

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 avril 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Schmutz et Monod, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

N. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Philippe Graf du service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI, 16 LPGA

E n f a i t :

A. a) N._____ (ci-après: l'assurée), née le 1^{er} mai 1967, mariée et mère de trois enfants, d'origine [...], est arrivée en Suisse en 1985. Elle a exercé divers emplois dès 1985, puis elle a travaillé comme commerçante indépendante entre 1996 et 2000. Le 23 avril 2002, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente.

b) Dans un rapport médical du 7 juin 2002 adressé à l'OAI, la Dresse M._____, spécialiste FMH en médecine générale, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombalgies dans le contexte de troubles statiques, de discopathie débutante L5-S1 et d'un important déconditionnement musculaire, ainsi que les diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail de difficultés familiales et économiques et de maux de ventre. L'activité exercée jusqu'alors était encore exigible, mais avec une diminution de rendement, et on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité.

Dans un rapport médical du 24 mars 2003 adressé à l'OAI, la Dresse J._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, médecin associé à l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosacralgies chroniques persistantes dans un contexte de troubles statiques et insuffisance musculaire, apparues dans les suites d'une intervention abdominale (hystérectomie et ovariectomie bilatérale et résection partielle du côlon pour endométriose en 2000), existant depuis 2000, et d'état dépressif dans un contexte de deuils multiples (perte de ses deux parents et de son beau-père en 2 ans), existant depuis 2000. Elle a indiqué qu'une hospitalisation pour une prise en charge multidisciplinaire était prévue pour le 28 avril 2003, qu'un examen psychiatrique était nécessaire et que le pronostic lui semblait sombre en ce qui concernait la récupération de la capacité de travail.

c) Faisant suite à un avis médical du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 3 mars 2004 de la Dresse G._____, l'assurée a été convoquée pour un examen médical rhumatologique et psychiatrique au SMR, qui a été effectué le 14 mai 2004. Dans leur rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 29 juin 2004, les médecins examinateurs, le Dr P._____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et le Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont notamment exposé ce qui suit:

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- lombalgies chroniques (M54.5).
 - arthrose postérieure discrète à modérée L3-L4, L4-L5 et L5-S1.
 - discrète protrusion discale médiane et paramédiane L5-S1 G.
- trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse (F43.2) chez une personnalité à traits narcissiques, actuellement en rémission.

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- obésité morbide.
- endométriose.
- status post-hystérectomie, annexectomie bilatérale et résection recto sigmoïdienne le 20.11.2000.

APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS

Cette assurée de 37 ans, sans formation professionnelle particulière, travaillant comme indépendante (magasin d'importation café-restaurant et magasin) présente fin 2000 des douleurs abdominales basses accompagnées de métrorragies pour lequel le bilan radiologique pratiqué met en évidence une lésion sténosante du côlon descendant, ainsi qu'une suspicion de pathologie tubaire. Le 22.11.2000, on pratique une laparotomie se soldant par une hystérectomie complète, annexectomie bilatérale et recto-sigmoïdectomie. Le diagnostic histopathologique retenu est celui d'une endométriose.

Selon l'assurée, 10 jours après l'opération, elle présente des douleurs lombaires basses d'intensité progressive, sans irradiation pour lequel le bilan radiologique pratiqué (RX standards et IRM lombaire) ne mettent en évidence que des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire, ainsi qu'une discrète protrusion discale médiane et paramédiane L5-S1 G. Une prise en charge conservatrice par médicaments antalgiques et AINS, physiothérapie de reconditionnement, séjour de 3 semaines à l'O._____ en avril 2003 n'amènent pas d'amélioration de la symptomatologie douloureuse; il

existe également une péjoration des capacités fonctionnelles de manière importante.

A relever que ceci s'inscrit dans un contexte psychosociofamilial difficile, l'assurée devant s'occuper de son père en phase terminale d'un cancer digestif aboutissant à son décès, du décès subi de sa mère, de son beau-père ainsi que de l'invalidité néonatale de sa fille aînée.

Elle cesse toute activité professionnelle fin 2002.

Les limitations fonctionnelles subjectives selon l'assurée sont principalement en relation avec le port de charge (<3kg), la pratique des escaliers, la station assise de plus de 5 min, et la marche supérieure à 15 min. Elle est également fortement limitée dans les activités de la vie quotidienne.

L'examen clinique effectué ce jour met en évidence des limitations modérées du rachis cervical et dorsolombaire, principalement dans les postures contraignantes; il existe également un syndrome cervicovertébral discret, mais l'absence d'hypertonie lombaire paravertébrale. Deux signes de non organicité sur 5 sont présents. L'examen neurologique est grossièrement dans les limites de la norme, hormis une discrète hypoesthésie du bord latéral du pied G, pouvant correspondre à une séquelle sensitive S1 G.

Les examens radiologiques à disposition (RX standards et 2 IRM lombaires de 2001 et 2002) mettent en évidence des troubles dégénératifs discrets à modérés du rachis lombaire, une scoliose longue dextroconvexe, ainsi qu'une discrète protrusion discale médiane et paramédiane G L5-S1. A relever également l'absence de caractère évolutif sur les 2 IRM séparées d'une année.

Il existe également une obésité importante, le BMI se calculant à 32 kg/m². Ceci est également à mettre dans un contexte de déconditionnement musculaire important avec relâchement de la sangle abdominale et probablement de la musculature para-spinale.

L'examen rhumatologique pratiqué ce jour permet également d'exclure le diagnostic évoqué dans le dossier de fibromyalgie; en effet, seul 9 des 18 points diagnostics sont retrouvés. Je relèverais également que ce diagnostic avait été réfuté par la Dresse J. _____, médecin associé à l'O. _____ de l'Hôpital Orthopédique.

L'assurée a montré de bonnes capacités d'adaptation en Suisse, devant faire rapidement face au retard évolutif de sa fille aînée. Victime d'une probable anoxie périnatale, celle-ci doit bénéficier d'une scolarité spécialisée. En 1996, l'assurée et son mari se mettent à leur compte créant une petite entreprise de conditionnement de [...], ainsi qu'un magasin d'alimentation à [...], spécialisé dans les produits [...]. Le mari de l'assurée est victime d'un accident en octobre 1999, qui l'empêche de continuer son activité dans leur commerce. L'assurée fait courageusement face, malgré une symptomatologie douloureuse abdominale, attribuée à une endométriose. Elle est opérée le 22 novembre 2000, subissant une hystérectomie, une annexectomie ainsi qu'une résection d'un segment du gros intestin. Suite à cela, l'assurée souffre de

symptômes de la ménopause, en particulier sous forme de bouffées de chaleur, qui lui occasionnent de fortes insomnies. Vivant probablement une situation de surcharge depuis l'accident de son mari, l'assurée présente à la suite de son opération un trouble d'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse, pour lequel elle est adressée par son médecin-traitant à la Polyclinique psychiatrique universitaire, où elle bénéficie d'un soutien ponctuel. Présentant un tableau douloureux chronique, elle reçoit de la Dresse J. _____, rhumatologue au [...] un traitement de Tryptizol[®] jusqu'à 50 mg, à visée plutôt antalgique que thymoléptique. Son trouble de l'adaptation ne l'empêche pas de s'occuper de ses parents, en particulier de son père, qu'elle accueille chez elle dans l'année qui précède son décès, l'assistant au cours d'une agonie pénible.

A l'examen au SMR, nous ne mettons pas en évidence de trouble dépressif ou anxieux. Le trouble de l'adaptation présenté par l'assurée doit être considéré comme en rémission. Il ne constitue de ce fait pas une comorbidité à sa symptomatologie douloureuse. La personnalité à traits narcissiques de l'assurée ne peut de son côté pas être considérée comme un caractère prémorbide. L'assurée présente certes une limitation de sa vie sociale. Elle ne fait pas contre pas de surconsommation médicale. En l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée n'est tributaire que de son état sur le plan somatique. Il n'y a pas de contre-indication à la mise en oeuvre de mesures professionnelles.

Les limitations fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles basées sur les constatations anatomo-pathologiques et biomécaniques avérées concernent uniquement le rachis dorsolombaire: principalement le port de charge de plus de 8 kg, la station assise de plus de 30 min, la station debout prolongée de plus d'une heure, le besoin d'alterner les positions, les longs déplacements à pieds, le travail en statique de contrainte prolongée du rachis lombaire (porte-à-faux, réclinaison lombaire et torsion-rotation du tronc).

