

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 janvier 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : MM. Neu et Métral
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

* * * * *

Cause pendante entre :

X. _____, à Vevey, recourante, représentée par Me Irène Wettstein Martin,
avocate à Vevey,

et

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

Art. 16 et 17 LPGA, 28 et 28a al. 2 LAI et 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1967 à [...], mère de deux enfants nés en 1995 et 2000, secrétaire de formation, a été victime le 11 décembre 2003 d'un accident de la circulation, à l'occasion duquel ses apophyses transverses de L2 et de L3 droites ont été fracturées.

Dans un rapport du 14 avril 2005 adressé au Dr C._____, interniste, la Dresse T._____, interniste et rhumatologue, a posé les diagnostics de lombalgies mécaniques persistantes et de status après fractures des apophyses transverses L2 et L3 droites le 11 décembre 2003. Elle relevait notamment que l'assurée avait travaillé comme vendeuse dans une boutique à 80% jusqu'à sa deuxième grossesse, et qu'elle était depuis lors femme au foyer. Au status rhumatologique, la Dresse T._____ notait, quant à la statique rachidienne, qu'il n'y avait pas de trouble significatif et, quant à l'examen des membres inférieurs, que toutes les amplitudes articulaires périphériques étaient libres. Sous la rubrique "Appréciation" de son rapport, la Dresse T._____ relevait ce qui suit:

"Mme X._____ souffre de lombalgies persistantes latéralisées à [droite], post-traumatiques avec status après fractures des apophyses transverses L2 et L3 à [droite] (12.2003).

L'examen clinique ne démontre actuellement pas de syndrome lombovertébral, ni de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire. Une tendomyose nette est notée à la palpation para-lombaire à [droite] dans la région lombosacrée et une zone d'irritation L5 est retrouvée à [droite] traduisant une dysfonction vertébrale segmentaire. Il n'y a pas d'élément clinique actuellement en faveur d'une sacro-ilite, ni d'ailleurs pour une dysfonction sacro-iliaque le jour de l'examen.

Il n'y a aucun élément en faveur d'une spondylarthropathie, la mobilité des 3 segments rachidiens étant libre, la patiente ne signalant pas de raideur matinale.

Je n'ai malheureusement pas eu l'occasion d'analyser les clichés standards de cette patiente.

La scintigraphie osseuse réalisée à l'hôpital de [...] en juin 2004 ne démontre à mon avis pas d'hyperactivité significative au niveau des sacro-

iliaques. On retrouve en effet une discrète hyperactivité para-lombaire à [droite] en L2 et L3, les vertèbres étant par ailleurs [sans particularité].

Quant à l'IRM lombaire et des sacro-iliaques, elle a été parfaitement interprétée par le Dr [...]. Aucune hernie discale n'a été démontrée et il n'y a pas d'élément en faveur d'une sacro-ilite. Il est possible que cette petite plage focale d'hyperactivité en T2 dans la partie inféro-postérieure de l'articulation sacro-iliaque à [droite] corresponde à une petite zone d'inflammation résiduelle très focale, mais il pourrait peut-être aussi s'agir d'une petite zone kystique. Il n'y a en tout cas pas d'indication à des investigations complémentaires de ce point de vue.

J'ai tenté de rassurer cette patiente en lui précisant que la situation devrait progressivement s'améliorer à condition qu'elle reprenne une activité sportive régulière comme elle l'exerçait auparavant, par exemple sous forme de gymnastique en piscine (aquagym, aquafit) ainsi que de gymnastique en salle, de marche ou de course à pied.

Elle devrait pouvoir bénéficier d'un nouveau traitement de physiothérapie axée sur la rééducation [...].

L'on peut se poser la question de l'indication à la poursuite d'un traitement AINS qui est sans effet et auquel on pourrait préférer un traitement antalgique simple de paracétamol éventuellement associé à un peu de codéine ou à quelques gouttes de Tramal.

L'on pourrait également tenter d'introduire un nouveau traitement inhibiteur de la recapture de la sérotonine qui serait probablement plus efficace que le Saroten sur la thymie".

Le Dr H._____, médecin interniste spécialisé dans les maladies rhumatismales, a été mandaté en qualité d'expert par l'assureur responsabilité civile [...] Assurances. Dans son rapport d'expertise du 31 janvier 2006, faisant suite à un examen de l'assurée du 15 décembre 2005, ce médecin relevait que depuis son arrivée en Suisse, en 1993, celle-ci avait d'abord travaillé dans un restaurant durant six à sept mois, puis comme coiffeuse jusqu'à la naissance de son fils, en 1995. Elle avait repris une activité professionnelle en 1997 comme vendeuse auxiliaire dans une boulangerie, puis dans la vente par correspondance téléphonique, puis enfin dans une boutique de vêtements à un taux de 70 à 80 pour cent. En 2002, elle avait décidé d'arrêter de travailler pour mieux s'occuper de sa fille, projetant une reprise d'activité professionnelle lucrative une fois cette dernière scolarisée. Le Dr H._____ posait les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques et de fractures des apophyses transverses L2 et L3 à droite traumatiques le 11 décembre

2003. Pour le surplus, l'expert retenait ce qui suit, sous la rubrique "Appréciation" de son rapport:

"Mme X._____ est une patiente dans sa 39^{ème} année, sans antécédents médicochirurgicaux en rapport avec l'affection actuelle, ne bénéficiant pas de formation professionnelle certifiée et n'exerçant pas d'activité lucrative au moment du début de l'affection actuelle, à savoir le 11 décembre 2003.

Cette dernière débute de manière aiguë, sous forme d'un accident de la circulation. Mme X._____, piétonne, étant renversée par une voiture alors qu'elle traversait la route sur un passage sécurisé (passage pour piétons).

Cet accident a pour conséquences une fracture des apophyses transverses droites de L2 et de L3 pouvant également témoigner d'une certaine violence du traumatisme.

Ces fractures sont indiscutablement attribuables, de manière certaine, au traumatisme subi.

L'évolution est cependant défavorable d'un point de vue subjectif, à savoir que la patiente présente depuis l'accident des lombalgies en barre, avec irradiation selon une topographie non radiculaire à la région fessière supérieure droite, ainsi que paravertébrale dorsale basse bilatérale.

L'anamnèse, les examens cliniques, paracliniques réalisées jusqu'à ce jour orientent vers le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques.

Dans le diagnostic différentiel, il n'y a actuellement pas d'élément orientant vers une étiologie infectieuse, tumorale, inflammatoire, métabolique.

Certains médecins consultés par la patiente, en particulier le Dr [...], orthopédiste FMH à Montreux, évoquent le diagnostic de dysfonction sacro-iliaque bilatérale, prédominant à droite, post-traumatique, en se basant essentiellement sur le résultat d'une scintigraphie osseuse montrant une hypercaptation en phase tardive des deux articulations sacro-iliaques.

Cet examen est à mon avis non spécifique et ne permet pas d'affirmer la présence d'une pathologie spécifique des sacro-iliaques.

L'IRM lombo-pelvienne effectuée par la suite ne montre pas d'image orientant vers une pathologie spécifique des articulations sacro-iliaques ou de la colonne lombaire. La petite plage d'hyperactivité en pondération T2 dans la partie inféro-postérieure de l'articulation sacro-iliaque peut évoquer soit un kyste, voire à la rigueur une zone inflammatoire pouvant éventuellement être résiduelle mais ne justifiant pas des investigations complémentaires, et n'expliquant pas la symptomatologie douloureuse présentée actuellement par la patiente.

On relèvera qu'il existe également actuellement une controverse entourant les prétendues affections mécaniques de l'articulation sacro-iliaque comme dans le cas de Mme X._____.

Pour la "médecine classique" les affections de la sacro-iliaque comprennent les spondylarthropathies, les infections, les pathologies métaboliques, ainsi que la sacro-ilite idiopathique, toutes non démontrables dans ce cas.

Les thérapeutes manuels prétendent que de telles affections peuvent être mises en évidence par la palpation de l'hypomobilité articulaire (dans le cas présent, à l'examen clinique, le test de Lewit, du Piédalu et le test de Patrick sont cependant négatifs lors de mon examen).

De plus, une infiltration par un spécialiste FMH en anesthésie de la sacro-iliaque droite n'a également pas eu de conséquences, ni dans le sens d'un amendement de la symptomatologie douloureuse ni dans le sens d'une exacerbation de cette dernière, suggérant également une absence d'étiologie de la sacro-iliaque pour la symptomatologie présentée actuellement par Mme X._____.

Des études biomécaniques et radiologiques ne relèvent à ma connaissance que d'une très petite amplitude de mouvement de l'articulation sacro-iliaque et en général, lors de traumatisme sévère de la ceinture pelvienne, les luxations de la sacro-iliaque sont également accompagnées de fractures osseuses du bassin.

L'étiologie des lombalgies est dans le cas de Mme X._____ dans un premier temps attribuable au traumatisme accidentel avec fractures des apophyses lombaires transverses droites L2 et L3.

Cependant, leur persistance n'est aujourd'hui plus explicable selon un modèle biomédical seul et l'influence de l'accident sur la symptomatologie actuelle n'est plus prépondérante, ceci deux ans après l'événement extraordinaire.

On peut dire que d'un point de vue médicothéorique, le statu quo ante a été actuellement atteint.

L'étiologie précise de la symptomatologie douloureuse, comme déjà mentionné, ne peut être expliquée selon un modèle biomédical seul, et on s'accorde actuellement à admettre que dans les cas de lombalgies chroniques, non spécifiques, avec l'évolution chronique, se sont les phénomènes psychosociaux qui prennent une part prépondérante.

Réponses à vos questions:

- 1. Anamnèse (historique médicale)?** cf extraits du dossier, affection et plaintes actuelles, anamnèse familiale, anamnèse par systèmes, anamnèse psychosociale.
- 2. Etiologie de l'affection en cause (origine et causes)?** Comme mentionné dans l'appréciation, la symptomatologie douloureuse est dans un premier temps attribuable à la fracture des apophyses transverses droites de L2 et de L3, indiscutablement attribuables de manière certaine au traumatisme subi le 11.12.2003. Cependant, on doit actuellement admettre que l'accident n'a actuellement plus d'influence prépondérante sur la symptomatologie actuelle, et qu'il n'y a pas de séquelles dudit accident mises en évidences sous forme de lésions anatomiques démontrables.
- 3. Diagnostic?** cf diagnostics.
- 4. Constatations objectives et subjectives?** cf status et plaintes actuelles.

