Duloxétine », soit dès le mois de mars 2019, date à partir de laquelle l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail sur le plan psychique.

Dans un projet de décision du 29 avril 2020, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une demi-rente d'invalidité entre le 1^{er} et le 30 avril 2018, puis une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} mai 2018 et le 31 janvier 2019.

Dans un courrier du 11 décembre 2020, l'assurée, représentée par Me Jean-Michel Duc, a contesté le projet susmentionné et produit un rapport du Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 1^{er} décembre 2020.

Par décision du 11 mai 2021, l'OAI a accordé à la recourante une demi-rente d'invalidité pour la période entre le 1^{er} et le 30 avril 2018, puis une rente entière d'invalidité pour la période entre le 1^{er} mai 2018 et le 31 janvier 2019. Il a considéré que l'assurée avait présenté une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 5 avril 2017 et qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, cette incapacité de travail s'élevait à 50 % ; l'assurée s'était ensuite trouvée en incapacité totale de travail entre le 23 mai 2018 et le 15 octobre 2018, date à partir de laquelle elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de marche en terrain accidenté, marche sur terrain plat limitée à 15 minutes, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de mouvements répétitifs du coude gauche).

B. Par acte du 14 juin 2021, B._____, représentée par Me Jean-Michel Duc, a recouru contre la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens que la rente entière d'invalidité reconnue dès le 1^{er} mai 2018 continue à lui être versée après le 31 janvier 2019. En substance, elle a contesté les conclusions de l'expertise du L._____ tant sur le volet médecine et réadaptation que sur le volet psychiatrique.

Par réponse du 30 août 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 3 février 2022, B._____ a maintenu ses précédents moyens et conclusions. Elle a produit un rapport du 4 novembre 2021 du Dr T._____ ainsi qu'une attestation du 12 janvier 2022 du Dr G._____.

Par duplique du 9 février 2022, l'OAI a confirmé sa position.

Le 13 septembre 2022, B._____ a déclaré renoncer à la tenue d'une audience de débats publics.

E n d r o i t :

1. **a)** La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI ; 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) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; 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 a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si son état de santé s'est amélioré – de manière à influencer son droit à la rente – à compter du 16 octobre 2018.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 11 mai 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

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.

b) 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). 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).

c) aa) 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 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, 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.

bb) Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; 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 ne soit à craindre.

cc) Conformément à 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. L'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie. Selon cette disposition, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente celle qui a précédé le premier octroi. En cas d'aggravation de la même atteinte à la santé, l'application par analogie de l'art. 29^{bis} RAI conduit plus tôt au droit à une rente supérieure. Elle permet en effet de tenir compte des délais d'attente déjà écoulés. Ainsi, si, au moment de l'aggravation constatée, une incapacité de travail moyenne pendant le délai d'attente d'un an avant l'aggravation donne déjà droit à une rente d'invalidité d'un taux supérieur, il y a lieu d'allouer celle-ci dès la survenance de l'aggravation et de ne pas appliquer le délai de trois mois prévu par l'art. 88a al. 2 RAI (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité émise par le Département fédéral de l'intérieure valable à partir du 1^{er} janvier 2015, n° 4011). Ce mode de faire permet de garantir à l'assuré dont l'invalidité s'aggrave le même avantage que celui qui est accordé à un assuré qui redevient invalide après un temps de rétablissement ayant justifié la

suppression de sa rente et qui peut à nouveau prétendre à une rente en application de l'art. 29^{bis} RAI (TFA du 22 mars 1989 in RCC 1990/1 p. 38, consid. 2).

5. 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) 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).

d) Lorsque l'intéressé souffre de plusieurs atteintes à la santé, celles-ci exercent généralement des effets conjoints sur la capacité de travail. C'est pourquoi, dans une telle situation, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une évaluation médicale globale portant sur toutes les atteintes ; une simple addition des degrés d'incapacité de travail résultant de chaque atteinte considérée individuellement n'est pas admissible (TF 8C_518/2007 du 7 décembre 2007 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 consid. 3.2.1).

6. a) En l'occurrence, les parties s'accordent sur le fait que la recourante a présenté une incapacité de travail sans interruption notable dès le 5 avril 2017 date à laquelle elle s'est plainte de douleurs importantes à la cheville et au mollet droits (rapport du 4 avril 2017 du Dr Z. _____). Elles conviennent également qu'aux termes du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI (cf. consid. 4b *supra*), la recourante présentait une capacité de travail dans son activité habituelle de 50 %, ce jusqu'au 23 mai 2018 où elle a subi une arthrodèse tibio-astragaliennne droite. L'office intimé estime que la recourante a recouvré dès le 16 octobre 2018 une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à

ses limitations fonctionnelles ce que l'intéressée réfute. Cette dernière se prévaut de l'ensemble de ses atteintes à la santé et conteste les conclusions posées par les experts du L. _____ en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie.