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins? On peut retenir la date de la deuxième IRM lombaire (06.02.2002) comme début de l'IT de 50% dans son activité habituelle uniquement.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Inchangé dans son activité habituelle.

Concernant la capacité de travail exigible d'un point de vue rhumatologique, elle est de 50% dans son activité habituelle d'indépendante (café-restaurant, import-export et magasin). Dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles citées plus haut, une pleine capacité de travail est exigible."

d) Dans un rapport médical du 14 octobre 2005 adressé à l'OAI, la Dresse K. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a suivi l'assurée depuis le 4 novembre 2004, a posé les diagnostics

affectant la capacité de travail d'état anxio-dépressif, grave et chronique, réactionnel à une opération importante et des dorsalgies chroniques; troubles mnésiques et nombreuses somatisations, liés à l'état dépressif et douloureux; fragile personnalité narcissique avec défenses de caractère. Elle a estimé que l'assurée présentait une incapacité totale de travail dans toute activité.

e) Dans un avis médical SMR du 25 novembre 2005, le Dr S._____ a estimé que devant les appréciations psychiatriques discordantes du Dr P._____ d'une part et de la Dresse K._____ d'autre part, qui pouvaient néanmoins refléter une évolution défavorable, il se justifiait de procéder à un examen psychiatrique au SMR.

L'assurée a ainsi été convoquée pour un examen psychiatrique au SMR, qui a été effectué le 16 janvier 2006. Dans son rapport d'examen psychiatrique du 6 avril 2006, la Dresse Y._____, a retenu comme seul diagnostic psychiatrique, sans répercussion sur la capacité de travail, celui de dysthymie d'intensité légère (F34.1). De ce rapport, il ressort ce qui suit:

"APPRECIATION DU CAS

Il s'agit d'une jeune assurée de 38 ans, d'origine [...], sans formation professionnelle, travaillant comme indépendante avec son mari dans leur entreprise de conditionnement de [...] et dans leur magasin d'alimentation spécialisé dans les produits [...], opérée pour une endométriose le 22 novembre 2000, subissant une hystérectomie, une annexectomie ainsi qu'une résection d'un segment du gros intestin. Progressivement elle développe des douleurs chroniques et une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle et cesse toute activité professionnelle fin 2002.

Notre examen clinique psychiatrique ne montre pas de dépression majeur, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation sévère de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante.

A l'examen clinique bidisciplinaire au SMR du 14 mai 2004, le Dr L._____ retient le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse chez une personnalité à traits narcissiques en rémission et il évalue une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles somatiques.

Dans le rapport médical du 14 octobre 2005, le psychiatre traitant la Dresse K._____, qui débute la prise en charge psychiatrique ambulatoire le 04 novembre 2004, donc plusieurs mois après l'examen clinique au SMR, retient le diagnostic d'état anxieux dépressif grave et chronique, réactionnel à une opération importante et des dorsalgies chroniques, troubles mnésiques et de nombreuses somatisations liées à l'état dépressif et douloureux, fragile personnalité narcissique avec défense de caractère, elle évalue une incapacité de travail de 100%.

Sur la base de nos observations cliniques, nous avons retenu le diagnostic de dysthymie qui, selon la CIM 10, est une dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité est insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Le diagnostic de dysthymie d'intensité légère n'a aucune incidence sur la capacité de travail.

La symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, diagnostiquée dans un premier temps comme un trouble de l'adaptation en rémission, a une évolution chronique, au-delà de six mois, ce qui justifie notre diagnostic de dysthymie d'intensité légère. Selon la CIM-10, le diagnostic de trouble de l'adaptation réaction mixte, anxieuse et dépressive est caractérisé par la prédominance simultanée de symptômes anxieux et dépressif, dont la sévérité ne dépasse pas celle d'un trouble anxieux et dépressif mixte ou d'un autre trouble anxieux mixte; le trouble ne persiste pas au-delà de six mois.

La structure de personnalité narcissique ne vaut pas dire trouble de la personnalité et n'a aucune incidence sur la capacité de travail. Un trouble de la personnalité, correspond à un dysfonctionnement durable de conduite et de l'expérience vécue déviant de la norme et donnant lieu à une altération du fonctionnement personnel, asocial et le plus souvent à une souffrance significative. Dans la règle, un tel trouble se manifeste d'ores et déjà à l'adolescence et au début de l'âge adulte et il est stable dans le temps, ce qui n'est pas le cas de notre assurée.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. Nous avons objectivé une divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, les grandes divergences entre les informations fournies par l'assurée et celles ressortant de l'anamnèse, un discours contradictoire, le fait que les plaintes démonstratives de l'assurée laissent insensible l'expert, une vie sociale diminuée réactionnelle plutôt à l'arrêt de l'activité professionnelle et au déménagement, et l'absence de trouble de la personnalité morbide et de comorbidité psychiatrique invalidante.

En conclusion, sur le plan psychiatrique, l'assurée ne présente aucune maladie psychiatrique invalidante et sa capacité de travail exigible est de 100% dans toute activité."

B. a) Le 10 septembre 2007, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui reconnaissant le droit à une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 100%, du 1^{er} novembre 2001 au 30 avril 2002. La motivation de ce projet de décision était en substance la suivante:

L'assurée, qui a exercé l'activité de commerçante indépendante, a présenté pour des raisons de santé une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 20 novembre 2000. A l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 29 LAI précité, soit au 20 novembre 2001, son incapacité de travail était de 100% dans toute activité, entraînant un degré d'invalidité de 100%. Toutefois, il résulte des pièces médicales au dossier et de l'avis du Service médical régional que son état de santé s'est amélioré dès le 6 février 2002, au point d'envisager une reprise d'activité à un taux de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et ne nécessitant pas de qualifications particulières. Pour déterminer le taux d'invalidité, il convient de comparer le revenu que l'assurée aurait pu réaliser en bonne santé dans son activité habituelle de commerçante indépendante, soit 33'631 fr., avec le revenu qu'elle pourrait réaliser dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles. L'assuré n'ayant pas repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2002 (année d'ouverture du droit éventuel à la rente), 3'620 fr. par mois, part au 13^e salaire comprise. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 3'982 fr. 35, ce qui donne un salaire annuel de CHF 47'788.20, sur lequel il y a lieu d'opérer un abattement de 10% compte tenu de vos limitations fonctionnelles, de sorte que le revenu annuel d'invalidé s'élève à 43'009 fr. 38. Le revenu

avec invalidité étant supérieur au revenu sans atteinte à la santé, il n'y a pas de perte économique et donc plus d'invalidité au sens de l'AI, de sorte que le droit à la rente s'éteint trois mois après l'amélioration de l'état de santé (art. 88a al. 1 RAI).

b) Se référant au rapport médical de la Dresse K. _____ du 14 octobre 2005, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision par lettre du 25 octobre 2007, en demandant qu'il soit fait abstraction du rapport du 6 avril 2006 de la Dresse Y. _____, qui n'avait apparemment pas le titre de psychiatre FMH dont elle se prévalait sous sa signature. Dès lors, compte tenu de l'impossibilité de reconnaître une valeur probante au rapport de cette praticienne, elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de mesurer sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une autre activité adaptée.

c) En raison des problèmes formels qui affectaient la validité du rapport de la Dresse Y. _____, l'OAI a mandaté le Dr T. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour une expertise psychiatrique indépendante. Le rapport de l'expert, déposé le 27 juin 2008, est fondé, outre sur l'examen du dossier, sur l'examen de l'expertisée effectué en date des 20 et 26 juin 2008 et sur un entretien téléphonique avec la Dresse K. _____; il contient une anamnèse, la description des plaintes de l'assurée, les constatations cliniques, le diagnostic - qui est celui d'épisode dépressif léger (F32.0 selon la CIM-10) -, une appréciation finale (comprenant un résumé du cas, une appréciation diagnostique, une appréciation asséculoologique et des conclusions), ainsi que les réponses aux questions posées. Il en ressort en particulier ce qui suit:

"Appréciation diagnostique

- Dépression
 - Bases théoriques

Les ouvrages diagnostiques de référence comprennent un chapitre des troubles de l'humeur qui classe les différents tableaux cliniques de ces divers troubles, selon les critères de sévérité, de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élévation et d'abaissement de l'humeur. Les troubles bipolaires et les

troubles dépressifs majeurs sont les maladies les plus graves. La dysthymie et la cyclothymie caractérisent des affections moins sévères, qui, dans la règle, ne devraient pas engendrer une incapacité de travail significative à elles seules.