- 5. Plaintes de la patiente?** cf affection et plaintes actuelles.
- 6. La guérison suit-elle un cours normal?** D'un point de vue subjectif non, compte tenu que les douleurs apparues lors du traumatisme persistent encore à l'heure actuelle. D'un point de vue objectif, il n'y a actuellement plus de séquelles démontrables de l'accident subi, on remarquera cependant que les fragments des apophyses transverses fracturées ne se sont plus "ressoudés" à l'apophyse transverse restant attachés au corps vertébral de L2 et L3 ceci consistant cependant en une évolution normale après fractures des apophyses transverses, ce type de fractures n'étant à ma connaissance pas traité chirurgicalement par ostéosynthèse ou mise en place d'un corset lombaire et on ne peut exiger une restitution ad integrum dans le sens d'un état identique à l'état antérieur après ce type de fracture pour considérer une guérison normale. D'un point de vue ostéo-articulaire anatomique, la guérison a suivi un cours normal. La scintigraphie osseuse ne démontre pas d'hyperactivité dans les zones fracturées ou d'éventuels indices pour une "pseudarthrose".
- 7. Subsiste-t-il actuellement une réduction de la capacité de travail?** D'un point de vue rhumatologique seul, il n'y a actuellement pas d'incapacité de travail pour les activités légères ne nécessitant pas des mouvements de flexion/extension répétitifs du tronc, le port de charges supérieures à 15kg, des mouvements répétitifs en porte-à-faux. Pour une activité de vendeuse dans une boutique de vêtements, pour autant que les limitations fonctionnelles évoquées ci-dessus soient respectées, la capacité de travail est complète. On relèvera cependant qu'au vu de la longue période d'incapacité de travail, il serait souhaitable que la patiente puisse bénéficier d'une période de réentraînement au travail en débutant avec un pourcentage de 20%, ce dernier devant être augmenté graduellement de 20% tous les deux mois jusqu'à une capacité de travail complète de 100% au plus tard dans 8 mois.
- a) le cas échéant, dans quelle mesure (%), compte tenu de l'âge et de l'activité?**
- b) dans le cas contraire, quand l'incapacité de travail a-t-elle pris fin ou aurait-elle dû prendre fin?**
D'un point de vue médicothéorique, l'incapacité de travail aurait dû prendre fin du moins partiellement, début janvier 2006.
- 8. Les plaintes du patient et les troubles constatés sont-ils dus de façon certaine, probable ou seulement possible à l'accident en question?** Les fractures des apophyses transverses droites de L2 et de L3 sont dues de manière certaine à l'accident du 11.12.2003. Les plaintes actuelles ne sont actuellement que possiblement attribuables à l'accident en question.
- 9. Des maladies ou accidents antérieurs et/ou intercurrents jouent-ils un rôle, ceci pour autant que des suites de l'événement invoqué soient en cause?**
- a) le cas échéant, quels sont ces facteurs et quelle est leur importance, respectivement influence (%)?**
- b) le cas échéant, y a-t-il lieu de limiter la causalité adéquate dans le temps?** Actuellement pas de maladie intercurrente mise en évidence ni de nouveau traumatisme.
- c) Le cas échéant, à partir de quand et dans quelle proportion le statu quo ante, respectivement sine a-t-il été ou sera-t-il**

retrouvé/atteint? Actuellement, on doit admettre que le statu quo ante, respectivement sine a été retrouvé.

d) Le cas échéant, la prédisposition constitutionnelle de la patiente se serait-elle développée certainement ou très vraisemblablement même sans l'accident? Si oui dans quelle mesure (%)? Je ne peux répondre à cette question.

e) L'existence de signes de dégénérescence peut-elle être démontrée? Non, il n'y a actuellement pas de signes dégénératifs significatifs et non compatibles avec l'âge de la patiente démontrables.

10. Les suites de l'accident nécessitent-elles encore un traitement médical, respectivement les traitements actuellement prodigués sont-ils appropriés? D'un point de vue médicothéorique, il n'y a actuellement plus de séquelles ostéo-articulaires démontrables chez cette patiente. Les traitements actuellement prodigués me paraissent cependant appropriés.

11. Y a-t-il lieu d'attendre de la continuation du traitement médical en cours une sensible amélioration de l'état de santé? Compte tenu de la nature de l'affection actuelle et de l'absence de traitement vraiment validé de l'invalidité lombaire établie, ce qui semble être le cas ici, il est difficile de répondre à cette question. Un soutien régulier par le médecin traitant me paraît indispensable.

12. Propositions de mesures thérapeutiques? Soutien psychologique par le médecin traitant et encouragement à reprendre une activité physique régulière, mesures thérapeutiques actives uniquement.

13. Pronostic quant à une reprise totale, respectivement partielle du travail?

a) le cas échéant, une augmentation de la capacité de travail est-elle envisageable à court ou moyen terme? d'un point de vue rhumatologique seul oui, et selon les modalités décrites précédemment, et en tenant compte de la longue période d'incapacité de travail, une reprise de travail à 20% en tant que vendeuse dans une boutique est envisageable.

14. Quelle est la capacité de travail exigible dans la profession? Dans la profession de vendeuse dans une boutique, la capacité de travail exigible est, d'un point de vue rhumatologique, de 80%. Compte tenu de la longue période d'incapacité de travail, cette exigibilité devrait débiter avec un taux de 20%, à augmenter tous les deux mois de 20% jusqu'au taux total de 100%.

15. Quelle est la capacité de travail exigible dans une activité adaptée à l'état de santé, respectivement dans quel type d'activité? D'un point de vue rhumatologique seul, et au vu de la profession exercée jusqu'à ce jour à savoir celle de vendeuse dans une boutique de confection, il n'y a pas lieu d'envisager un reclassement professionnel afin d'augmenter l'exigibilité de la capacité de travail.

16. Subsistera-t-il vraisemblablement une invalidité psychique ou physique en relation avec l'accident en question (réduction durable de la capacité de travail/séquelles définitives)?

a) le cas échéant, en quoi consiste-t-elle (nature) et quel serait le taux (%) d'invalidité anatomique? D'un point de vue

rhumatologique seul, il n'y a actuellement pas de lésions anatomiques objectivables, séquellaires à l'accident et entraînant une limitation fonctionnelle voire une incapacité de travail. Je ne peux cependant me prononcer sur l'existence ou l'atteinte d'une affection psychique, la patiente ne mentionne pas faire des cauchemars réguliers suite à son accident, elle n'a également pas de crainte systématique lorsqu'elle traverse la route, mais ne se rend cependant plus sur les lieux de l'accident et ne traverse plus la route à cet endroit. Je vous propose d'adresser Mme X. _____ à un confrère psychiatre, afin de déterminer s'il existe des éléments permettant de retenir le diagnostic de stress post-traumatique, de déterminer si la patiente présente une affection psychiatrique, ayant valeur de maladie et justifiant une incapacité de travail, et enfin de déterminer le type de personnalité de la patiente".

L'assurée a déposé, le 30 janvier 2006, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente. A cette occasion, elle a précisé ne pas avoir eu de travail durant les trois dernières années. Le 24 février 2006, elle a encore précisé qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% par nécessité financière depuis janvier 2004.

Selon l'extrait de compte individuel du 27 février 2006, la dernière activité professionnelle inscrite de l'assurée remontait au mois de décembre 2002.

Dans un rapport à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) du 16 mars 2006, le Dr C. _____ a posé les diagnostics de lombosacralgie chronique droite post-traumatique et status après fracture des apophyses transverses L2-L3 droites le 11 décembre 2003, et d'état dépressif sévère, en partie post-traumatique, depuis 2004. Ce médecin attestait une incapacité de travail de 100% du 11 décembre 2003 au 31 mars 2005, puis de 50% à compter du 1^{er} avril 2005 dans l'activité habituelle, et considérait que l'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce encore une autre activité à 50 pour cent.

Dans un rapport à l'OAI du 4 octobre 2006, la Dresse G. _____, psychiatre traitant de l'assurée depuis le 20 mars 2006, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique chronique et de syndrome douloureux chronique lombo-sacré post-traumatique existant depuis décembre 2003. Elle estimait que sa

patiente présentait une incapacité de travail totale comme vendeuse de décembre 2003 à décembre 2008. Elle indiquait que dans une activité de maman de jour, la capacité de travail serait de 30% (soit environ 10h par semaine).

Une enquête économique sur le ménage a été menée le 16 novembre 2006 au domicile de l'assurée. Dans son rapport daté du même jour, l'enquêtrice estimait qu'un statut d'active à 100% était justifié depuis le mois d'août 2005, cette date correspondant à la scolarité de la fille cadette de l'intéressée. L'enquêtrice précisait à cet égard que les indications de cette dernière du 24 février 2006, selon lesquelles elle aurait repris un travail à plein temps dès le mois de janvier 2004, n'étaient pas réalistes, dans la mesure où l'enfant ne supportait pas d'être séparée de sa mère, qui avait alors décidé de rester à la maison pour s'en occuper jusqu'à son entrée à l'école enfantine. Le rapport d'enquête retenait en outre que l'assurée avait travaillé de novembre 1997 à décembre 2001 dans une boulangerie industrielle à 50%, puis en 2002 dans la vente par téléphone à 80%, activité interrompue en raison de sa très mauvaise rémunération. L'intéressée avait ensuite émargé au chômage avant de retrouver un emploi en 2003 entre 50 et 80% dans une boutique de vêtements, auquel elle avait mis un terme après trois mois du fait que sa fille de trois ans était malade chaque fois qu'elle devait aller chez la maman de jour. Le rapport d'enquête précisait encore qu'en 2005, l'assurée avait gardé deux jeunes enfants à son domicile, pour un salaire mensuel de 1'000 fr., activité qu'elle avait également abandonnée car trop stressante. Dès le mois d'août 2006 enfin, elle avait œuvré comme maman de jour pour trois enfants à raison de 9h30 par semaine, pour un salaire mensuel de 570 fr. environ. Au terme de son rapport, l'enquêtrice évaluait l'incapacité au plan ménager à 4,4%, tout en précisant qu'en 2004, l'assurée avait décidé de ne pas travailler à l'extérieur afin de ne pas être obligée de faire placer son enfant.