b) L'expertise du L. _____ sur laquelle l'office intimé a fondé son appréciation porte sur l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante. Elle comporte une évaluation consensuelle ainsi que trois parties détaillées contenant l'ensemble de l'analyse des experts dans leur domaine de spécialisation. Les spécialistes ont résumé tous les éléments médicaux à leur disposition. Ils ont procédé à une anamnèse, listé les plaintes de la recourante qu'ils ont ensuite confrontées à leurs constatations objectives. Ils ont analysé les traitements mis en place ainsi que les ressources de l'expertisée.

c) aa) Sur le plan de la médecine physique, l'expert a posé les diagnostics de status post-arthrodèse talo-crurale droite avec limitation douloureuse des amplitudes de l'arrière-pied et du médio-pied et d'épicondylite latérale gauche avec signes échographiques positifs le 4 novembre 2019. Le Dr J. _____ a soigneusement expliqué les diagnostics retenus, a procédé à une analyse détaillée des différentes atteintes rapportées par la recourante (douleurs rachidiennes diffuses au niveau lombaire ; douleurs au pied et à la cheville droits ; douleurs au coude gauche) - analyse que l'on ne retrouve dans aucune autre pièce médicale au dossier - et a fait procéder à plusieurs examens d'imagerie dans ce cadre. Il a ainsi retenu que la recourante avait recouvré une capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 16 octobre 2018, date à partir de laquelle elle avait été en mesure de marcher à nouveau en charge totale.

bb) Se prévalant des conclusions posées par le Dr T. _____ dans ses rapports des 1^{er} décembre 2020 et 4 novembre 2021 et par le Dr Z. _____ avant lui, la recourante conteste l'appréciation de l'expert du L. _____. A cet égard, il y a lieu de relever que ces deux spécialistes ne se sont pas déterminés clairement sur la capacité de travail de la

recourante. En effet, tout au long de son suivi, le Dr Z. _____ ne semble avoir examiné l'effet des atteintes orthopédiques de la recourante que sur l'activité habituelle de femme de ménage. Ainsi, dans son rapport du 18 septembre 2018, ce spécialiste a estimé que celle-ci pouvait suivre les cours de français posés par l'AI, « l'incapacité de travail sinon reste totale ». De même, dans son rapport du 16 octobre 2018, le Dr Z. _____ a relevé qu'il considérait qu'elle présentait une incapacité de travail totale compte tenu des lombalgies, de l'épicondylite, des tendinites multiples et des problèmes à se déplacer mais a admis la pertinence d'un stage d'observation auprès de l'O. _____. Enfin, dans un rapport du 1^{er} novembre 2018, le médecin a confirmé l'incapacité de travail totale de la recourante tout en précisant que cette incapacité devait être retenue jusqu'à ce qu'un reclassement professionnel soit tenté. Ces différentes affirmations démontrent que le Dr Z. _____ ne contestait pas l'existence d'une capacité de travail dans une activité sédentaire, point sur lequel il ne s'est jamais déterminé. Le Dr T. _____ ne fait pas non plus état de conclusions claires concernant la capacité de travail de la recourante. Il a ainsi indiqué, dans son rapport du 1^{er} décembre 2020 que « [la recourante] n'était pas en mesure d'effectuer un travail à 100 % au moment de [s]es examens », sans autre précision. De même, dans son rapport du 4 novembre 2021, il a indiqué ce qui suit :

Il est difficile de répondre à cette question-là de façon absolument claire, puisque par activité adaptée, on pourrait possiblement lui demander de travailler à un certain pourcentage, si elle est dans un poste sédentaire, en tout cas en ce qui concerne sa cheville. [...] Ceci fait que la décision et la réponse à cette question ne découle pas de mon service [...], mais plutôt du médecin traitant ou du médecin qui est en charge de la patiente à l'heure actuelle. Du point de vue de la cheville, ce que je peux dire, c'est que sa capacité de travail est vraisemblablement toujours nulle, étant donné les douleurs dont elle souffrait à l'époque où je l'ai vue (ce qui pour rappel était il y a deux ans), en tout cas dans un travail où elle doit se déplacer ou travailler dans plusieurs positions ou sur plusieurs postes.

[...] Dans un poste assis, du point de vue de la cheville, la capacité de travail est complète effectivement.

On comprend, à lecture de ses différents rapports, que le Dr T. _____ retient également que, sur le plan orthopédique, la recourante

dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire. Le spécialiste conteste cependant dans le même temps cette appréciation, invoquant les importantes douleurs dont la recourante se plaint ainsi qu'« un contexte de thymie perturbée » (cf. rapport du 1^{er} décembre 2020). Ces arguments ne sont cependant pas pertinents au vu de ses constats objectifs clairs et du fait que les atteintes psychiatriques de la recourante ont fait l'objet d'analyses détaillées par des spécialistes.