Dans le cas où les éléments dépressifs apparaissent dans les suites d'un facteur de stress identifiable et dans la mesure où ils n'ont pas la sévérité d'un véritable épisode dépressif, on est en droit de retenir un trouble de l'adaptation. Cette pathologie est néanmoins limitée dans le temps, puisque le lien au facteur de stress initial doit garder sa vraisemblance. On doit passer à une autre entité diagnostique si le trouble se prolonge au-delà de 6 mois et au-delà de deux ans pour le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée de la CIM-10.

- Evaluations antérieures

Dans le cas présent, l'évaluation psychiatrique du 14.05.2004 retient un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse. Le psychiatre examinateur a par conséquent considéré que les éléments dépressifs et anxieux étaient réactionnels à une situation existentielle difficile. Ce diagnostic signifie aussi qu'il n'y avait pas alors un trouble de l'humeur tel qu'il entre dans le champ plus grave et plus spécifique de l'épisode dépressif, au sens des ouvrages diagnostiques de référence.

L'évaluation psychiatrique du 16.01.2006 a retenu une dysthymie qui est qualifiée de légère. Tant le status psychiatrique que l'entité diagnostique retenue parlent alors contre un trouble thymique atteignant la sévérité d'un véritable épisode dépressif. Le psychiatre examinateur a passé du trouble de l'adaptation à l'entité dysthymie, vraisemblablement parce que le trouble affectif se prolongeait au-delà de ce qui est communément admis pour un trouble de l'adaptation.

Le soussigné n'a pas trouvé d'arguments probants pour valider l'état anxio-dépressif grave mentionné par le médecin psychiatre traitant dans son rapport médical du 14.10.2005, dans la mesure où ce qui est rapporté devrait correspondre à l'épisode dépressif sévère, selon la terminologie des ouvrages diagnostiques de référence.

- Situation actuelle

Si on se réfère à ce que dit l'assurée, notamment à la plainte d'un abaissement de l'humeur (tristesse) et à une perte de l'intérêt et du plaisir la plupart du temps tous les jours et depuis de nombreux mois, on doit aujourd'hui admettre la présence des deux critères cardinaux requis par le DSM-IV-TR pour l'épisode dépressif. On doit pourtant noter qu'ils n'ont rien de particulièrement patents. L'assurée mentionne aussi des troubles intellectuels (troubles de la mémoire, troubles attentionnels) qui peuvent correspondre à l'incapacité à penser et à se concentrer de certains dépressifs. Elle relate encore des idées de mort, l'irritabilité, les soucis, la baisse de l'estime de soi et des troubles du sommeil, ces derniers relevant aussi de douleurs.

A côté des plaintes, il y a quelques signes objectifs de l'abaissement de l'humeur. L'assurée est parfois triste et au bord des larmes. Elle peut être ralentie, en particulier dans les tâches intellectuelles. Ces éléments restent néanmoins discrets et en n'imposent pas pour un trouble affectif sévère.

Quoi qu'il en soit, on doit maintenant constater qu'il y a très vraisemblablement les critères d'un épisode dépressif, selon les réquisits des ouvrages diagnostiques de référence. L'impression clinique globale est celle d'un épisode dépressif tout au plus léger. L'échelle de dépression de Hamilton (17 items) confirme cette évaluation avec un score à 15 sur une échelle qui peut théoriquement atteindre 52.

- Conclusions

En conclusion, on peut actuellement sans autre écarter l'état anxio-dépressif "grave et chronique" rapporté par le médecin psychiatre traitant, dans la mesure où cette dénomination voudrait faire référence à un épisode dépressif sévère des ouvrages diagnostiques de référence. On est au-delà d'un trouble de l'adaptation avec une symptomatologie qui dure maintenant depuis près de huit ans. On peut vraisemblablement aussi écarter la dysthymie, puisque la présentation actuelle vaut pour un épisode dépressif.

La récurrence est improbable, des épisodes antérieurs paraissant réactionnels à un conflit conjugal (trouble de l'adaptation). Il n'y a pas d'argument pour un trouble bipolaire, en l'absence de phases maniaques ou hypomaniaques documentées dans les antécédents. Sur le plan de l'humeur, on doit maintenant admettre qu'un épisode dépressif léger, selon la terminologie de la CIM-10, est le mieux à même de décrire la psychopathologie de cette assurée.

- Autres troubles psychiatriques

Le soussigné n'a pas retrouvé ici d'arguments probants pour un trouble somatoforme, L'examen spécialisé de Mme le Dr J. _____ exclut la fibromyalgie. L'évaluation spécialisée du Dr P. _____ au SMR Léman du 14.05.2004 ne retient pas non plus cette affection qui, le plus souvent, recouvre ce que désigne le syndrome douloureux somatoforme persistant. Les somaticiens n'ont pas non plus mentionné de fortes discordances entre des plaintes somatiques et les bases organiques qui seraient censées les expliquer. En l'état du dossier, on doit par conséquent écarter une entité diagnostique du chapitre des troubles somatoformes. Elle n'apporterait d'ailleurs rien de plus aux conclusions asséurologiques qui vont suivre.

L'autre question est celle d'un trouble de la personnalité. Le dossier évoque à plusieurs reprises les traits de personnalité narcissiques. Cette appellation vaut pour un mode général de grandiosité, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaît au début de l'âge adulte. Le soussigné ne retrouve plus vraiment cette présentation aujourd'hui. Il est plutôt face à une personne légèrement opposée, révoltée, déprimée, très accrochée à sa certitude d'avoir droit à une compensation. La présentation actuelle

est un autre temps de l'évaluation clinique avec des éléments dépressifs plus évidents que dans le passé.

Quoi qu'il en soit, un trouble de personnalité stricto sensu doit se manifester au moins au début de l'âge adulte par une souffrance ou des troubles du fonctionnement significatifs. L'assurée a bien fonctionné jusqu'à la fin des années 90. S'il y a des traits de personnalité pathologiques valant pour une certaine rigidité, on peut raisonnablement écarter un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

La recherche d'autres troubles psychiatriques tel qu'un trouble anxieux spécifique, un trouble des conduites alimentaires, une affection cérébro-organique ou un trouble psychotique n'a pas amené d'éléments probants.

Appréciation asséculoologique

En l'état, on est face à une femme d'une quarantaine d'années qui présente des douleurs de l'appareil locomoteur qui n'ont pas été considérées comme incapacitantes dans une activité adaptée.

Sur le plan psychiatrique, les appréciations objectives rapportent constamment des éléments dépressifs et parfois anxio-dépressifs de peu de gravité. Le rapport médical du médecin psychiatre traitant parle d'une pathologie "grave et chronique", sans qu'on en trouve l'argument dans les documents à disposition.

Relier un trouble dépressif à une incapacité de travail est toujours un exercice difficile. Une ligne de conduite pourrait être d'assimiler les épisodes dépressifs sévères à une incapacité de travail, de récuser cette dernière lorsqu'on est face à un épisode qualifié de léger et de laisser la discussion ouverte pour les épisodes dits moyens.

Dans le cas présent, on a tout au plus un épisode dépressif qu'on peut qualifier de léger. La chose correspond à l'impression clinique. Elle est confirmée par le résultat de l'échelle de dépression de Hamilton. Elle correspond aux appréciations circonstanciées antérieures, hormis pour ce qui a déjà été relevé pour la prise de position du médecin psychiatre traitant.

Les troubles intellectuels sont indiscutablement fonctionnels. Il n'en a pas été objectivement constatés au cours des deux entretiens cliniques. Le fonctionnement neuropsychologique de l'expertisée lui permettrait indiscutablement d'évoluer adéquatement dans le monde normal du travail. Les plaintes à ce sujet pourraient d'ailleurs sortir au moins partiellement du champ médical stricto sensu.

En l'absence d'autres pathologies psychiatriques qu'un épisode dépressif léger, le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail dans ce cas. Sur le plan psychiatrique, il n'y en a vraisemblablement jamais eu.

Le traitement psychiatrique est d'ailleurs réduit à sa portion congrue. L'assurée rencontre son médecin psychiatre une fois par mois. Elle n'a pas de médication antidépressive à posologie antidépressive. Il n'y a pas eu les signes de gravité que sont les

interventions de crise (hospitalisation, structure intermédiaire), des passages à l'acte et l'appel à l'aide des proches. Bref, si cette assurée est manifestement souffrante, elle n'a pas aujourd'hui une pathologie psychiatrique justifiant une incapacité de travail en soi. On est tout de même très loin d'une maladie d'Alzheimer, d'une dépression dite mélancolique ou d'une schizophrénie aiguë.