Le 8 février 2007, la Dresse G. _____ a indiqué à l'OAI qu'il n'y avait pas de changement dans la situation de sa patiente.

Afin d'évaluer la situation au niveau psychiatrique, l'OAI a mandaté le Dr S._____, psychiatre et psychothérapeute. Dans son rapport du 21 janvier 2008, ce spécialiste n'a posé aucun diagnostic psychiatrique et n'a retenu aucune incapacité de travail à cet égard, estimant que toutes les activités accessibles à l'assurée de par sa formation et son expérience étaient psychiatriquement exigibles. L'expert relevait notamment que l'intéressée avait interrompu son activité de vendeuse en 2002 pour se consacrer entièrement à son rôle de mère. Il précisait que même s'il ne pouvait formellement se prononcer sur la période antérieure à l'expertise, il ne partageait pas la vision sévère du psychiatre traitant. Se référant au rapport de la Dresse T._____, il notait qu'hormis une réaction initiale intense, il n'y avait jamais eu de psychopathologie importante. Sous le chapitre "Discussion" de son rapport, l'expert S._____ développait plus précisément ce qui suit:

"La situation que vous nous avez demandé d'examiner concerne une femme de maintenant 40 ans qui a été, en décembre 2003, victime d'un accident de la circulation. Dans une situation assez invraisemblable, s'engageant sur un passage piéton, avec une poussette dans laquelle se trouvait sa fille de trois ans, elle a été renversée par une voiture de police qui n'était pas du tout en situation d'urgence.

Lors de l'hospitalisation de deux jours qui s'ensuit, les diagnostics de contusion lombaire et de fractures d'apophyses ont été posés et la patiente traitée en conséquence. Selon le dossier, il y a eu une amélioration partielle (le médecin traitant parle d'un 50%), mais la situation reste subjectivement pour l'assurée très pénible et ceci jusqu'à ce jour. Une expertise rhumatologique de décembre 2005 a conclu à un rétablissement total sur le plan physique et une reprise d'activité à 100% à partir d'août 2006.

Avec un certain "effet retard" on parle ensuite d'un trouble de stress post-traumatique, ensuite d'un état dépressif jusqu'à un niveau sévère. Dans l'ensemble, la situation reste extrêmement conflictuelle et ceci jusqu'à ce jour, l'expertisée est dans un très fort mécontentement par rapport "au traitement" de l'assurance accidents et argumente l'évènement comme causalité pour:

- la dégradation de son couple,
- sa dégradation sociale et financière,
- une forte inhibition de ses activités domestiques,
- une impossibilité de faire autre chose que "maman de jour".

Il existe aussi une tendance à la passivité de l'assurée; à plusieurs reprises un reconditionnement a été préconisé par ses médecins et des spécialistes, mais elle n'a jamais fait davantage que des exercices "stepper" à la maison.

Lors de notre examen, nous avons rencontré une femme étonnamment tonique, argumentant avec force ses atteintes, dans une expression verbale fluide et spontanée, sans aucun trouble cognitif,

affectivement entre un état légèrement "crispé", ensuite détendue, euthymique et souriante. Malgré une attention particulière et avec application de plusieurs échelles d'évaluation, nous n'avons pratiquement trouvé aucun élément significatif en faveur d'un état dépressif dans le sens clinique et défini du terme. Ceci contraste très fortement avec l'appréciation du psychiatre traitant, qui par ailleurs a prospectivement (fait très rare) donné une incapacité de travail jusqu'à décembre 2008.

[...]

Résumé, conclusions: critères insuffisants pour diagnostic
[de trouble dépressif selon les critères de la CIM-10]

Il ressort avec affirmation que l'assurée n'est nullement dans un tel registre et que des éventuelles tendances dysthymiques ne peuvent pas être retenues comme une pathologie à part.

Dans le contexte de ce volet, nous avons fait un dosage sérique de l'antidépresseur prescrit. Avec un fort décalage entre le taux de la substance et son métabolite, il y a un doute sur la prise régulière.

En ce qui concerne l'allégation d'un état de stress post-traumatique, il y a tout d'abord à rappeler qu'il n'existe pas de terme "chronique" pour cette pathologie. Si une telle perturbation dure au-delà de six mois ou une année, elle sera à coder par d'autres catégories du CIM-10.

Nous avons abordé en détail avec l'assurée le déroulement de l'accident. A aucun moment des mémorisations, nous n'avons observé une réaction émotionnelle particulière. De plus, elle ne nous parle ni spontanément ni autrement des signaux typiques pour une telle pathologie. L'accident était extrêmement surprenant, choquant, l'assurée a dans un premier temps ressenti une forte angoisse surtout pour l'intégrité de sa fille et un scénario catastrophe d'handicapée pour elle-même, mais elle a été ensuite assez vite rassurée lorsqu'on lui a montré l'enfant et lorsqu'elle a pu constater que sa mobilité personnelle n'était pas gravement atteinte. Selon les descriptions qu'elle en a donné et notre appréciation, elle a tout à fait normalement et complètement intégré le fait que l'accident a eu lieu et qu'il n'a pas conduit à des séquelles graves.

Elle reste cependant très insatisfaite par rapport à l'ampleur de la réparation, voire non réparation. Les trois visites du policier concerné ne lui ont pas suffi, elle n'a pas cru en la sincérité des excuses, le paiement de l'assureur perte de gain a été arrêté beaucoup trop tôt selon elle et l'ampleur de sa souffrance douloureuse n'aurait pas été reconnue à sa juste hauteur. Nous sommes ici confrontés à des descriptions presque caricaturales ("couteau planté dans le dos"), dans l'ensemble assez proche d'une tendance à une majoration de symptômes.

Dans le même contexte, l'assurée argumente une causalité entre l'accident et la dégradation de son couple, mais dans l'exploration détaillée, elle admet que des fissures et des mésententes ont déjà existé avant décembre 2003 et qu'un déclin sentimental a eu lieu à long terme, conduisant à sa décision de demander séparation et divorce. Il nous paraît ainsi évident qu'il ne s'agit pas d'une causalité mais d'une synchronisation des événements.

Le dernier volet des réflexions concerne la question d'un syndrome douloureux somatoforme. Là aussi, la plupart des critères ne nous semblent pas remplis.

[...]

Conclusions: A la limite une utilisation descriptive du terme [diagnostic du syndrome douloureux somatoforme persistant] **est possible**

[...]

Pondération, conclusions: les critères [dans les troubles somatoformes douloureux] **ne suffisent pas pour déduire une atteinte invalidante**

Force est de constater que nous ne pouvons sérieusement pas retenir de pathologie psychiatrique véritable dans cette situation. L'essentiel du décalage entre la souffrance personnelle et la pauvreté des constats médicaux (rhumatologiques et psychiatriques confondus) s'explique par des facteurs extra-médicaux. Il y a ici:

- Mécontentement et revendication dans le conflit asséculo-logique,
- Dégradation de la situation du couple avec augmentation de charge en tant que mère éducative,
- Diminution des ressources financières,
- Diminution de la disponibilité pour travail extérieur.

Même s'il est légitime de comprendre la vision personnelle de l'assurée et de l'aider aussi dans l'élaboration et les dépassements de ses difficultés, il ne nous paraît nullement justifié de "psychiatriser" le cas. A notre avis, on rend ici à l'assurée un mauvais service, surtout à long terme".

Dans un avis du 31 janvier 2008, le Dr L. _____ du Service médical régional AI (ci-après: SMR) a constaté que l'expertise du Dr S. _____ ne retenait aucune pathologie psychiatrique, mais un conflit asséculo-logique.

L'OAI a reçu, le 18 février 2008, un rapport d'expertise établi le 21 décembre 2007 par le Dr A. _____, psychiatre et psychothérapeute mandaté par l'assureur-accident. Ce médecin a posé les diagnostics d'évolution dysthymique (dysthymie) ou de trouble anxieux et dépressif mixte, relatif à un état de stress post-traumatique en voie de s'amender, chez une personnalité du registre des états limites inférieurs, proche de la borderline, peu structurée, organisée pour parer à l'angoisse paranoïde et à l'angoisse anaclitique sur le mode caractériel au sens de l'agir et de l'attachement au concret, chez une femme à l'intelligence "déficiente" (développement mental incomplet), avec d'importants traits d'immaturité. Aux yeux de l'expert, il existait une relation de causalité naturelle claire

entre la pathologie psychiatrique de l'assurée et l'accident du 11 décembre 2003, tandis que la relation de causalité adéquate ne pouvait être reconnue au-delà du 31 décembre 2008 au plus tard. Le Dr A. _____ expliquait que les troubles psychiques de l'expertisée étaient apparus dans le décours post-traumatique, notamment au moment où, suite à l'accident, elle s'était sentie changée et où les difficultés conjugales et familiales avaient pris de l'importance. Il déclarait en outre ce qui suit: "Toutefois, il faut admettre que cet accident est intervenu à un moment de fragilité particulière de cette assurée, notamment en raison du deuil de son frère mort d'un accident de la route, et dans le cadre de l'effort d'adaptation, qu'elle était en train de réussir, après son émigration et la séparation de sa famille d'origine, effort qu'elle menait de manière courageuse et parfaitement normale, adéquate et conforme à sa situation personnelle, d'après notre appréciation. A cela, il faut ajouter les difficultés intervenues après l'accident de décembre 2003, à savoir les difficultés conjugales et avec ses enfants, ainsi que la perte de sa belle-mère, qui faisait pour elle office d'étayage parental, événements qui ont sans aucun doute influé négativement sur l'évolution de la pathologie psychiatrique post-traumatique". Quant à l'incapacité de travail, l'expert estimait qu'il n'était pas raisonnable de la prolonger "au-delà du 31 mars 2008 à 100%, au-delà du 31 juillet à 70% et au-delà du 31 octobre à 40%, de manière à ce que la capacité totale de travail du point de vue psychiatrique, par rapport à l'accident, devrait être considérée comme recouvrée au plus tard pour le 1^{er} janvier 2009".

Dans un rapport du 28 février 2008, le Dr L. _____ du SMR a retenu que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale du 11 décembre 2003 au 31 mars 2005, puis de 50% du 1^{er} avril 2005 jusqu'au 31 décembre 2007, et de 20% dès le 1^{er} janvier 2008. La capacité de travail exigible était fixée à 80% comme vendeuse et à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'intéressée (pas de port de charges de plus de 10kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions assise et debout).