On observe encore que les éléments retenus par le Dr J._____ quant à l'évolution de l'état de santé de la recourante ressortent clairement des rapports de son médecin-traitant de l'époque et que ses constatations ne se distancient pas de celles de ces collègues. Ainsi, dans un rapport du 1^{er} novembre 2018, le Dr Z._____ a remarqué l'amélioration de l'état de santé de la recourante qui présentait moins de douleurs. Il a relevé - comme l'expert du L._____ - que la recourante faisait le ménage et les commissions tout en évitant le port de charges lourdes. Dans ses différents rapports, le Dr T._____ confirme également les constats opérés dans l'expertise puisqu'il se fait l'écho de problématiques qui ont toutes fait l'objet d'un examen circonstancié par le Dr J._____ (boiterie à la marche, absence de déroulement du pas, mobilités de la cheville et du médio-pied droits limitées et douloureuses, palpation douloureuse autour de la cheville droite). C'est le lieu de relever que l'expert du L._____ a explicité les raisons pour lesquelles, sur la base des mêmes constatations que les médecins traitants, il a retenu une évolution de la capacité de travail différente. Il a en particulier relevé que le traitement des douleurs annoncées n'était constitué que de paracétamol en réserve pris de manière espacée (au jour de l'examen, soit le 24 octobre 2018, la dernière prise annoncée datait du 18 octobre 2019) et que les activités quotidiennes déployées par l'assurée attestaient de son autonomie. En définitive, l'appréciation des Dr Z._____ et T._____ - dont on ignore au demeurant si elle diffère réellement de celle du Dr J._____ - ne constitue en tout état de cause qu'une appréciation différente d'un même état de fait, sans qu'aucun élément ne permette de remettre en question l'évaluation de l'expert.

cc) En conclusion, il n'existe pas de raison médicale objective de s'écarter des conclusions motivées du volet de médecine physique et réadaptation de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le L._____.

d) aa) Sur le plan psychiatrique, la Dre F._____ a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, actuellement en rémission. Elle a considéré que la recourante présentait, à la date de l'expertise, une capacité de travail complète sur le plan psychique.

La Dre F._____ a soigneusement expliqué les raisons pour lesquelles elle avait retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation mais pas celui posé par le psychiatre traitant d'épisode dépressif sévère. Elle a relevé que son examen attestait que la recourante ne montrait pas de manifestations anxieuses aiguës avec des signes neurovégétatifs, de troubles du comportement, de phobie sociale, de phobie spécifique, de trouble de la personnalité, de déficit intellectuel ni d'élément en faveur de troubles cognitifs ou exécutifs. Elle ne présentait pas d'antécédents de discours délirant, de désorganisation sur le plan psychique ou comportemental, de discordance, de troubles hallucinatoires visuels ou auditifs ou cinesthésiques, de signes négatifs à type de repli autistique ou catatonie. L'experte n'a pas non plus constaté de fatigabilité ou d'asthénie physique ou psychique ni de verbalisation de troubles de l'estime de soi ou de sentiment de culpabilité.

bb) Tout au long de son rapport, la Dre F._____ a soigneusement examiné l'évolution de l'atteinte psychique de la recourante. Observant que cette atteinte était apparue en réaction aux atteintes somatiques et à la résiliation du contrat de travail de la recourante en juin 2018, l'experte a ensuite constaté l'amélioration significative décrite par l'expertisée de son état de santé psychique en lien avec l'augmentation du traitement par Duloxétine prescrite par le Dr G._____. La recourante a indiqué se sentir plus calme, moins stressée, moins énervée, disposer d'un meilleur sommeil et d'une thymie fluctuante. La Dre F._____ considère qu'à la suite de l'augmentation de

ce traitement, la recourante a recouvré une pleine capacité de travail sur le plan psychique. Elle a expliqué que l'augmentation de la posologie de Duloxétine a pu faire effet dans un délai de deux à trois mois et en a conclu que la fin de l'incapacité de travail pouvait être fixée au mois de mars 2019. Si les explications de l'experte psychiatre quant à l'évolution des atteintes de la recourante sont claires et convaincantes, il y a lieu de relever une incohérence concernant la date à partir de laquelle elle fixe la survenance de la rémission dont elle a observé les effets. La Dre F._____ retient alternativement deux dates différentes pour l'augmentation du traitement, soit les mois de février et d'avril 2019. L'experte n'explique cependant pas de quelle source proviennent ces informations. Les éléments au dossier ne permettent pas de trancher ce point. Il ressort de son rapport du 26 juin 2019 que le Dr G._____ - qui a prescrit cette augmentation de dosage - a vu la recourante à sa consultation pour la première fois le 15 février 2019. Dans ce document, le psychiatre a indiqué comme traitement la Duloxétine à concurrence de 60 milligrammes. Le changement de posologie a donc été opéré entre le 15 février et le mois de juin 2019. Cette dernière période est cohérente avec les indications données par la recourante lors de l'entretien du 11 novembre 2019 avec la Dre F._____ puisqu'elle a indiqué qu'elle avait remarqué une amélioration de son état depuis environ deux mois et qu'elle avait en conséquence diminué la prise du médicament depuis un mois, ce que les analyses de sang effectuées dans le cadre de l'expertise ont confirmé. En conséquence, il y a lieu de retenir que l'augmentation du traitement de Duloxétine a été prescrite au mois de juin 2019 de sorte que l'on ne saurait admettre, compte tenu du temps nécessaire au traitement pour qu'il prenne effet, l'existence d'une rémission avant le mois de septembre 2019.