En l'état le soussigné n'a pas de propositions à faire sur le plan thérapeutique. Compte tenu du tableau clinique, le traitement peut être considéré comme optimal tant en qualité qu'en quantité.

Il n'y a pas davantage de mesures professionnelles à proposer ici. L'assurée a des ressources. Elle tient tout de même tant bien que mal sa maison. Elle a pu venir apparemment seule de Lausanne à [...] en train à deux reprises. Elle défend bien son dossier. Elle a pu passer au travers de deux entretiens cliniques en communiquant tout à fait normalement et en ne montrant pas de limitations relevant d'une pathologie psychiatrique grave. En l'état, on peut exiger de l'expertisée qu'elle reprenne son activité antérieure, si on s'en tient à ce qui a été observé sur le seul plan psychopathologique.

Conclusions

En conclusion, l'assurée est une ressortissante [...] de 40 ans qui a présenté des troubles psychiques à la fin des années 90, en réaction à un conflit conjugal.

Dans les suites de troubles de la santé de son époux ainsi que d'une large intervention chirurgicale pour endométriose, l'assurée a arrêté de travailler en raison de problèmes somatiques et psychiques. Quelque temps plus tard, les évaluations circonstanciées ont admis qu'elle pouvait reprendre son travail en plein dans une activité adaptée à ses problèmes physiques.

L'évaluation actuelle va exactement dans le même sens. La psychopathologie est mineure, même si une légère aggravation est possible depuis la dernière appréciation psychiatrique. On est tout au plus face à un épisode dépressif léger. On peut écarter d'autres troubles psychiatriques et en particulier un trouble de personnalité grave et invalidant qui aurait valeur incapacitante en soi. Le traitement spécialisé est réduit à sa portion congrue: une consultation par mois, pas d'antidépresseur à posologie standard.

Au vu de ce qui précède, il n'est pas justifié de retenir d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Si on est manifestement face à une personne qui souffre, Mme N. _____ ne présente certainement pas une maladie psychiatrique incapacitante".

d) Par décision du 28 novembre 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% du 1^{er} novembre 2001 au 30 avril 2002. La motivation de cette décision est identique à celle du projet de décision du 10 septembre 2007 (cf. lettre B.a supra).

C. a) L'assurée, par le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, recourt contre cette décision par acte du 12 janvier 2009, en concluant à ce stade de la procédure à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et en se réservant après examen du dossier AI de compléter le recours ou éventuellement de le retirer.

b) Le 23 février 2009, la recourante dépose un complément de recours. Elle conclut préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et, sur le fond, à l'octroi d'une rente entière au-delà du 30 avril 2002. Elle fait valoir que dans son rapport d'expertise du 28 juin 2008, le Dr T. _____ ne retient pas de trouble psychique invalidant; or ce rapport serait remis en cause par la Dresse K. _____ dans un rapport médical non daté reçu par le conseil de la recourante le 9 janvier 2009. La recourante produit encore un rapport de la Dresse J. _____ du 7 janvier 2009 qui évoque le diagnostic de fibromyalgie et de lombalgies chroniques (le diagnostic psychiatrique devant être confirmé par la Dresse K. _____). En droit, la recourante fait valoir que le rapport d'expertise du Dr T. _____ a fait l'objet de critiques fondées et argumentées de la part d'un autre médecin psychiatre, la Dresse K. _____ qui appuie ses dires sur d'autres examens médicaux. L'existence des troubles somatoformes douloureux a été encore une fois démontrée par le rapport de la Dresse J. _____ du 7 janvier 2009, alors que l'expert psychiatre a nié l'existence de tels troubles. Le seul moyen de résoudre la contradiction serait la mise en œuvre d'une expertise complémentaire ou l'audition des différents médecins dans le cadre d'une audience d'instruction afin que ces derniers puissent expliquer leur position. Pour ce qui est du calcul du taux d'invalidité, la recourante soutient que le calcul contenu dans la motivation de la décision du 28 novembre 2008 devrait être refait à la lumière de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 134 V 322), dans la mesure où il est contraire au principe d'égalité de traitement d'estimer pour une assurée à bas revenu qu'elle pourrait réaliser un revenu d'invalidité supérieur au revenu de valide. Enfin, l'abattement à opérer sur le revenu d'invalidité devrait être au minimum de 15% compte

tenu de la situation personnelle et des limitations fonctionnelles de la recourante.

Suite à la requête de la recourante, cette dernière a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire provisoire, un délai lui étant cependant accordé pour requérir une décision du Bureau de l'AJ et la faire parvenir au Tribunal. Dans le délai prolongé, la recourante a fait parvenir au Tribunal une décision lui octroyant l'assistance judiciaire avec effet au 3 avril 2009.

c) Dans sa réponse du 9 juillet 2009, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

S'agissant du premier grief soulevé par la recourante - par lequel celle-ci conteste la valeur probante de l'expertise du Dr T. _____ du 27 juin 2008, au vu du rapport médical de la Dresse K. _____ qui relève une incapacité de travail totale en raison d'un état anxio-dépressif grave et chronique, et des prétendues divergences d'avis entre plusieurs spécialistes -, l'OAI expose que le rapport d'expertise du Dr T. _____, rendu au terme d'une étude fouillée de l'ensemble du dossier médical ainsi qu'à l'issue d'examens approfondis, remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. De plus, les rapports médicaux des Drs L. _____ et P. _____, en 2004, de la Dresse Y. _____ en 2006 et de l'expertise médicale du Dr T. _____ en 2008 donnent des status et des conclusions superposables, sans contradiction; ils sont unanimes dans leur avis, aussi bien quant aux diagnostics que sur les répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. L'OAI relève en particulier que le trouble de la personnalité de l'assurée, présent dès l'adolescence, n'a pas été qualifié de trouble grave de la personnalité par les médecins susmentionnés, et que ce trouble n'a par ailleurs pas empêché la recourante de mener à bien son existence privée et professionnelle et qu'il ne s'agit dès lors pas d'une pathologie invalidante. Quant aux troubles cognitifs, ils n'ont à aucun moment été observés lors des examens cliniques (une IRM a permis d'exclure une atteinte organique). Le Dr T. _____ a en outre indiqué que le

fonctionnement neuropsychologique de l'assurée lui permettrait indiscutablement d'évoluer adéquatement dans le monde du travail. S'agissant du trouble somatoforme douloureux, il n'a pas été retenu par les psychiatres.

En ce qui concerne le diagnostic de fibromyalgie, qui n'a été retenu ni par le Dr P._____ ni par la Dresse J._____ et vis-à-vis duquel cette dernière retient par courrier du 7 janvier 2009 qu'un tableau clinique est compatible avec cette atteinte, l'OAI relève que, sous l'angle des critères de la gravité, notamment l'absence de comorbidité psychiatrique elle-même invalidante et l'absence de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, les effets de cette atteinte peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de l'assurée.

Au vu de ces éléments, l'OAI estime que l'expertise du Dr T._____ n'entre pas en contradiction avec les conclusions des autres rapports et avis médicaux, et que, par conséquent, la requête de mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire de l'assurée doit être considérée comme abusive.

S'agissant du deuxième grief soulevé par la recourante - qui critique le calcul du taux d'invalidité en faisant valoir qu'il est contraire à l'égalité de traitement d'estimer pour une personne à bas revenus que le revenu d'invalidé puisse être supérieur au revenu sans invalidité -, l'OAI relève que le fait de réaliser un revenu sans invalidité plus bas qu'un revenu d'invalidé calculé selon l'ESS n'est pas une condition ouvrant le droit à la parallélisation. En effet, le Tribunal fédéral a retenu comme conditions un revenu nettement inférieur à la moyenne pour des raisons étrangères à l'invalidité (formation scolaire insuffisante, absence de formation professionnelle, ignorance de la langue, le statut de saisonnier, etc.) et que l'assuré ne se soit pas contenté volontairement d'un tel revenu (arrêt 8C_652/2008 du 8 mai 2009). Partant, il convient de constater que l'assurée, qui a une formation suffisante, qui maîtrise le français et qui n'a pas le statut de saisonnière, ne remplit pas les

conditions précitées, et qu'elle s'est contentée du revenu qu'elle a perçu comme indépendante (voir également ATF 135 V 58).

d) Dans sa réplique du 15 octobre 2009, la recourante produit un rapport médical de la Dresse K._____ du 12 octobre 2009 ainsi qu'un rapport médical du 28 septembre 2009 du Dr F._____, neurochirurgien FMH, qui y était joint. La recourante soutient que le rapport de la Dresse K._____, psychiatre traitante, en plus de constituer une réplique pertinente et circonstanciée, contredit le rapport d'expertise établi le 27 juin 2008 par le Dr T._____ d'une façon qui ne saurait être ignorée et qu'il constitue un élément supplémentaire à l'appui de sa requête tendant à la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le rapport du 12 octobre 2009 de la Dresse K._____ a la teneur suivante:

"Voici mes commentaires à la lettre de [...] et [...] de l'AI, en date du 07.09.2009 ces commentaires complètent mon rapport de janvier 2009, auquel je me réfère, sans en reprendre toujours tous les éléments.