Le 2 octobre 2008, l'OAI a rendu un projet de décision d'acceptation de rente. Sur la base du dossier médical, il estimait que la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis l'accident du 11 décembre 2003 jusqu'au 31 janvier 2006, date à laquelle elle avait recouvré une pleine capacité de travail exigible dans ses activités habituelles de ménagère ou vendeuse, et qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 11 décembre 2004, son empêchement ménager n'était pas supérieur à 4,4%, de sorte que le droit à la rente n'était pas ouvert. L'OAI admettait toutefois qu'un statut de femme active à 100% pouvait lui être reconnu à compter du mois d'août 2005, suite à sa séparation d'avec son mari, et qu'en conséquence, elle avait droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2005 au 30 avril 2006.

Le 22 octobre 2008, l'assurée, par son conseil, a contesté ce projet, en particulier le statut de ménagère, faisant valoir qu'elle avait travaillé comme vendeuse à taux partiel jusqu'à la fin du mois de novembre 2002, qu'elle avait ensuite retrouvé une activité de maman de jour dès le mois de janvier 2003 et qu'elle entendait reprendre par la suite une activité à plein temps dans le courant de l'année 2004. Elle estimait que l'expertise du Dr A._____ devait être préférée à celle du Dr S._____ et précisait qu'elle ferait l'objet d'exams complémentaires sur le plan somatique dès le mois suivant. Le 27 novembre 2008, l'assurée a émis plusieurs critiques à l'endroit de l'expertise du Dr S._____ et maintenu que la préférence devait dès lors être accordée à celle du Dr A._____.

Dans un avis du 4 février 2009, la Dresse M._____ du SMR a relevé qu'il convenait de mettre en œuvre un complément d'expertise psychiatrique.

Le 8 juin 2008, l'assurée a déclaré s'opposer au complément d'expertise, estimant que l'OAI devait se fonder sur le rapport du Dr A._____.

Le Dr S._____ a réexaminé l'assurée et pris connaissance des nouvelles pièces au dossier, savoir en particulier le rapport du Dr A._____ du 21 décembre 2007. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 12 décembre 2009, il a notamment relevé ce qui suit:

"IV. Constatations cliniques:

1. Observations cliniques par l'expert:

L'assurée vient ponctuellement à l'examen prévu. Elle est à la salle d'attente ensemble avec son mari dont elle est séparée depuis plusieurs années. Les deux sont dans un échange verbal, les deux froids et distants dès l'arrivée de l'expert. Mme X._____ donne la main d'une manière distante et son mécontentement de se trouver à nouveau dans le cabinet du Dr S._____ se lit dans toute son expression psychocorporelle. La poignée de main est normale, sans moiteur. Il n'y a pas de limitations dans les mouvements physiques, l'assurée avance d'un pas vif.

Lorsque nous formulons le malaise ("*n'est-ce pas vous êtes mécontente de vous trouver à nouveau ici?*"), l'assurée confirme, elle exprime son ras-le-bol de se trouver toujours devant des médecins et dans une histoire d'assurance sans fin. Le fait de s'exprimer diminue très visiblement et rapidement la tension décrite. Elle est ensuite dans une collaboration tout à fait normale.

Elle est toujours dans une très bonne présentation: elle est bien coiffée, elle porte des lunettes de soleil modiquement dans les cheveux (bien qu'il s'agisse d'une journée grise), elle est habillée avec soin, porte quelques discrets bijoux, elle est bien maquillée et parfumée. Il n'y a aucun aspect de séduction.

Comme il y a une année en arrière, l'assurée reste une partie de l'examen assise, une autre partie debout, expliquant qu'elle a besoin de cette alternance pour éviter de trop fortes douleurs dorsales. Elle s'exprime "naturellement", elle donne des réponses à toutes les questions, la plupart d'une manière explicite. Elle est spontanée et directe. Sa mimique est expressive. Sa voix est normalement forte, modulée par les émotions.

Il n'existe aucune difficulté cognitive. L'attention, la concentration et la mémoire fonctionnent correctement. L'assurée est certes une personne simple, mais non dépourvue d'intelligence. Pour toutes les réponses, les différentes thématiques abordées, les réactions, les données anamnestiques et les descriptions passablement différenciées de l'assurée, nous ne retenons aucun problème significatif et pas de "déficience mentale". Par ailleurs, **les informations quant à son fonctionnement dans la réalité contredisent cette vision des choses** (fait les paiements, assume les activités de maman de jour, s'occupe de ses enfants, conduit occasionnellement, etc...).

L'assurée n'est pas particulièrement fatiguée et ne fatigue pas durant l'examen.

Il n'y a pas de trouble formel de la pensée.

Sur le plan affectif, l'assurée est en très grande partie normothymique. Elle a une expression dominante neutre, parfois terne, à

quelques moments proche des larmes, ceci lorsqu'elle évoque ses limitations énergétiques et douloureuses. L'énergie vitale est maintenue. Il existe un certain périmètre d'intérêts et d'ouvertures.

Il n'y a pas d'anxiété significative, pas de symptômes neurovégétatifs.

Par passages, il demeure des émotions colériques; à ce moment-là la voix, l'expression corporelle s'intensifient.

La personnalité est compensée. Il y a une notion immuable que la situation psychophysique n'a en rien changé et que l'intensité des douleurs est toujours handicapante.

En résumé, nous avons vu lors de ce deuxième examen, une femme peu changée, très fortement et subjectivement marquée par l'intensité des douleurs dorsales, dans une souffrance psychique associée, fluctuante, mais pas dans une atteinte psychiatrique majeure, en particulier pas dans une problématique dépressive clinique.

Tout le long de notre examen, nous avons vérifié auprès de l'assurée si nos reformulations correspondaient à ce qu'elle voulait exprimer. A la fin nous avons vérifié si elle s'est sentie comprise et ne désirait rien rajouter.

[...]

VI. Discussion:

Il s'agit d'une situation que nous avons déjà examinée fin 2007. De nouveaux documents auxquels nous n'avons pas accès à l'époque sont susceptibles d'influencer notre appréciation antérieure.

Rappelons brièvement qu'il s'agit d'une femme de maintenant 42 ans, originaire de Saint-Domingue, de formation secrétaire, insérée dans différentes entreprises de son pays, ensuite, lorsqu'elle est venue en Suisse en 1993, active surtout en tant que coiffeuse, vendant le télémarketing et en tant que vendeuse dans différentes boutiques. Touchée par une voiture de police à basse vitesse, sur un passage piéton, elle s'est trouvée sur le capot, ensuite par terre. Elle a été hospitalisée pour fracture d'apophyse vertébrale et a dès lors développé un syndrome de douleurs en vigueur jusqu'à aujourd'hui, circonscrit avec un rayonnement type sciatique dans ses deux jambes et une forte souffrance subjective. Tous les efforts thérapeutiques sur ce plan se sont révélés peu efficaces. Dans l'évocation spontanée même d'aujourd'hui, la problématique est tout à fait centrale et l'assurée situe explicitement et à répétition sa souffrance psychique dépendante de son état douloureux.

Au mois de janvier 2006, le Dr H. _____ a livré une expertise rhumatologique qui est sans équivoque. Il décrit déjà un important décalage entre la souffrance subjective et la réalité anatomopathologique. Il a conclu aux diagnostics de lombalgie chronique non spécifique et fractures d'apophyse transverses. Il fait la remarque que le reconditionnement préconisé par les médecins n'a pas été appliqué.

Selon ce spécialiste, les séquelles de l'accident auraient dû prendre théoriquement fin en janvier 2006 mais de toute façon, lors de la date de l'expertise, il n'y avait plus d'influence sur ce plan.

Sans aucun positionnement contradictoire, l'assurée souffre donc jusqu'à aujourd'hui de lombalgies chroniques non spécifiées.

Très peu de temps avant notre expertise livrée janvier 2008, l'assurée a été examinée par le Dr A._____. Ce rapport pose plusieurs questions de contenu, méthodologique et de conclusion.

Tout d'abord, le test d'intelligence retient, avec le chiffre QI 61, la notion d'une "déficience mentale" avec "graves troubles de la préhension de la réalité". Nous ne pouvons pas suivre ce raisonnement car l'assurée, dans la réalité pratique, dans sa biographie écrite et manifeste, ne montre pas de dysfonctionnement si grave et ni de ce type. Peut-être ceci est-il lié à la construction des tests WAIS, peut-être à leur interprétation, mais le fait que l'assurée

- a réussi son émigration,
- a réussi un vie conjugale pendant plusieurs années,
- a réussi l'éducation et l'encadrement corrects de ses deux enfants,
- est admise officiellement par le Service des "mamans de jour" du canton de Vaud (contrôles stricts) et investie pour deux enfants à charge pendant 4 jours par semaine,
- assume seule sa vie depuis la séparation, incluses toutes les tâches y relatives (paiements, administratives diverses, etc...),
- a assumé pendant plusieurs années des activités professionnelles dans le télémarketing, en tant que coiffeuse et vendeuse de boutique,

contredit très largement la notion de "déficience" et "dysfonctionnement" dans la réalité.

Il est vrai que, contrairement à l'expert cité et les remarques de l'avocat de Mme X._____, nous avons une approche beaucoup plus centrée sur l'observation de la réalité et non sur la vie intrapsychique transmise aux interlocuteurs. Ceci est davantage le travail du médecin psychothérapeute (ce que nous sommes aussi), mais est peu applicable et peu utile en expertise médicale. Il s'agit dans ce type de travail d'être le plus possible objectif, observateur et étudier la cohérence entre les notions subjectives et objectives.

Pour ces mêmes raisons, nous relativisons très fortement la portée des tests projectifs en expertise médicale (ici TAT et Rorschach); les approches sont utiles pour capter le fonctionnement intrapsychique, les défenses, etc..., mais très sensibles aussi à l'interprétation. Nous ne sommes pas seuls à penser ainsi, un assez grand nombre de centres d'expertises médicales et de confrères experts ont renoncé ces dernières années à utiliser ce type de test.

Dans le chapitre "observations" de l'expert Dr A._____ (pages 5 et 6), nous nous trouvons dans une importante dominance des notions subjectives, voire issues des énoncés de l'assurée. On trouve ici un grand nombre de phrases qui commencent avec "*elle décrit..., elle se plaint..., elle ne se plaint pas..., elle dit..., elle décrit..., elle nous explique..., elle signale..., elle se sent..., elle ne se sent pas...,*".