Sur le vu de ce qui précède, il convient de confirmer l'appréciation de la Dre F._____ quant à l'évolution de la capacité de travail de la recourante sur le plan psychique et de retenir que celle-ci avait recouvré une pleine capacité de travail dès le mois de septembre 2019.

cc) La recourante se prévaut de l'attestation rédigée le 12 janvier 2022 par le Dr G._____ pour contester l'appréciation de la Dre F._____. Dans ce rapport, le psychiatre traitant affirme que la recourante souffre d'un trouble dépressif qui n'est pas en rémission et qu'elle présente des limitations fonctionnelles importantes, soit des angoisses pouvant être massives, des troubles de la concentration et de la fatigabilité. Le Dr G._____ ne détaille cependant pas les éléments médicaux objectifs fondant son analyse. Ses explications sont ainsi trop succinctes sur le plan clinique et diagnostique pour susciter un doute quant au bien-fondé de l'examen réalisé par l'experte du L._____, les facteurs qu'il mentionne ne relevant au demeurant pas de l'assurance-invalidité (« Par ailleurs, je me demande bien qu'elle pourrait être une activité adaptée chez cette patiente. Elle n'a suivi que quelques années de scolarité, n'a aucun diplôme ni de formation, elle a travaillé uniquement dans l'agriculture, et en Suisse que des ménages »). En définitive, les considérations du Dr G._____ sont insuffisantes à remettre en cause les conclusions de l'expertise.

e) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que l'office intimé ne saurait être suivi en tant que celui-ci a considéré que la recourante avait présenté une incapacité de travail de 50 % entre le 5 avril 2018 - date du terme du délai d'attente d'une année - et le 22 mai 2018 et une incapacité de travail de 100 % entre le 23 mai 2018 et le 15 octobre 2018. Cette appréciation est en effet en claire contradiction avec les constats et conclusions posés par les experts du L._____ (cf. consid. 6d *supra*) ainsi qu'avec les faits tels qu'ils ressortent du dossier.

Il convient au contraire de retenir que la recourante a présenté une incapacité de travail de 50 % entre le 5 avril 2018 et le 22 mai 2018 et de 100 % entre le 23 mai 2018 et le mois de septembre 2019 (date à laquelle l'augmentation du traitement de Duloxétine a fait effet).

En conséquence, la recourante peut prétendre - les termes de la comparaison des revenus n'étant pas contestés - à une demi-rente

d'invalidité entre le 1^{er} et le 30 avril 2018 et à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2018 au 31 décembre 2019 (cf. consid 4 *supra*).

7. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par son audition. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 c. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

8. Aux termes de sa décision du 11 mai 2021, l'office intimé a déduit 815 fr. 85 du montant à verser à la recourante au titre de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} avril 2018 au 31 janvier 2019. Dans sa réplique du 3 février 2022, la recourante a demandé que l'intimé développe le détail de son calcul à cet égard.

Il ressort de la décision du 11 mai 2021 que cette somme de 815 fr. 85 correspond à des indemnités journalières versées en trop. Faute de grief à ce sujet, il convient de ne pas traiter plus avant ce point (cf. ATF 119 V 347 consid. 1).

9. a) Le recours doit être partiellement admis et la décision rendue le 11 mai 2021 par l'intimé réformée dans le sens des considérants qui précèdent.

b) 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 600 fr. et mis à la charge de l'office intimé.

c) La recourante obtient partiellement gain de cause et a droit à une indemnité de dépens réduits à titre de participation aux honoraires

de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité réduite à 1'500 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 la partie intimée.

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision rendue le 11 mai 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que B. _____ a droit à une demi-rente d'invalidité entre le 1^{er} et le 30 avril 2018 et à une rente entière d'invalidité entre le 1^{er} mai 2018 et le 31 décembre 2019.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. _____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents 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 :

- Me Jean-Michel Duc (pour B. _____),
- 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 :