TROUBLE DE L'HUMEUR

La patiente présente une symptomatologie dépressive marquée:

- humeur dépressive, pleurs fréquents;
- la patiente pense que sa vie ne vaut pas la peine d'être vécue et préférerait mourir; elle est retenue par sa responsabilité envers sa fille aînée qui présente un retard mental important et a besoin d'elle. La patiente a exprimé ce dégoût de la vie à de nombreuses reprises dans le passé déjà;
- elle est très fatigable;
- elle se sent plus dépressive au réveil;
- elle n'a pas d'élan, elle n'a de plaisir à rien;
- elle est par moment angoissée et agitée;
- elle souffre de troubles de l'endormissement;
- et de maux de tête fréquents.

Au test de Hamilton pratiqué le 29.09.09, on obtient le score de 26 (en ne tenant pas compte des réveils nocturnes dus aux douleurs), ce qui correspond à une symptomatologie dépressive sévère.

D'après la définition CIM ce tableau correspond à un état dépressif moyen avec syndrome somatique: F32.11.

Cette symptomatologie fluctue de manière relative en fonction de la situation familiale (conflits avec le fils de 14 ans et le mari actuellement), mais elle est présente de manière continue. On doit

noter que la patiente vit son syndrome douloureux de manière plus grave quand elle est plus déprimée.

TROUBLE DE LA PERSONNALITE

Au dernier alinéa de la page 2 de la lettre de l'AI, les auteurs indiquent: « ... le trouble de la personnalité n'a pas été qualifié de grave ... et n'a par ailleurs pas empêché la recourante de mener à bien son existence privée et professionnelle ... et il ne s'agit pas d'une pathologie invalidante ». Cette formulation extrêmement résumée ne correspond pas à la réalité très tourmentée vécue par la patiente.

Vie privée

Comme on l'a vu dans les rapports des institutions psychiatriques de 1988 à 2001, la vie du couple N._____ a été ponctuée de conflits graves qui ont amené la patiente à trois reprises à être traitée en urgence par ces institutions. Après les événements relatés dans ces rapports (copies jointes à mon rapport de janvier 2009) les conflits entre les époux ont continué jusqu'à maintenant, plus ou moins exacerbés selon les périodes. La patiente a demandé le divorce trois fois, la Justice de Paix a ordonné la séparation. La patiente a fait à plusieurs reprises des abus de médicaments tranquillisants dans le sens d'appels à l'aide ou dans le besoin de ne plus rien ressentir. Actuellement le couple se trouve à nouveau dans une situation de crise, surtout à propos de l'éducation du fils cadet qui insulte ses parents et n'obéit plus à personne; la patiente trouve son mari trop laxiste, et son mari trouve sa femme trop rigide. Il est à nouveau question de séparation. Le diagnostic posé par la policlinique psychiatrique de couple au fonctionnement sado-masochiste est donc largement confirmé par la suite de l'anamnèse.

Vie professionnelle

La patiente n'a travaillé qu'à deux reprises dans un groupe de collègues et soumise à une hiérarchie. Elle a travaillé un an à [...], tout d'abord dans un magasin, puis a été transférée à la production, la préparation des viandes, dans un espace frigorifique, ce qu'elle n'a pas supporté; elle a donné alors son congé. Elle ne fait pas de commentaires à ce propos mais il est très probable qu'on ne lui a pas donné la possibilité de retravailler dans un magasin. Elle a également travaillé dans un pressing (elle ne sait plus combien de temps) mais l'a quitté de manière impulsive quand sa patronne lui a refusé un congé à l'improviste pour aller voir son père qui était malade. Toutes ses autres activités professionnelles ont eu lieu dans des conditions où elle travaillait à son rythme de manière indépendante: nettoyages de bureaux, travaux de conciergerie, puis son activité d'importatrice et d'épicière. Dans cette dernière activité il est vrai qu'elle n'était pas seule, son mari collaborait à l'entreprise - et cette collaboration a été ponctuée de conflits permanents entre les époux!

Les personnes souffrant de trouble de la personnalité privilégient souvent des activités qu'elles peuvent exercer seules évitant ainsi l'angoisse ou les conflits résultant de relations hiérarchiques et avec des collègues. En ce qui concerne Mme N._____, son anamnèse

professionnelle ne permet en tout cas pas d'exclure un trouble de la personnalité.

Observation en ce qui concerne le trouble de la personnalité

Le contact très particulier de la patiente a frappé tous ses médecins, qui m'en ont parlé, ainsi que la psychologue Mme [...], qui le décrit dans son rapport.

Mme N._____ s'est montrée invariablement amère, cassante, sèche, par ailleurs très autoritaire avec sa famille. Elle s'est toujours décrite comme désabusée, ne ressentant aucun bénéfice de pratiquement toutes les tentatives de traitement. L'expert Dr T._____ lui-même, lors d'un contact téléphonique, m'a dit que la patiente s'était montée «castratrice et antipathique» - alors même que le simple bon sens aurait dû la pousser à rechercher un contact favorable avec l'expert!

Ce type de contact, cette attitude, ont frappé la Dresse M._____, médecin de famille de la patiente, déjà bien avant l'opération de l'endométriose en 2000, qui a marqué le début des problèmes médicaux.

Mme N._____ est repliée sur son vécu très négatif de toute sa situation, sur sa conviction profonde d'être victime, sur sa souffrance. Ceci explique son amertume et son pessimisme permanents, son agressivité sous-jacente. Face à un interlocuteur elle reste dans une passivité et une attitude de fermeture. Elle présente une mimique toujours soufflante. Il faut lui «tirer les vers du nez » elle donne alors des renseignements succincts, mais par ailleurs catégoriques et définitifs, ne laissant pas place à la discussion ou la négociation dans les petites comme dans les grandes choses. Elle a eu parfois un certain espoir quand on lui proposait un nouveau traitement, pour en constater ensuite l'absence d'utilité. Un exemple: je lui ai prescrit un nouveau médicament psychotrope dans l'espoir de diminuer ses troubles du sommeil ; quand je lui ai demandé par la suite si elle en avait ressenti un effet positif, sa réaction a été un cri du cœur amer: «En tout cas pas! »

Cette attitude avec le recul des années, m'a frappée par sa rigidité invariable, et n'a pu être influencée ni par les nombreux traitements par une médication psychotrope (à part l'antalgie très relative par le Tryptizol) ni par d'autres types de traitement. La patiente induit donc immédiatement un contact défavorable, et il reste difficile dans la durée, même avec des personnes à qui elle n'en veut pas, par exemple avec moi. Les soignants, qui comprennent ce qui est à l'origine de cette attitude, peuvent continuer à la soutenir malgré tout. Mais il est évident que ce n'est pas imaginable dans un cadre professionnel.

Ces constatations répétées sont confirmées par les tests psychologiques Rorschach et TAT (copie jointe à mon rapport de janvier 2009); ces tests révèlent une méfiance de nature psychotique, une peur de l'intrusion par autrui et une structuration de la personnalité de caractère paranoïaque ou psychotique. La psychologue indique : « ce type de fonctionnement se caractérise au

premier plan par la rigidité et la difficulté à aborder le vécu intrapsychique. » Il s'agit à l'évidence d'une perturbation psychique grave; les conséquences en sont importantes pour le vécu de la patiente, qui est celui d'un pessimisme profond, et pour ses relations avec son entourage, relations qui sont difficiles ou se rompent.

La patiente présente des traits de plusieurs catégories de trouble de la personnalité selon la CIM (traits paranoïaques, borderline, impulsifs) on peut donc parler de trouble mixte de la personnalité (F61.0). Ce trouble rend impossible un travail dans des conditions habituelles, c'est-à-dire des situations où existe une hiérarchie. Bien sûr, la patiente pourrait chercher comme par le passé un travail qu'elle effectuerait seule. Mais le trouble de la personnalité est réellement invalidant surtout de par le pessimisme profond et chronique qui en est la caractéristique principale. La patiente est très pessimiste quant aux possibilités d'amélioration de sa santé. Ceci représente bien sûr un obstacle majeur à l'efficacité de tout traitement.