Ceci est contraire à notre approche et compréhension où, dans le status psychiatrique proprement dit, il faut retenir les observations dans le sens stricto sensu. Toutes les notions citées ci-dessus doivent être intégrées dans le chapitre plaintes. Ainsi on constate que les données objectives de l'expert A._____ sont très maigres et, visiblement, il se trouve en conclusion dans une difficulté d'affirmation car deux de ses diagnostics sont apostrophés avec des points d'interrogation.

Il s'agit ici notamment des notions de dysthymie et d'un état anxieux dépressif mixte. Si nous faisons abstraction de l'incertitude de l'expert, on peut retenir que les deux notions appartiennent à une catégorie "inférieure" à la notion d'un état dépressif clinique et proprement dit. **Indirectement, les deux diagnostics mentionnés confirment notre propre appréciation** où nous avons décrit, sur base décrite CIM-10, "il ressort avec affirmation que l'assurée n'est nullement dans un tel registre (de dépression clinique) et que des éventuelles tendances dysthymiques ne peuvent pas être retenues comme une pathologie à part".

Le Dr A. _____ argumente ensuite avec le diagnostic d'un état de stress post-traumatique (F43.1) mais il ne discute pas du tout que les symptômes ont été décrits après plusieurs mois de distance à l'événement même, d'une manière atypique et plus tellement en vigueur au moment de l'examen. L'expert décrit dans les énoncés quelques rêves avec contenu de l'accident mais il infirme explicitement un impact majeur de ce problème en réponse à la question 7 de l'expertise.

Pour clarifier ce point, il est nécessaire de rappeler les critères pour un état de détresse post-traumatique:

Etat de stress post-traumatique (F 43.1)

selon OMS, critères pour la recherche (Classification internationale, Masson 1994)

CRITERE		OBSERVATIONS pour la personne en question (pour la période 2008)
A	Confrontation - brève ou prolongée - à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçante ou catastrophique, qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.	Notion ici à la limite admissible
B	Le facteur de stress est constamment remémoré ou "revécu", comme en témoigne la présence de reviviscences envahissantes ("flashbacks"), de souvenirs intenses, de rêves répétitifs, ou d'un sentiment de détresse quand le sujet est exposé à des situations ressemblant au facteur de stress ou associées à ce dernier.	Ce n'était plus le cas
C	Evitement ou tendance à l'évitement - non présents avant la confrontation au facteur de stress - de situations ressemblant au facteur de stress ou associés à ce dernier.	Evitement uniquement de l'endroit précis de l'accident, pas d'évitement général ou insécurité globale
D	Soit 1 soit 2	
1	Incapacité, partielle ou complète, à se rappeler des aspects importants de la période d'exposition au facteur de stress	Non
2	Présence de symptômes persistants traduisant une hypersensibilité psychique et une hypervigilance (non présente avant exposition), comme en témoigne la présence de deux des manifestations suivantes: a. Difficulté d'endormissement ou du maintien du sommeil b. Irritabilité ou accès de colère c. Difficultés de concentration d. Hypervigilance e. Réaction de sursaut exagérée	a. plus présente b. mentionnée en lien avec douleurs c. non observée d. non e. non
E	Survenue des critères B, C et D dans les six mois	Non selon le dossier

	suyvant l'éuénement stressant ou la fin d'une période de stress.	
Pondération, conclusion: Critères insuffisants pour diagnostic		

Avec l'aide de cet outil, nous infirmons donc, comme déjà en 2008, l'existence clinique d'un tel état.

Remarquons dans ce contexte que dans la plus grande partie des cas, un chemin vers la résorption se fait après le traumatisme. Rares sont les situations qui durent au-delà de 6 mois ou une année et, à ce moment-là, les règles diagnostiques imposent de penser à un diagnostic de type "durable" par exemple sous forme de "modification" de la personnalité après expérience de catastrophe.

Or, dans ce cas, il y a plusieurs éléments qui ne sont pas typiques, la dramatique de l'accident était plutôt d'intensité légère à moyenne et il n'y a nullement la notion d'une modification de personnalité. D'ailleurs, le Dr A. _____ n'a pas retenu cette variante.

En ce qui concerne les diagnostics posés d'un trouble de la personnalité, nous auons aussi des réserves à émettre: ces termes diagnostiques sous-entendent une déuiation séuère du mode de fonctionnement de la personnalité dans différents secteurs de la personnalité et différentes réalités Elle doit être profondément enracinée, amenée à des dysfonctionnements diuers et exister depuis l'adolescence ou le jeune âge adulte. Les critères sont ici les suivants:

Troubles de la personnalité (F 60)

Critères pour déterminer un trouble de la personnalité ayant valeur de maladie (différencié des troubles de la personnalité désignant un type de (dys-)fonctionnement sans valeur de maladie); selon OMS, descriptions cliniques et critères pour la recherche (Classification..., Masson 1994) et notre pratique et connaissances cliniques.

CRITERE	DEFINITION	OBSERVATIONS pour la personne en question
G1	Déuiation extrême ou significative des perceptions, pensées ou conduites par rapport à des attitudes culturellement attendues et acceptées (normes) Manifestation dans au moins deux des domaines suivants: (1) Cognitions (2) Affectiuité (3) Contrôle impulsion et satisfaction des besoins (4) Interaction avec les autres	Non Non Non (les moments d'éneruement sont liés à l'épuisement et les douleurs ressenties) Non
G2	La déuiation doit être profondément enracinée et se manifester par une conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle lors de situations personnelles et sociales très variées	Ce n'est pas le cas
G3	Souffrance personnelle ou impact nuisible sur environnement social ou les deux lié à déuiation définie en G2	Forte souffrance personnelle
G4	Indices que déuiation stable et durable ayant débuté fin de l'enfance ou adolescence (persistance à l'âge adulte)	Non
G5	La déuiation ne peut pas se réduire à	Cadue

	manifestation/ conséquence d'autres troubles mentaux de l'adulte	
G6	Maladie, lésion ou dysfonctionnement cerveau exclus comme cause possible de la déviation	Caducue
Critères annexes	Dégradation du fonctionnement professionnel ou social en lien avec la déviation	Non
	Identité perturbée	Non
	Hospitalisation en lien avec déviation	Non
	Démêlés avec la justice et infractions en lien avec la problématique	Non
	Diminution de la responsabilité civile et de la conduite en tant que citoyen (évt. curatelle, tutelle)	Non

Nous retenons donc qu'il n'y a dans ce cas ni un trouble de la personnalité dans le sens clinique et défini du terme, ni une modification de personnalité comme discuté auparavant.

Nous avons discuté dans notre expertise de 2008 plusieurs possibilités de diagnostics psychiatriques mais, pour les raisons expliquées et un raisonnement médico psychiatrique mené, nous les avons exclues pour la situation en question. Ceci était essentiellement aussi le cas car le status psychiatrique proprement dit et très largement documenté, ne retenait pas des éléments psychopathologiques significatifs, cumulés ou majeurs.

Nous nous sommes trouvés aujourd'hui, décembre 2009, dans une situation quasi identique. Actuellement, l'assurée ne prend plus aucun antidépresseur, elle était dans un très fort mécontentement au début de l'examen, lié au choix de l'expert, mais ensuite collaborante, spontanée, directe, explicite et expressive. A nouveau, nous n'avons retenu aucun trouble cognitif majeur, pas de réduction énergétique significative et une femme normothymique.

Elle était certes terne, avec quelques expressions dysphoriques, aussi en larmes lorsqu'elle était touchée par des éléments particuliers de sa vie. Aucun élément ne nous a invité à retenir une altération thymique majeure et significative. Ceci correspond d'ailleurs à l'auto-appréciation de l'assurée qui se voit essentiellement affectée par son syndrome douloureux et indirectement souffrante de sa situation globale. Interviennent ici aussi les facteurs extra-médicaux que nous avons déjà mentionnés en 2008.

Si nous faisons la synthèse entre les appréciations du Dr A. _____ et de nous-mêmes, on peut retenir ceci:

1. l'état dysthymique/dépressif anxieux léger n'a pas conduit à une incapacité de travail chez le Dr A. _____, nous avons parlé de tendances dysthymiques, mais pas pu les retenir comme diagnostic à part. Les conclusions pour l'incapacité de travail sont **identiques**.
2. Pour ce qui concerne le diagnostic d'un état de stress post-traumatique, nous ne l'avons pas retenu pour les raisons expliquées et de ce fait pas retenu une incapacité de travail y liée. Pour le Dr A. _____ cet état était déjà en décours.
3. Il est de même pour le trouble de la personnalité que le confrère a retenu: là aussi, il a appliqué un barème dégressif pour son impact sur sa capacité de travail de la sorte qu'au 1^{er} janvier 2009, il n'y a plus d'incapacité de travail. Pour notre part, pour les raisons expliquées, nous n'avons pas retenu: ni la notion d'une modification de la personnalité, ni de troubles de personnalité significatifs.

VII. Diagnostic et conclusions:

Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous retenons sur le plan diagnostique psychiatrique actuellement

Aucun diagnostic

Nous nous sommes posés la question de savoir dans quelle mesure le diagnostic de F59 (syndromes comportementaux non spécifiés associés à des perturbations physiologiques ou des facteurs physiques) était applicable. On peut trouver des arguments en faveur de ce diagnostic qui reste cependant secondaire.

De toute façon, ceci ne change rien dans les conséquences: si on appliquait le diagnostic F59, l'incapacité de travail sur le plan psychique ne sera en aucun cas supérieure à ce qui est et sera retenu sur le plan physique.

Nous constatons aussi qu'entre 2008 et 2009, l'assurée a gagné en fonctionnalité sur plusieurs registres. Nous avons conscience que ceci ne correspond absolument pas à l'auto-appréciation où l'assurée est subjectivement dans une forte souffrance et un sentiment d'épuisement.

Suite à votre demande explicite, nous prenons position par rapport aux critiques formulées à notre première expertise de la part de l'avocat de l'assurée, Me I. Wettstein (dans sa lettre du 27.11.2008).

1. Nombre des entretiens avec l'assurée: très souvent nous avons un entretien physique et des entretiens téléphoniques avec les assurés. De ce fait figure (admettons que de façon pas très précise) dans l'introduction, la notion d'entretiens au pluriel.
2. Il n'existe aucune précision juridique ni décision de tribunal qui dit qu'un seul entretien est insuffisant. C'est la qualité d'écoute, l'intensité de l'entretien et plusieurs autres facteurs qui donnent la consistance, densité et la validité à l'expertise. Nous nous réservons systématiquement jusqu'à 3 heures d'entretien d'affilées, ce qui est souvent l'équivalent de 3 heures d'entretien de 45 minutes. Ceci teste d'ailleurs indirectement la résistance de l'expertisé(e).
3. Dans le cas de Mme Menal, la quantité des informations recueillies contredit déjà en soi l'allégation d'insuffisance de l'avocat. Rappelons que l'expertise a tout de même 25 pages.
4. Orthographe du prénom: [...] à la place de [...]. Remarque admise. Mais à savoir que dans le courrier que nous avons reçu de la part de l'Al (mandat), il était bien écrit " [...]".
5. Psychanalyste à la place d'analyste en laboratoire pour une des sœurs: remarque admise; rappelons que l'assurée parle, comme le dit aussi d'ailleurs le Dr A. _____, avec un fort accent, assez vite et que plusieurs de ses notions n'étaient pas toujours bien et immédiatement compréhensibles.
6. Arrivée en Suisse: Mme X. _____ nous a mentionné son arrivée en Suisse ensemble avec la notion d'un travail chez sa cousine et le mariage dans la même année, 1993, d'où l'éventuelle juxtaposition.
7. Travail en Suisse: l'assurée nous a bien mentionné d'avoir travaillé plusieurs années en tant que vendeuse dans une boutique avant la boutique " [...]". Rappelons ici que toutes les informations dans les chapitres "anamnèse" sont issues des énoncés et descriptions de l'assurée. Le fait qu'elle n'était pas précise ne peut être utilisé comme argument.
8. Activité en tant que maman de jour: l'assurée ne nous pas donné les précisions mentionnées.

9. Traitement par infirmière: il est juste que l'assurée a dit que je vais chez l'infirmière et pas l'inverse.
10. Modification du comportement: l'assurée a bien décrit son irritabilité, la nervosité accrue, ce que nous avons aussi mentionné. Mais elle nous a dit qu'elle est "restée la même toutes les années".
11. Thématique dépression: nous avons exactement transcrit ce que l'assurée nous a dit.
12. Rapport de la Dresse G. _____ du 04.10.2006: nous avons correctement cité l'incapacité de travail entre décembre 2003 et décembre 2008 mais pas précisé que ceci est en tant que vendeuse puisque, plus tard, nous avons décrit une capacité de travail de 30% était admise en tant que "maman de jour".
13. Trittico avec un T à la place de TT: erreur admise.
14. Résultats insuffisants dans le dosage de Trittico: la demi-vie de la substance est de 6,6 heures. L'assurée nous a affirmé prendre régulièrement 3 cps tous les soirs. Le résultat objectif ne correspondait absolument pas à cette prise annoncée, les critiques formulées sont caduques.
15. Critiques à l'utilisation du système AMDP, EDR, échelle CIM-10. L'avocat montre ici une méconnaissance de la différence d'approche entre un médecin traitant et un médecin expert. Le fort du Dr A. _____ était effectivement d'amener une compréhension détaillée du passé, de l'histoire familiale, personnelle et intrapsychique de l'assurée mais, le passé n'a que peu d'impact (ou que sous certaines conditions) pour le présent ou le futur. En expertise médicale (somatique ou psychiatrique) des outils sont nécessaires pour cerner le maximum possible, objectivement l'état d'une personne. Il y a pour notre domaine des difficultés particulières, nous n'avons par exemple pas, comme nos confrères somaticiens, des mensurations à disposition pour cerner l'état objectif. De ce fait, des outils supplémentaires sont indispensables pour réduire la marge d'interprétation subjective. Nous avons déjà fait des remarques par rapport aux tests projectifs qui sont de moins en moins utilisés en expertise psychiatrique.
16. Les 20 dernières années l'évolution en psychiatrie est allée vers une approche beaucoup plus descriptive et chaque diagnostic sous-entend des critères spécifiques. Ici l'approche américaine DSM n'est pas différente de la CIM, ce dernier code étant choisi pour la Suisse par des directeurs sanitaires comme base. Ce code a été affiné dans les critères avec une variante "pour la recherche", ce qui intervient dans les grilles que nous utilisons de temps à autre. Il ne s'agit donc pas du tout d'un choix arbitraire, mais de la base scientifique actuellement reconnue et un outil qui réduit le plus possible (un 100% n'est jamais possible) la marge de subjectivité. Cette base représente le consensus mondial actuel.
17. Dans le même ordre d'idées, comme déjà écrit précédemment, les éléments du fonctionnement dans la réalité jouent un rôle nettement plus important que les visions subjectives et les plaintes".

Dans un avis du 1^{er} février 2010, la Dresse M. _____ du SMR a relevé que le complément d'expertise du Dr S. _____ confirmait l'absence de psychopathologie chez l'assurée et prenait clairement position par rapport à l'appréciation du Dr A. _____, qui avait été soumise à l'expert à cette occasion. La Dresse M. _____ proposait dès

lors de suivre les conclusions de cette expertise, qu'elle jugeait étayée et convaincante.

Le 20 avril 2010, l'OAI a communiqué à l'assurée un nouveau projet de décision, annulant et remplaçant celui du 2 octobre 2008, dont la teneur était la suivante:

"Après examen de votre dossier et suite à l'analyse médicale et économique de votre situation, nous constatons que depuis votre accident survenu le 11 décembre 2003 (début du délai d'attente d'un an), vous rencontrez des difficultés à effectuer vos travaux ménagers.

Après avoir travaillé à 50% dans une boulangerie industrielle de novembre 1997 à décembre 2001, vous avez donné votre congé car vous aviez des difficultés pour garder vos enfants. Par la suite, vous avez travaillé à temps partiel dans la vente par téléphone en 2002 puis en 2003 comme vendeuse dans une boutique. Vous avez également cessé cette activité pour vous consacrer à 100% à l'éducation de vos enfants et à votre ménage. Nous vous avons donc considérée comme ménagère à 100% jusqu'au mois d'août 2005. En effet, dès cette date, nous devons admettre un changement de statut et vous considérer comme active à 100% en raison de la séparation d'avec votre mari.

Sur base de l'enquête effectuée à votre domicile, nous constatons que l'importance de vos empêchements ménagers atteint 4,4% jusqu'en août 2005.

Afin de déterminer la capacité de travail exigible dans vos activités habituelles (de ménagère et vendeuse) et dans une activité adaptée à votre état de santé, le Service médical régional AI a estimé qu'une expertise psychiatrique était indispensable.

Vous avez été convoquée par le Dr S. _____, spécialiste FMH en psychiatrie, à Yverdon. Dans son rapport du 21 janvier 2008 ainsi que son complément d'expertise du 12 décembre 2009, le Dr S. _____ ne retient aucune pathologie psychiatrique pouvant justifier une incapacité de travail.

Nous tenons à relever que l'expertise du Dr S. _____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

Sur la base des informations médicales en notre possession, le Service médical régional AI (SMR) admet que votre capacité de travail était nulle dès la date de votre accident, soit le 11 décembre 2003 jusqu'au 31 janvier 2006. Dès cette date, le SMR estime que votre capacité de travail dans votre activité de vendeuse est de 80% et de 100% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10kg, pas de porte-à-faux, alternance de positions assise et debout).

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas - comme c'est votre cas - 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 [...]. On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale.

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 2006 (année d'ouverture du droit à la rente [...]), CHF 4'116.00 par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4).

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 2006 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'280.64 (CHF 4'116.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'367.68.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% [...].

Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 46'230.91.

Selon une jurisprudence du Tribunal Fédéral [...], lorsque l'assuré a exercé différentes activités à des taux irréguliers et pour des durées limitées, il est admissible d'utiliser les gains selon l'enquête sur la structure des salaires de l'Office Fédéral de la Statistique pour estimer le revenu sans invalidité. Dès lors, ce dernier s'élève donc à CHF 51'367.68.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité	CHF	51'367.68
avec invalidité	CHF	46'230.91
La perte de gain s'élève à	CHF	5'136.77 = un degré d'invalidité de 10%

Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Notre décision est par conséquent la suivante:

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 11 décembre 2004, vos empêchements ménagers n'atteignent que 4,4%. Le droit à la rente n'est donc pas ouvert.

Toutefois, à partir du mois d'août 2005, suite à votre changement de statut (de ménagère à 100%, nous avons admis de vous considérer comme active à 100% en raison de votre séparation), nous vous reconnaissons le droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 avril 2006.

Par conséquent, dès le 1^{er} août 2005, vous avez droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 avril 2006 (soit après 3 mois d'amélioration depuis le 31 janvier 2006)."

Interpellé par l'assurée, l'OAI lui a fait savoir, le 2 juillet 2010, que son statut de ménagère avait été établi sur la base de l'enquête économique sur le ménage et que selon l'extrait de son compte individuel, elle n'avait pas eu d'activité déclarée entre 2003 et 2007.

Le 20 décembre 2011, l'OAI a rendu une décision confirmant intégralement son projet du 20 avril 2010.