Par ailleurs, la patiente n'est pas en mesure de changer son attitude, vivant profondément la conviction de son victimat: son attitude lui paraît donc normale ; elle n'est pas consciente du fait que son attitude contribue beaucoup à créer des conflits, et sa rigidité fait que cette situation ne peut pas être vraiment discutée avec elle.

TROUBLES SOMATIFORMES

Les auteurs de la lettre de l'AI indiquent dans le 2^{ème} alinéa de la 3^{ème} page que la Dresse J._____ n'a pas retenu le diagnostic de fibromyalgie mais «retient qu'un tableau clinique était compatible avec cette atteinte.» En fait dans son rapport de 2004 (copie jointe à mon rapport de janvier 2009), la Dresse J._____ parle clairement de fibromyalgie; dans son rapport du 02.02.2009, elle écrit : «je retiens toujours le diagnostic de fibromyalgie ... ».

Mon observation pendant presque 5 ans m'a amenée à constater deux types de troubles somatoformes:

Somatization

La patiente se plaint fréquemment de toute une série de symptômes:

- symptômes «pseudo-neurologiques» : sensation de perte de la sensibilité dans les mains, sensation de faiblesse brusque d'une main, d'un bras ou d'une jambe (elle laisse tomber des objets). Ces symptômes ont mené à une IRM cérébrale et deux consultations neurologiques (Dr Rousselle) qui ont toujours montré un status neurologique normal.

- Symptômes de type gastro-intestinal: douleurs abdominales, crampes d'estomac, ballonnements, nausées, mauvais goût dans la bouche. Ces troubles sont bien connus de la Dresse M._____, médecin de famille, qui est souvent sollicitée en urgence par la patiente angoissée par un symptôme de ce type. La patiente se plaint en outre d'un besoin fréquent d'uriner.

Ce tableau correspond à la définition CIM de la somatisation, F45.0

Syndrome douloureux somatoforme persistant

On a vu que la Dresse J. _____ a confirmé clairement le diagnostic de fibromyalgie dans son rapport du 02.02.09. Récemment la patiente a consulté en urgence le Dr Q. _____, un de ses médecins habituels pour une recrudescence des douleurs dorsales; celui-ci l'a envoyée chez le neuro-chirurgien le Dr F. _____. Ce dernier a demandé une IRM lombaire, qui a montré une discopathie S1 -L5 avec pincement, une hernie discale L5-S1 à gauche et protrusion discale gauche en L4-L5 (la copie du rapport de ce médecin est jointe). Le Dr F. _____ ne propose pas d'opération neurochirurgicale. Sur la base de ce problème rhumatologique avéré, la patiente a un vécu de douleurs graves, accentuées encore lors de périodes de stress accru. Le vécu de la patiente concernant sa fibromyalgie et son syndrome lombaire correspond tout à fait à la définition de la CIM: douleurs persistantes et intenses s'accompagnant d'un sentiment de détresse ... et constituant en permanence la préoccupation essentielle du patient (F45.4).

INTEGRATION SOCIALE

Au 2^{ème} alinéa de la 3^{ème} page, les auteurs de la lettre indiquent « une absence de la perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. »

Dans les faits, la situation de la patiente est la suivante: sa deuxième fille a quitté la famille pour vivre avec son ami, mais reste en contact avec sa mère. La patiente vit donc avec son mari, son fils et sa fille aînée qui a un retard mental. Ses seuls contacts sont, outre la famille nucléaire, les fiancés de ses deux filles et deux nièces qui passent parfois pour lui donner un coup de main dans son ménage. Elle n'a pas de relations sociales ou amicales; elle explique ce fait parce qu'elle a trop de douleurs pour aller en visite ou se promener, devant se coucher souvent, et parce qu'elle ne peut pas inviter par manque de moyens financiers. Il est frappant qu'elle n'ait gardé aucun des contacts créés lors de son activité à l'épicerie.

En fonction de toutes les pathologies décrites, la capacité de travail pourrait être évaluée à 15-20%, dans un travail ne demandant pas d'effort physique et que la patiente pourrait exécuter à domicile par petits moments, ceci pendant les périodes où elle est un peu moins déprimée."

e) Se déterminant par duplique du 9 novembre 2009 sur la réplique de la recourante du 15 octobre 2009 ainsi que sur les pièces médicales jointes en annexe, l'OAI expose que celles-ci ne sont pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision et qu'il confirme dès lors ses conclusions tendant au rejet du recours. Il se réfère à l'avis médical SMR du 4 novembre 2009, auquel il déclare se rallier et dont la teneur est la suivante:

"Le rapport de la Dresse K. _____ à Me Graf du 12.10.09 ne fait état d'aucun élément médical nouveau. Les symptômes allégués par l'assurée sont mentionnés en détail. Ils sont superposables à ceux qu'a relevés le Dr T. _____ dans son rapport d'expertise du 27.06.2008. Notons qu'un diagnostic psychiatrique ne peut pas reposer sur les seules plaintes alléguées par le patient; ces plaintes doivent être certes prises en compte, mais également confrontées aux observations objectives du psychiatre. C'est précisément ce qu'a fait le Dr T. _____, aboutissant ainsi au diagnostic d'épisode dépressif léger.

Au sujet du trouble de personnalité les renseignements anamnestiques fournis par le rapport de la Dresse K. _____, tant au sujet de la vie privée que de la vie professionnelle de l'assurée, permettent certes de constater un conflit de couple de longue date et un parcours professionnel quelque peu chaotique, ce qui ne constitue pas des arguments pour un trouble de la personnalité au sens médical du terme. La Dresse K. _____ confond la structure de la personnalité, mise en évidence par les tests psychologiques qui montrent des traits de personnalité dénotant le mode de fonctionnement de l'individu, avec un trouble de la personnalité, qui « représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée... Les troubles de la personnalité apparaissent au cours du développement, dans l'enfance ou l'adolescence, et se poursuivent à l'âge adulte (CIM-10, Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic, édition 2000, page 180). Comme l'a très clairement expliqué le Dr T. _____ en page 12 de son rapport d'expertise, ces critères diagnostiques ne sont pas remplis.

Concernant le chapitre «troubles somatoformes », la Dresse K. _____ atteste la présence de deux troubles, à savoir « somatisation » (F45.0) et « syndrome douloureux somatoforme persistant » (F45.4). Or d'une part ces deux diagnostics s'excluent l'un l'autre selon les critères de la CIM-10, d'autre part les troubles somatoformes ont été exclus par le Dr T. _____, et n'ont été retenus ni par le Dr L. _____, ni par le Dr Y. _____ qui ont également examiné l'assurée.

Enfin, concernant l'intégration sociale il convient de remarquer trois points:

1° ce critère nécessite d'être analysé dans le cadre d'un trouble somatoforme ou d'une fibromyalgie, or ces diagnostics ne peuvent pas être retenus dans le cas présent.

2° concrètement, il ne me semble pas que l'on puisse parler de «perte de l'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie» alors que la fille de l'assurée, mariée, reste en contact avec sa mère et que l'assurée entretient également des contacts avec les fiancés de ses deux filles et deux nièces, qui lui donnent un coup de main au ménage.

3° l'appréciation des critères de gravité d'un trouble somatoforme est en dernier ressort la tâche du juriste plutôt que du médecin.

Le rapport du Dr F. _____ du 28.09.09 fait état de lombo-cruralgies gauches mal systématisées, sans trouble sensitivo-moteur, avec un ENMG normal. Une hernie discale L5-S1 et une protrusion discale L4-L5 sont mises en évidence par l'IRM lombaire. Toutefois le Dr F. _____ relève l'absence de corrélation entre ces images, les plaintes de l'assurée et l'examen neurologique qui se révèle normal. Les lombalgies chroniques étaient déjà présentes lors de l'examen clinique du 14.05.2004 (Drs P. _____ et L. _____) et les diagnostics d'arthrose postérieure L3-L4, L4-L5 et L5-S1, et discrète protrusion discale médiane et paramédiane L5-S1 gauche étaient déjà confirmés. Ils ont donné lieu à la reconnaissance de limitations fonctionnelles (cf. rapport d'examen clinique bidisciplinaire du 14.05.04), ainsi qu'à la reconnaissance d'une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle. Sur ce plan, il n'y a donc aucun fait nouveau ou dont nous n'aurions pas eu connaissance lors de la décision attaquée.