B. Par acte de son conseil du 1^{er} février 2012, X._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales, en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 11 décembre 2004. En substance, elle conteste devoir être considérée comme ménagère pour la période antérieure au 1^{er} août 2005, faisant valoir que, sans problème de santé, elle aurait repris une activité professionnelle dès le mois de décembre 2004. Dans un autre moyen, elle soutient que, sur le plan somatique, l'OAI aurait dû tenir compte de la reprise d'activité par paliers suggérée par le Dr H._____. Elle ajoute que ce médecin se place sous l'angle de l'analyse du rapport de causalité avec l'accident de décembre 2003, sans intégrer la problématique psychiatrique. A ce niveau, elle soutient que seule l'expertise du Dr A._____ est probante, et non celle du Dr S._____, lequel admet au demeurant ne pas pouvoir se prononcer sur la période antérieure à son examen. Elle en déduit que son incapacité de travail a perduré au-delà du 1^{er} mai 2006 et que l'octroi d'une rente entière est justifié. A l'appui de son recours, la recourante produit un onglet de pièces sous bordereau, qui comprend en particulier une attestation du 31 janvier 2007, selon laquelle elle a travaillé durant toute l'année 2003 comme maman de jour pour deux enfants nés en 1996 et 1997, pour un salaire mensuel de 1'000 francs. Elle produit également un complément d'expertise du Dr A._____ du 15 mai 2008, dans lequel ce médecin indique avoir donné une appréciation de l'influence de l'accident de décembre 2003 concernant de manière globale les activités tant

professionnelles que ménagères de l'assurée. Cette dernière joint encore un rapport du 30 mars 2010 du Dr N._____, médecin praticien, qui pose les diagnostics de lombalgies post-traumatiques et de douleurs lombaires invalidantes avec quelques répercussions névralgiques, et atteste une capacité de travail de 20 à 50% uniquement dans certaines activités sans efforts physiques, précisant que la recourante a de la difficulté à se déplacer, porter de lourdes charges, plier les genoux, se pencher en avant et travailler en plusieurs positions. Ce médecin ajoute que sa patiente souffre d'une discopathie dégénérative et d'une arthrose étagée L3 à S1, pathologie aggravée par l'événement traumatique. La recourante produit enfin un rapport du 15 février 2010 du Dr C._____ à son avocate, selon lequel une IRM lombaire du 17 décembre 2009 a mis en évidence une discopathie dégénérative moyennement avancée au niveau L4-L5 et L5-S1 avec protrusion médiane des disques concernés, les autres disques lombaires étant de signal et morphologie normaux. Le Dr C._____ note également une diminution des diamètres du canal lombaire de type constitutionnel sur les deux derniers espaces lombaires ainsi qu'une discrète arthrose facettaire étagée depuis L3 jusqu'à S1, le reste du status étant dans la norme.

Dans sa réponse du 8 mars 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Il joint à son envoi un avis du Dr [...] du SMR du 1^{er} mars 2012, pour lequel les rapport des Drs N._____ et C._____ produits en recours n'apportent pas d'éléments nouveaux susceptibles de remettre en cause la position de l'intimé.

Le 16 mai 2012, la recourante a encore produit un certificat médical du 30 avril 2012 du Dr N._____, faisant état d'une incapacité de travail de 50% pour une période indéterminée et d'une IRM du mois d'août 2011 attestant une légère aggravation de la situation.

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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme.

b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) 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 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2006, singulièrement sur le point de savoir si les pièces médicales au dossier permettaient de conclure à une amélioration de l'état de santé de la recourante justifiant la suppression de la rente servie depuis le 1^{er} août 2005, ainsi que sur la question du statut de la recourante pour la période antérieure à cette date.

3. a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 136 V 24 consid. 4.3; TF 9C_285/2012 du 31 août 2012 consid. 5.1).

b) Par conséquent, le droit à une rente AI doit être examiné, après le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (cf. ATF 130 V 448, spéc. p. 455; cf. également ATF 130 V 329).

En tout état de cause, les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées jusqu'alors par la jurisprudence (cf. ATF 130 V 343 consid. 2 à 3.6). De même, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité que ce soit sous l'empire de la 4^{ème} révision de la LAI (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4; TFA I 404/05 du 19 septembre 2006 consid. 3) ou de la 5^{ème} révision de cette loi (cf. TF 8C_373/2008 du 28 août 2008 consid. 2.1).

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 et

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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. Depuis le 1^{er} janvier 2004, 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, et art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2008).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et

s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - 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. 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; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). 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 exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3a).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les références).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés

dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

d) Selon la jurisprudence (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (correspondant à l'ancien art. 41 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413, confirmé in: ATF 131 V 164).

5. a) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte –, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1).

Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI, en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour cent et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1; TF 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.1 et les références citées).

Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA, 5 al. 1 LAI et 27 RAI; cf. TF 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.2). Par travaux habituels, il faut notamment entendre

l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1.2).

Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI, en corrélation avec l'art. 27bis RAI; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1.3; TF 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.3).

b) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334

consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.2).

c) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1; TF 9C_716/2012 du 11 avril 2013 consid. 4.2 et les références citées).

6. a) En l'espèce, l'OAI a accordé à la recourante une rente limitée dans le temps, soit du 1^{er} août 2005 au 30 avril 2006, le droit à la prestation étant au surplus nié pour la période courant dès le 1^{er} mai 2006.

b) S'agissant du droit à la rente pour la période antérieure au 1^{er} août 2005, la recourante fait valoir que c'est à tort que l'OAI a retenu un statut de ménagère à 100% et appliqué la méthode spécifique au calcul du droit à la rente. Elle soutient qu'elle aurait repris une activité professionnelle dès décembre 2004 si elle avait été en bonne santé.

La recourante ne peut toutefois être suivie: il ressort en effet du rapport de la Dresse T. _____ du 14 avril 2005 qu'elle a travaillé dans une boutique à 80% jusqu'à sa deuxième grossesse et a été ensuite femme au foyer. Selon le rapport du Dr H. _____ du 31 janvier 2006,

l'assurée avait décidé, en 2002, de cesser son activité professionnelle pour mieux s'occuper de sa fille, projetant une reprise d'activité une fois celle-ci scolarisée. Cette affirmation est en tout point similaire à celle faite à l'enquêtrice à l'occasion de l'enquête économique sur le ménage du 16 novembre 2006. Dans ce cadre, l'assurée a en effet expliqué avoir interrompu son activité de vendeuse dans une boutique de vêtements au motif que sa fille de trois ans était malade chaque fois qu'elle devait aller chez la maman de jour. Dans ces conditions, l'enquêtrice a retenu un statut de ménagère à 100% jusqu'en août 2005, soit la date à compter de laquelle sa fille avait été scolarisée. L'assurée elle-même a indiqué à l'appui de sa demande de prestations du 30 janvier 2006 ne pas avoir eu de travail durant les trois dernières années et son extrait de compte individuel ne comporte pas d'inscription ultérieure au mois de décembre 2002. La seule production d'une attestation selon laquelle elle se serait occupée d'enfants durant l'année 2003, à un taux qu'elle estime de l'ordre de 60%, ne suffit dès lors pas à remettre en cause le statut de ménagère à 100% retenu par l'intimé pour la période antérieure à août 2005.

Il résulte de ce qui précède que l'OAI était fondé, pour la période antérieure au 1^{er} août 2005, à arrêter le taux d'invalidité de la recourante en se basant sur la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (cf. supra, consid. 5a et b). A cet égard, l'enquête ménagère a permis d'établir que les empêchements au plan ménager ne s'élevaient qu'à 4,4 pour cent. Dans la mesure où le rapport d'enquête a été élaboré par une personne qualifiée, qui s'est déplacée au domicile de l'assurée et avait connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des diagnostics posés, qu'il tient en outre compte des indications données par l'intéressée et présente un contenu plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée, en particulier en ce qui concerne les limitations, il constitue une base fiable d'appréciation (cf. supra, consid. 5c).

La décision attaquée doit dès lors être confirmée en tant qu'elle retient une ouverture du droit à la rente le 1^{er} août 2005, dans la mesure où, du 11 décembre 2004 (date de l'ouverture du droit à la rente,

cf. art. 29 LAI) au 31 juillet 2005, les empêchements ménagers, évalués à 4,4%, étaient insuffisants pour ouvrir un droit à la rente.

7. a) Est encore litigieuse la suppression de la rente à compter du 30 avril 2006, étant précisé qu'il n'est pas contesté qu'à compter du 1^{er} août 2005, la recourante doit être considérée comme active à 100% et que le changement de statut a conduit l'OAI à lui reconnaître le droit à une rente entière jusqu'au 30 avril 2006.

L'OAI a fondé sa position sur le rapport du Dr H._____, d'une part, ainsi que sur ceux du Dr S._____, d'autre part, retenant une amélioration de l'état de santé de la recourante survenue trois mois plus tôt (cf. art. 88a al. 1 RAI), soit au 31 janvier 2006, et lui ayant permis de recouvrer une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, respectivement de 80% dans son ancienne activité de vendeuse. Cette appréciation est critiquée par la recourante, qui conteste en substance l'appréciation du Dr S._____ et soutient que son incapacité a perduré au-delà du 31 janvier 2006.

b) Il convient en premier lieu d'analyser la situation de la recourante sur le plan somatique. A cet égard, il est constant que celle-ci a présenté une incapacité de travail totale à la suite de l'événement du 11 décembre 2003.

Dans son rapport du 14 avril 2005, la Dresse T._____ a posé les diagnostics de lombalgies mécaniques persistantes et de status après fractures des apophyses transverses L2 et L3 droites le 11 décembre 2003. Elle a relevé que la recourante ne présentait pas de trouble significatif quant à la statique rachidienne. Elle a ajouté qu'elle avait tenté de rassurer sa patiente en lui précisant que moyennant reprise d'une activité sportive régulière, la situation devrait progressivement s'améliorer. L'assurée a ensuite été examinée, en décembre 2005, par le Dr H._____. Ce dernier a posé les mêmes diagnostics que ceux retenus par la Dresse T._____, à savoir ceux de lombalgies chroniques non spécifiques et de fractures des apophyses transverses L2 et L3 à droite

traumatiques le 11 décembre 2003. Il a estimé que si l'étiologie des lombalgies était dans un premier temps attribuable au traumatisme accidentel survenu à cette date, leur persistance n'était plus explicable aujourd'hui selon un modèle biomédical seul, étant admis que dans les cas des lombalgies chroniques, les phénomènes psychosociaux prenaient une part prépondérante. Ainsi, le Dr H. _____ a retenu que d'un point de vue objectif, il n'y avait actuellement plus de séquelles démontrables de l'accident du 11 décembre 2003, relevant encore que d'un point de vue ostéo-articulaire anatomique, la guérison avait suivi un cours normal. Il en déduisait dès lors que d'un point de vue rhumatologique seul, il n'y avait actuellement pas d'incapacité de travail pour les activités légères ne nécessitant pas de mouvements de flexion/extension répétitifs du tronc, de port de charges supérieures à 15kg et de mouvements répétitifs en porte-à-faux. Il estimait toutefois que vu la longue période d'inactivité, il serait souhaitable que la recourante puisse bénéficier d'une période de réentraînement au travail, avec un pourcentage débutant à 20%, augmenté graduellement de 20% tous les deux mois, jusqu'à une capacité de travail complète au plus tard huit mois après. Dans l'activité de vendeuse, le Dr H. _____ a évalué la capacité de travail à 80 pour cent. Cette appréciation n'est pas contredite par celle du Dr N. _____ du 30 mars 2010: ce médecin pose également le diagnostic de lombalgies. Il fait en outre mention d'une discopathie dégénérative et d'une arthrose étagée L3-S1, ce dont le Dr H. _____ avait également connaissance. Quant aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr N. _____ (difficultés à se déplacer, porter de lourdes charges, plier les genoux, se pencher en avant, travailler dans plusieurs positions), elles sont sans divergence avec celles retenue par le SMR (pas de port de charges de plus de 10kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions assise et debout). Finalement, seule l'appréciation de la capacité de travail diffère. Toutefois le Dr N. _____ n'explique pas pour quelles raisons il estime la capacité de travail de sa patiente entre 20 et 50 pour cent. Quant au rapport du Dr C. _____ du 15 février 2010, il s'appuie sur un rapport d'IRM lombaire du 17 décembre 2009 faisant état d'une discopathie dégénérative moyennement avancée au niveau L4-L5 et L5-S1, sans signe de hernie discale. Or, ces lésions

étaient déjà décrites dans le rapport d'IRM lombaire du 8 octobre 2004 cité par le Dr H._____.