En conclusion, aussi bien sur le plan psychiatrique que sur le plan somatique, les faits ont été établis de manière exhaustive et convaincante par des rapports d'experts. Les documents analysés ci-dessus ne font état d'aucun fait nouveau et n'apportent aucun argument médical susceptible de remettre en question nos conclusions."

f) Le 11 novembre 2009, le juge instructeur a informé les parties que la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire était rejetée en l'état; il a réservé l'avis des autres membres de la Cour qui serait appelée à statuer.

g) Le 4 janvier 2010, la recourante fait parvenir au Tribunal la copie d'une lettre de la Dresse K. _____ du 23 décembre 2009, dont la teneur est la suivante:

"Votre lettre et la copie de l'avis médical de l'AI me sont bien parvenues et je vous en remercie. En ce qui concerne l'avis médical du Dr C. _____ de l'AI, voici mes remarques.

En ce qui concerne le trouble de la personnalité: il n'y a aucune confusion de ma part entre les tests psychologiques et le comportement de la patiente dans la réalité ; les tests ne font que confirmer le trouble du comportement relationnel qui s'est manifesté face aux médecins qui ont traité la patiente, dont moi: attitude rigide, fermée, rejetante et cassante en permanence, incapacité d'accepter de modifier sa vision de sa situation ne serait-ce que très partiellement, pessimisme amer face aux divers traitements, médicamenteux et autres - que la patiente a d'ailleurs suivis consciencieusement. La Dresse M. _____, médecin traitant, m'a dit avoir observé cette même attitude de la patiente vis-à-vis de

ses proches. Je donne une description concrète et détaillée de ce trouble du comportement relationnel et de la représentation particulière que la patiente a d'elle-même dans mes rapports de janvier 2009 et du 12.10.2009; ce trouble correspond à la définition de la CIM, aussi bien en ce qui concerne l'observation de la patiente que l'anamnèse, contrairement à ce qu'écrit le Dr C._____.

En ce qui concerne les troubles somatoformes: ces différents troubles (somatisation et syndrome douloureux somatoforme persistant) ont été constatés par les médecins qui ont traité la patiente et qui ont été maintes fois sollicités par elle en urgence pour ces troubles (voir ma description dans mon rapport du 12.10.2009). Dans la réalité de la clinique, c'est-à-dire du traitement des patients, les différents troubles somatoformes cités plus haut ne coexistent pas rarement, comme c'est le cas chez Mme N._____. Mes trente-six ans d'expérience de traitement de personnes présentant des troubles psychiques, me permettent de l'affirmer.

Le Dr C._____ fait état du rapport du Dr F._____: «le Dr F._____ relève l'absence de corrélation entre ces images (IRM lombaire), les plaintes de l'assurée et l'examen neurologique qui se révèle normal ». Ceci correspond à la définition du «syndrome douloureux somatoforme persistant» selon la CIM (F45.4): «douleur persistante.., non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et qui constitue en permanence la préoccupation essentielle du patient»."

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile - compte tenu de la suspension du délai de recours pendant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA, applicable par analogie en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA) - auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier

2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr.

2. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1er in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; 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 un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 56 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont

généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (arrêt 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si

ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

Le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^e éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles

somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

3. a) En l'espèce, sur le plan somatique, il résulte du rapport d'examen clinique bidisciplinaire du SMR du 2 juin 2004 (cf. lettre A.c supra) que la recourante présente des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire, ainsi qu'une discrète protrusion discale médiane et paramédiane L5-S1, qui sont responsables de lombalgies chroniques et entraînent les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport en question. Les experts du SMR ont exclu, sur la base de l'examen rhumatologique pratiqué, le diagnostic évoqué dans le dossier de fibromyalgie, seuls 9 des 18 points diagnostics étant retrouvés; ils ont également relevé que ce diagnostic avait été réfuté par la Dresse J._____, médecin associé à l'O._____ de l'Hôpital Orthopédique. A cet égard, il sied toutefois de relever qu'ultérieurement, soit dans son rapport du 7 janvier 2009 (cf. lettre C.b supra), la Dresse J._____ a mentionné la présence de douleurs au niveau de tous les points insertionnels habituellement recherchés dans la fibromyalgie et a donc retenu le diagnostic de fibromyalgie. Pour le surplus, les constatations cliniques de la Dresse J._____ et les diagnostics posés dans son rapport du 7 janvier 2009 (lombalgies chroniques dans un contexte de discopathie L5/S1, protrusion discale au même niveau et arthrose postérieure L4/L5 et L5/S1) sont superposables à ceux du rapport d'examen clinique bidisciplinaire du SMR du 2 juin 2004. Le rapport du Dr F._____ du 28 septembre 2009, qui fait état de lombo-cruralgies gauches mal systématisées, sans trouble sensitivo-moteur, avec un ENMG normal, et d'une hernie discale L5-S1 ainsi que d'une protrusion discale L4-L5 mises en évidence par l'IRM lombaire, ne fait que confirmer les constatations antérieures et n'apporte aucun élément nouveau, le Dr F._____ relevant au surplus l'absence de corrélation entre les images radiologiques et l'IRM, les plaintes de l'assurée et l'examen neurologique qui se révèle normal.

Sur le vu des avis médicaux précités, il y a donc lieu de retenir, sur le plan somatique, les diagnostics d'arthrose postérieure L3-L4, L4-L5 et L5-S1, et de protrusion discale médiane et paramédiane L5-S1 gauche. Ces atteintes à la santé entraînent des limitations fonctionnelles qui concernent uniquement le rachis dorso-lombaire (principalement le port de charge de plus de 8 kg, la station assise de plus de 30 minutes, la station debout prolongée de plus d'une heure, le besoin d'alterner les positions, les longs déplacements à pieds, le travail en statique de contrainte prolongée du rachis lombaire) et n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail dans une activité adaptée.

Sur le vu du rapport médical du 7 janvier 2009 de la Dresse J._____, qui a mentionné la présence de douleurs au niveau de tous les points insertionnels habituellement recherchés dans la fibromyalgie, il convient en outre de retenir le diagnostic de fibromyalgie, lequel ne peut toutefois se voir reconnaître exceptionnellement un caractère invalidant qu'aux conditions posées par la jurisprudence (cf. consid. 2c supra), ce qui sera examiné ci-après.

b) Sur le plan psychiatrique, le dossier comprend un rapport d'expertise du Dr T._____ du 27 juin 2008 (cf. lettre B.c supra), qui retient uniquement un diagnostic d'épisode dépressif léger (F32.0), sans répercussion sur la capacité de travail, ce qui rejoint – au-delà de nuances dans les diagnostics, dont les raisons sont bien expliquées dans le rapport d'expertise du 27 juin 2008 – les constatations faites antérieurement par le Dr L._____ dans le rapport d'examen clinique bidisciplinaire SMR du 29 juin 2004 (cf. lettre A.c supra), où le diagnostic est celui de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse (F43.2) chez une personnalité à traits narcissiques, actuellement en rémission, et par la Dresse Y._____ dans son rapport d'examen psychiatrique du 6 avril 2006 (cf. lettre A.e supra), où le diagnostic posé est celui de dysthymie d'intensité légère (F34.1). A ces avis médicaux concordants s'oppose celui de la Dresse K._____, psychiatre traitante, tel qu'exprimé dans ses lettres de janvier 2009 (cf. lettre C.b supra), du 12 octobre 2009 (cf. lettre C.d supra) et du 4 janvier 2010 (cf. lettre C.g supra) adressées au conseil

de la recourante. En effet, cette praticienne retient quant à elle les diagnostics d'état dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), de trouble mixte de la personnalité (F61.0), de somatisation (F45.0) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et évalue à 15-20% la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée (cf. lettre C.d supra).

Le rapport d'expertise psychiatrique du Dr T. _____ du 27 juin 2008 repose sur des examens particulièrement complets et son contenu répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des expertises médicales (cf. consid. 2b supra). Il décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants, l'appréciation de la situation médicale est bien expliquée et les conclusions de l'expert sont parfaitement motivées. Les raisons pour lesquelles un épisode dépressif léger, selon la terminologie de la CIM-10, est le mieux à même de décrire la psychopathologie de la recourante font l'objet d'une démonstration convaincante. Il en va de même des raisons pour lesquelles l'expert considère que l'on peut écarter d'autres troubles psychiatriques et en particulier un trouble de la personnalité grave qui aurait valeur incapacitante en soi. Ce rapport d'expertise, dont les conclusions rejoignent celles du Dr L. _____ et de la Dresse Y. _____ qui avaient examiné la recourante respectivement en 2004 et 2006 (cf. lettres A.c et A.e supra), doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

c) Par ailleurs, les différentes lettres de la Dresse K. _____ ne font pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du Dr T. _____ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette expertise (cf. consid. 2b supra). Les différents courriers de cette praticienne, dont le mode rédactionnel confirme à quel point elle prend fait et cause pour sa patiente – de manière certes compréhensible au regard du lien thérapeutique, mais qui empêche de conférer à son appréciation la même valeur probante qu'à celle d'un expert neutre –, ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions parfaitement argumentées de l'expert T. _____, ni sur le

chapitre des troubles de l'humeur, ni sur celui des troubles de la personnalité.