Le Dr H._____ a rédigé son rapport après avoir examiné la recourante, pris soin de relever ses plaintes, et a tenu compte de l'ensemble des éléments au dossier. Les conclusions de son rapport du 31 janvier 2006 sont claires et motivées, et son contenu dénué de contradiction. Son rapport d'expertise doit dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante. Dans la mesure où ce médecin reconnaît à la recourante une capacité de travail de 20% à la date de l'expertise, augmentée tous les deux mois de 20% pour atteindre 100% en août 2006, on en tiendra donc compte dans le cadre de la détermination du taux d'invalidité (cf. infra, consid. 8). Quant au grief selon lequel le Dr H._____ se serait placé sous l'angle de l'analyse du rapport de causalité avec l'accident de décembre 2003, sans intégrer la problématique psychiatrique, il doit être rejeté: l'expert a procédé à un examen complet de la recourante au plan somatique. Il a toutefois relevé qu'il convenait de l'adresser à un psychiatre, afin que ce dernier détermine si la patiente présente une affection psychiatrique. Le Dr H._____, qui est rhumatologue, n'avait pas à procéder à l'analyse de la situation de l'assurée au plan psychique. On relèvera encore que l'OAI a du reste complété l'instruction du cas par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

c) Il convient ensuite d'examiner la situation de la recourante au niveau psychiatrique. Dans ce contexte, l'intéressée a été examinée par les Drs S._____ et A._____.

Dans un rapport du 4 octobre 2006 à l'OAI, la Dresse G._____ a diagnostiqué un état de stress post-traumatique et un syndrome douloureux chronique lombo-sacré post-traumatique existant depuis 2003. Elle a retenu une incapacité de travail totale de décembre 2003 à décembre 2008 comme vendeuse, et une capacité de travail de 30% comme maman de jour.

Le Dr A._____ a retenu, le 21 décembre 2007, les diagnostics de dysthymie ou de trouble anxieux et dépressif mixte, relatif à un état de stress post-traumatique qui était en voie de s'amender chez une personnalité du registre des états limites inférieurs proche de la borderline, estimant la capacité de travail nulle jusqu'à fin juillet 2008, à 30% d'août à fin octobre, à 60% dès le 1^{er} novembre et à 100% dès le 1^{er} janvier 2009 par rapport à l'accident.

Dans son rapport d'examen du 21 janvier 2008, le Dr S._____ n'a pour sa part retenu aucun diagnostic au plan psychiatrique, ni retenu d'incapacité de travail. Il a examiné en premier lieu ce qu'il en était de l'allégation d'un état de stress post-traumatique. Dans ce contexte, il a expliqué avoir abordé en détail le déroulement de l'accident avec l'assurée. A aucun moment des mémorisations, il n'a observé une réaction émotionnelle particulière. Compte tenu des descriptions données de l'accident par la recourante et de l'appréciation de l'expert, ce dernier a constaté qu'elle avait tout à fait normalement et complètement intégré le fait que l'événement avait eu lieu et qu'il n'avait pas conduit à des séquelles graves. Quant au syndrome somatoforme, le Dr S._____ a noté que l'essentiel du décalage entre la souffrance personnelle et la pauvreté des constats médicaux (rhumatologiques et psychiatriques confondus) s'expliquaient par des facteurs extra-médicaux (mécontentement et revendication dans le conflit assécurologique, dégradation de la situation du couple avec augmentation de charge en tant que mère éducatrice, diminution des ressources financières, diminution de la disponibilité pour le travail extérieur).

Compte tenu du rapport du Dr A._____ dont il n'avait pas connaissance lorsqu'il a adressé son rapport du 21 janvier 2008 à l'OAI et des observations de la recourante au projet de décision de l'OAI, le Dr S._____ l'a reconvoquée et réexaminée. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 12 décembre 2009, il a maintenu sa position, savoir l'absence de diagnostic au plan psychiatrique et une capacité de travail entière. Il a expliqué de façon détaillée pour quels motifs il ne pouvait suivre le test d'intelligence effectué par le Dr A._____, en particulier la

notion de déficience mentale avec graves troubles de la préhension de la réalité, dès lors que l'assurée avait réussi son émigration, sa vie conjugale pendant plusieurs années et l'éducation et l'encadrement corrects de ses deux enfants, qu'elle était admise officiellement par le Service des "mamans de jour" du canton de Vaud, qu'elle assumait seule sa vie depuis la séparation d'avec son époux, y compris toutes les tâches y relatives, et qu'elle avait exercé pendant plusieurs années des activités professionnelles dans le télémarketing, comme coiffeuse et vendeuse. Le Dr S._____ a encore expliqué qu'il relativisait très fortement les tests projectifs en expertise médicale (soit in casu TAT et Rorschach), qui étaient très sensibles à l'interprétation. Il a en outre relevé que dans le chapitre "observations" du Dr A._____ se trouvait une importante dominance de notions subjectives issues des énoncés de l'assurée ("Elle décrit...", "Elle dit...", "Elle nous explique..."), lesquelles auraient dû figurer dans le chapitre des plaintes. L'expert S._____ en déduit que les données objectives du Dr A._____ sont très maigres. Sur le plan diagnostique, le Dr S._____ relève que les diagnostics de dysthymie et d'état anxieux dépressif mixte appartiennent à une catégorie "inférieure" à la notion d'un état dépressif clinique et proprement dit. Le Dr S._____ expose ensuite de façon détaillée pourquoi les critères permettant de retenir un état de stress post-traumatique ne sont pas réalisés. Il a également relevé que la recourante ne prenait aucun anti-dépresseur et ne présentait pas d'altération thymique majeure et significative. Le Dr S._____ a enfin constaté qu'entre 2008 et 2009, l'assurée avait gagné en fonctionnalité sur plusieurs registres.

On retiendra que le Dr A._____ s'est fondé en grande partie sur les déclarations de la recourante pour établir son rapport d'expertise. Pour rédiger son complément du 15 mai 2008, au demeurant antérieur au rapport complémentaire du Dr S._____, le Dr A._____ n'a par ailleurs pas revu l'assurée. Pour sa part, le Dr S._____ a examiné la recourante à deux reprises, en 2008 et 2009, pour rédiger son rapport d'expertise et son complément. Il a expliqué de façon claire et très étayée pour quels motifs il ne retenait pas de diagnostic psychiatrique et pour quelles raisons il ne pouvait suivre l'appréciation de son confrère. En particulier, il s'est

déterminé sur les tests projectifs et son complément d'expertise est fouillé et exempt de contradictions. Les considérations qui précèdent commandent de se rallier à l'appréciation pleinement convaincante du Dr S._____ et de retenir que l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail au niveau psychiatrique.

8. Il reste à déterminer le calcul du degré d'invalidité, compte tenu des taux d'incapacité retenus dans l'expertise - probante - du Dr H._____. A cet égard, il convient de retenir la fin du mois d'avril 2006 comme date d'amélioration de son état de santé, puis une capacité de travail et de gain de 40% dès le 1^{er} mai 2006 et de 60% dès le 1^{er} juillet 2006. Il en résulte que conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, la recourante a dès lors droit à une rente entière jusqu'au 31 juillet 2006 (soit trois mois après l'amélioration précitée), puis à trois quarts de rente dès le 1^{er} août 2006 et jusqu'au 30 septembre 2006. La décision sera donc réformée dans cette mesure.

9. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être très partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2005 au 31 juillet 2006, puis à trois quarts de rente du 1^{er} août 2006 au 30 septembre 2006.

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 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, la recourante voit ses conclusions très partiellement admises et encourt par conséquent des frais de justice réduits. Dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

b) Ayant obtenu très partiellement gain de cause, la recourante peut prétendre à une indemnité de dépens réduits à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), qu'il y a lieu de fixer à 500 francs.

c) La recourante a en outre obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Irène Wettstein Martin, à compter du 1^{er} février 2012. Cette dernière a chiffré à quinze heures et vingt-cinq minutes le temps consacré à ce dossier. Après examen, le temps consacré à la réalisation des opérations listées paraît adapté. C'est ainsi un montant de 2'775 fr. (15h25 x tarif horaire de 180 fr.), qui doit être retenu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées dès le 1^{er} février 2012, plus TVA à 8% d'un montant de 222 francs. En outre, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, il convient d'allouer à Me Wettstein Martin le montant de 152 fr. qu'elle réclame à titre de débours. En définitive, l'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 3'149 francs.

d) La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendu attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 let. a et b, et 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

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

I. Le recours est très partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 20 décembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que X. _____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 2005 au 31 juillet 2006, puis à trois quarts de rente d'invalidité du 1^{er} août 2006 au 30 septembre 2006.

- III.** La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il procède au calcul des prestations à servir à X. _____.

- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- V.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X. _____ une indemnité de dépens de 500 fr. (cinq cents francs).

- VI.** Une indemnité d'office de 3'149 fr. (trois mille cent quarante-neuf francs), débours et TVA compris, est allouée à Me Irène Wettstein Martin, conseil de X. _____.

- VII.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Irène Wettstein Martin, avocate (pour X. _____),
- 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 :