En ce qui concerne les troubles de l'humeur, la description des plaintes de la recourante que fait la Dresse K._____ est largement superposable à celle que fait l'expert T._____, dont les conclusions apparaissent plus objectives dès lors qu'elles ne se fondent pas sur les seules plaintes de l'expertisée, mais aussi sur les constatations objectives et l'anamnèse, qui ont conduit l'expert, de manière convaincante, à retenir le diagnostic d'épisode dépressif léger, n'entraînant pas d'incapacité de travail. Pour ces motifs, devant une appréciation différente d'une situation identique, il convient de privilégier l'appréciation de l'expert, qui est bien plus solidement étayée que celle de la psychiatre traitante.

En ce qui concerne les troubles de la personnalité, l'expert T._____ explique de manière convaincante les motifs pour lesquels un trouble de la personnalité stricto sensu, qui aurait valeur incapacitante en soi, peut clairement être écarté en l'espèce. L'avis contraire de la psychiatre traitante, qui fait état de divers traits de personnalité - au demeurant déjà relevés tant par l'expert T._____ que par le Dr L._____ et par la Dresse Y._____ - pour retenir le diagnostic de trouble mixte de la personnalité (F61.0) au motif que la recourante présente des traits de plusieurs catégories de troubles de la personnalité, n'est guère convaincant et ne saurait être retenu. Il se fonde en effet sur des descriptions qui ne permettent pas de retenir, au-delà de renseignements anamnestiques illustrant certains traits de personnalité, un trouble de la personnalité au sens médical du terme, qui aurait valeur incapacitante. Comme l'a clairement expliqué le Dr T._____ dans son rapport d'expertise, les critères diagnostiques qui permettraient de retenir un véritable trouble de la personnalité ne sont pas remplis en l'espèce. Sur ce point également, l'avis de l'expert, parfaitement étayé et corroborant l'appréciation faite antérieurement tant par le Dr L._____ que par la Dresse Y._____ - ce qui a d'autant plus de poids que les troubles de la personnalité apparaissent au cours du développement, dans l'enfance ou

l'adolescence, et se poursuivent à l'âge adulte - doit l'emporter sur l'avis divergent et isolé de la psychiatre traitante.

d) Enfin, l'expert T._____ a écarté les entités diagnostiques du chapitre des troubles somatoformes en relevant que l'examen spécialisé de la Dresse J._____ et l'évaluation spécialisée du Dr P._____ du 14 mai 2005 excluaient le diagnostic de fibromyalgie, qui le plus souvent recouvre ce que l'on désigne par trouble douloureux somatoforme persistant. Comme on l'a vu (cf. consid. 3a supra), il y a cependant lieu, sur la base du rapport médical de la Dresse J._____ du 7 janvier 2009, de retenir le diagnostic de fibromyalgie, auquel on applique les mêmes principes juridiques qu'au trouble somatoforme douloureux (cf. consid. 2c supra), de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'étendre sur les diagnostics du chapitre des troubles somatoformes (F45) évoqués par la Dresse K._____, qui n'ont pas de portée propre. Cela étant, il sied de relever que l'expert T._____ a précisé que même si l'on devait retenir un diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant, les conclusions assécurologiques, selon lesquelles une pleine capacité de travail est pleinement exigible sur le plan psychopathologique, n'en seraient pas modifiées.

e) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, sur le plan psychiatrique, le seul diagnostic d'épisode dépressif léger. Un tel diagnostic ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence relative à la reconnaissance du caractère invalidant d'une fibromyalgie ou de troubles somatoformes douloureux (cf. consid. 2c supra). Les autres critères déterminants pour reconnaître exceptionnellement le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail n'apparaissent pas davantage remplis en l'espèce. S'agissant en particulier d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, on ne saurait manifestement la retenir sur le vu des renseignements contenus tant dans le rapport d'expertise du Dr T._____ que dans les lettres de la Dresse K._____, dès lors que la recourante vit avec son mari, son fils et sa fille aînée, que sa fille mariée

reste en contact avec sa mère et que la recourante entretient également des contacts avec le mari, respectivement le fiancé de ses deux filles ainsi qu'avec deux nièces qui passent parfois pour lui donner un coup de main dans son ménage.

f) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante conserve une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques.

4. Il reste ainsi à examiner les critiques soulevées par la recourante à l'encontre des bases de calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI dans la décision attaquée.

a) La recourante soutient en premier lieu que le calcul contenu dans la motivation de la décision du 28 novembre 2008 devrait être refait à la lumière de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 134 V 322), dans la mesure où il serait contraire au principe d'égalité de traitement d'estimer pour une assurée à bas revenu qu'elle pourrait réaliser un revenu d'invalidité supérieur au revenu de valide.

Selon la jurisprudence, le revenu sans invalidité, premier terme de la comparaison des revenus selon l'art. 16 LPGA, doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). La jurisprudence permet toutefois de prendre en considération le fait qu'un assuré réalisait un revenu nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (notamment, formation professionnelle insuffisante) lorsque les circonstances ne permettent pas de supposer que l'assuré s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre et que l'on peut admettre que des qualifications insuffisantes empêchent de réaliser un salaire aussi élevé

que le revenu moyen déterminé (ATF 134 V 322). Lorsqu'il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique usuel dans la branche, le revenu effectivement réalisé est nettement inférieur à la moyenne au sens de l'ATF 134 V 322 consid. 4 p. 325 et il peut - si les autres conditions sont réalisées - justifier un parallélisme des revenus à comparer (ATF 135 V 257 consid. 6.1.2).

En l'espèce, l'OAI a retenu comme revenu sans invalidité le revenu de 33'631 fr. que la recourante réalisait dans son activité de commerçante indépendante. Ce mode de faire est conforme à la jurisprudence. Les principes relatifs à la prise en considération du fait qu'un travailleur salarié réalisait un revenu nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité ne peuvent par essence pas être appliqués aux indépendants, où le caractère indépendant de l'activité et les multiples facteurs influant les revenus réalisés par les indépendants rendent d'emblée toute comparaison impossible, aussi bien à l'intérieur d'une catégorie de travailleurs indépendants qu'avec des travailleurs salariés de la même branche d'activité, pour autant que celle-ci puissent être définie.

Par ailleurs, le fait que dans l'une ou l'autre situation, comme dans le cas d'espèce, le salaire d'invalidé déterminé au moyen des données ESS est plus élevé que le revenu obtenu par l'assuré avant l'invalidité ne suffit pas à remettre en cause le recours à la méthode fondée sur les salaires statistiques (TF 9C_704/2008 du 6 février 2009, consid. 3.1.2).

b) La recourante critique en outre l'abattement de 10 % opéré par l'OAI sur le revenu d'invalidé résultant des statistiques ESS. Elle soutient que cet abattement devrait être au minimum de 15% compte tenu de sa situation personnelle et de ses limitations fonctionnelles.

Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres

à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (ATF 132 V 393 consid. 3.3; 126 V 75 consid. 6 p. 81).

En l'espèce, l'autorité intimée a exposé avoir retenu un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante. On ne voit pas en quoi, ce faisant, l'OAI aurait abusé de son pouvoir d'appréciation, ni quels facteurs liés à la situation personnelle de la recourante imposeraient un abattement plus important, lequel ne changerait au demeurant rien à la constatation de l'absence de préjudice économique, au vu du revenu sans invalidité retenu en l'espèce.

c) En définitive, la décision attaquée n'est pas critiquable en tant qu'elle retient un revenu sans invalidité de 33'361 fr. et qu'elle constate, au vu du revenu que la recourante pourrait réaliser dans une activité adaptée, qu'il n'y a pas de perte économique et donc pas de droit à la rente au-delà du 30 avril 2002.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la

procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 28 novembre 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. est mis à la charge de la recourante.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Graf (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :