

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 décembre 2009

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Monod, assesseur
Greffier : Mme Diserens, greffière ad hoc

* * * * *

Cause pendante entre :

H. _____, à Lausanne, recourante, représentée par l'avocate Anne-Sylvie Dupont, à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après : OAI), à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8, 16 et 17 LPGA ; 28 al. 1 LAI et 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. H._____, née en 1971, ressortissante portugaise arrivée en Suisse en 1990, mère d'un garçon né en 1996 et d'une fille née en 2007, sans formation professionnelle, employée polyvalente de restaurant d'entreprise, a présenté le 15 janvier 1999 une demande de prestations AI, en raison d'allergies diverses, en vue d'obtenir une orientation professionnelle ainsi qu'un reclassement dans une nouvelle profession.

Au plan professionnel, elle a travaillé depuis le 1^{er} décembre 1994 pour l'entreprise de restauration [...], à [...], qui, en raison d'une restructuration du poste, a résilié son contrat de travail le 8 septembre 1998 pour le 31 octobre 1998, avant sa maladie, de sorte que la résiliation a pris effet au 28 février 1999.

Figurent notamment au dossier les rapports médicaux et les rapports relatifs à une réadaptation professionnelle suivants :

- Plusieurs certificats médicaux du Dr J._____, médecin-traitant, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie et médecin associé au CHUV, qui attestent d'une incapacité de travail totale dès le 28 septembre 1998 et dont il résulte que le traitement médicamenteux et la physiothérapie n'ont guère amélioré la situation.

- Une attestation du 20 octobre 1998 du Dr S._____, dermatologue et vénéréologue, selon laquelle les tests épicutanés pratiqués le 14 septembre 1994 chez la recourante ont montré une réaction positive au bichromate de potassium, au sulfate de nickel, au cobalt et aux fragrances. Les principales professions exposées sont métallurgistes, mécaniciens, coiffeurs, ménagères, personnel de l'hôtellerie et de la restauration, professions du bâtiment, chimistes, imprimeurs, artificiers, peintres, travailleurs de l'industrie métallurgique, fabricants de colorants et teintures et fabricants et utilisateurs de matériel électronique. Dans un rapport du 17 mars 1999, le Dr S._____ a fait état

d'une amélioration de l'état de santé de l'intéressée et n'a pas indiqué d'incapacité de travail en rapport avec une affection dermatologique ; le diagnostic consistait en un eczéma d'origine allergique, évoluant par poussées selon l'exposition aux allergènes mentionnés ; l'incapacité de travail était due à des lombalgies.

- Une lettre du 1^{er} février 1999 du Dr D._____, médecin généraliste FMH consulté par l'assurance d'indemnités journalières V._____, qui fait état de deux certificats médicaux de la Dresse C._____, rhumatologue, annonçant qu'une reprise du travail était parfaitement possible.

- Un rapport du 2 mars 1999, dans lequel le Dr D._____ s'est rallié à l'appréciation du Dr T._____.

- Des certificats établis les 3 mars et 13 avril 1999 par le Dr T._____, médecin associé auprès du Service de Rhumatologie, Médecine physique et Réhabilitation du CHUV, attestant une incapacité totale du 29 janvier au 3 mai 1999.

- Un rapport du 17 mai 1999 du Dr T._____, qui pose les diagnostics suivants :

- fibromyalgie ;
- rachialgies chroniques ;
- troubles statiques et vraisemblable instabilité segmentaire lombaire basse ;
- état anxio-dépressif réactionnel vraisemblable.

Ce spécialiste retient une incapacité de travail de 100% dans la profession d'employée de restaurant d'entreprise avec manipulation lourde (port relativement régulier de charges de 25 à 30 kg) dès le 29 janvier 1999, date de sa première consultation, mais il lui paraît raisonnable d'admettre que le début de la longue maladie se situe au 28 septembre 1998, lorsque l'assurée a arrêté de travailler. Il propose un reclassement dans une activité adaptée (activité légère, permettant de lui éviter de longues stations assises prolongées ainsi que de limiter les

charges à 20 kg, à condition d'être asymptomatique), dans le but notamment d'une protection efficace du rachis à long terme.

- Un rapport du 12 avril 2000 du Centre Oroph, à Pomy, selon lequel H._____ a effectué un stage initialement prévu du 27 mars au 14 avril 2000, mais qui a dû être interrompu le 4 mars 2000. Ce rapport mentionne notamment que l'assurée traverse une période très troublée au plan de sa vie personnelle et privée, vivant des événements très pénibles, lourds à porter, déstabilisants, qui l'empêchent de rassembler son énergie résiduelle et d'être placée dans un stage probatoire dans le domaine de la réception-téléphone. Au vu d'une grande fatigue physique, morale et mentale, H._____ prend conscience que ce stage actuel est prématuré, stage marqué par un fort absentéisme - absence de trois jours sur les six premiers -, l'assurée se culpabilisant énormément. Vu l'état de santé et la fragilité psychologique de l'intéressée, les responsables du stage préconisent dans un premier temps la poursuite de la prise en charge au niveau psychologique et l'accomplissement ultérieur d'un stage de trois mois dans le groupe d'observation et d'évaluation Sibec.

- Un rapport du 30 mai 2000 du Pr N._____, médecin adjoint, et de la psychologue assistante Q._____, du Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV, selon lequel, outre la fibromyalgie, il y a mise en évidence d'une symptomatologie dépressive et anxieuse et de facteurs circonstanciels aggravants, qui expliquent que, malgré toute sa volonté, l'assurée n'a pas pu actuellement se concentrer sur sa tentative de réintégration professionnelle. Ces thérapeutes observent qu'H._____ vit une crise majeure, l'amenant à une incapacité de travail de 100%. Ils recommandent ainsi l'octroi d'une rente AI de 100% à réévaluer dans un an, afin de permettre à l'assurée de retrouver une aptitude à la vie sociale et au travail.

- Un rapport du 18 mai 2000 du Dr T._____, qui estime que le tableau de fibromyalgie recouvre une pathologie psychiatrique rendant impossible toute appréciation objective de l'incapacité de travail

somatique de la patiente et suggérant une expertise psychiatrique par un service universitaire, expertise à confier à un médecin cadre expérimenté.

- Un rapport du 8 août 2000 du Pr N.____ et de la psychologue assistante Q.____, posant les diagnostics suivants :

- trouble dépressif majeur ;
- insomnie liée au trouble dépressif majeur ;
- attaques de panique ;
- trouble de l'alimentation, de type boulimique ;
- fibromyalgie.

Ils estiment que l'état de santé psychique est resté stationnaire après une aggravation en avril 2000 suite à l'échec de la réhabilitation professionnelle d'H.____. Ils indiquent que les symptômes au premier plan sont : idées noires, ruminations, manque de concentration, estime personnelle très basse, sentiments d'étrangeté ou de déréalisation survenant dans les activités quotidiennes, insomnies et conséquences du manque de sommeil, à savoir symptômes neuro-végétatifs tels que maux de tête, étourdissements, chutes de pression. Ils mentionnent des douleurs constantes et plus ou moins gérables suivant l'état psychique. Dès lors que les troubles psychiques sont présents dès l'adolescence et qu'ils sont aggravés par la fibromyalgie, ils sont d'avis qu'il y a de fortes chances pour qu'ils deviennent chroniques. Ils estiment l'incapacité de travail à 100% du 29 juin 1999 au 31 mars 2000 dans la profession de serveuse/gestionnaire d'une cafétéria et, depuis le 31 mars 2000, dans la profession de réceptionniste, qui avait été envisagée au titre de réadaptation professionnelle.

- Un rapport d'expertise réalisé le 16 octobre 2001 par le Dr Z.____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mandaté par l'OAI pour expertise, qui diagnostique les affections suivantes :

Axe I - trouble de somatisation (ou syndrome de Briquet) ;
 - état dépressif léger ;
 - trouble panique avec agoraphobie de degré léger ;
 - non observance au traitement (Floxyfral, Loramet)

Axe II personnalité immature à traits histrio-dépendants

Axe III allergie au Nickel

Axe IV naissance d'un premier enfant, travail lourd peu motivant.

Le Dr Z._____ retient une amplification importante des symptômes de nature volontaire, comme le confirment les tests psychométriques et la non observance au traitement médical attestée par les dosages sériques (Floxyfral, Loramet). Il estime que la majoration volontaire des symptômes soulignée par la non observance au traitement traduit bien un acte de volonté, signifiant par là même que l'assurée ne fait pas tout ce qu'on est en droit d'attendre d'elle pour améliorer sa capacité de travail. Il en conclut qu'il s'agit d'une hystérie secondaire, où la volonté du sujet domine le tableau symptomatique, non d'une hystérie réflexe, laquelle est beaucoup plus grave. Ce dernier type d'hystérie est, selon le psychiatre, constante, rythmique, indépendante de l'attention du sujet, indépendante du concours de groupes musculaires non intéressés, indépendante de telle ou telle tonalité affective ou accentuation mimique et difficilement imitable, alors que l'hystérie secondaire présente une irrégularité, un caractère incomplet, se manifeste toujours dans certaines situations affectives, peut répondre à un but utilitaire et disparaître ou se révéler tout à fait inoffensive dans la vie ordinaire du patient. Le Dr Z._____ retient dans le cas présent que le tableau est dominé par l'existence d'une discordance manifeste entre, d'une part, l'affirmation d'une impotence fonctionnelle totale et, d'autre part, l'observation clinique lors de l'expertise et le comportement de l'expertisée hors du cadre professionnel. Relevant qu'il existe bien une vulnérabilité émotionnelle chez l'assurée et des difficultés adaptatives véritables, l'expert observe que les sujets présentant des troubles hystériques réellement décompensés à l'origine d'une importante souffrance psychologique, c'est-à-dire dominés par des processus inconscients, ont en général une bonne observance thérapeutique, ce qui n'est pas le cas ici. Il ajoute que chez ce type de sujets, on ne peut identifier en général des facteurs de stress émotionnel importants à l'origine de leurs manifestations, qui ne sont pas dus à la simple insatisfaction professionnelle, et qu'ici, l'existence de facteurs extra-médicaux - le couple vient de terminer le paiement d'une hypothèque pour achever la construction d'une maison au Portugal, ce à

quoi s'ajoute la situation professionnelle - semble largement supplanter la souffrance psychologique véritable.

Par conséquent, le Dr Z._____ estime que seule une prise de position claire et définitive des assurances sociales peut permettre une évolution favorable, l'assurée étant alors obligée de mobiliser toute son énergie pour retrouver une activité adaptée de son choix. L'expert retient une incapacité de travail de 70% de 6 à 12 mois après la naissance de l'enfant de l'assurée en 1996, et considère que, depuis lors, elle a évolué favorablement d'un point de vue objectif. Enfin, des mesures d'ordre professionnel sont inutiles.

- Une lettre du Pr N._____ du 28 mai 2002, qui se déclare très étonné de la ligne d'argumentations du Dr Z._____, qui, à son avis, n'accorde que très peu d'importance à la dimension subjective de la souffrance psychique de l'expertisée, relevant qu'à plusieurs reprises les symptômes de l'assurée sont interprétés comme volontaires et que la non observance aux traitements sert comme argument principal pour introduire une notion de simulation. Il indique également avoir revu H._____ le 12 mars 2002 et avoir constaté une aggravation de son état psychique. Sa patiente lui avait alors signalé avoir très mal vécu les entretiens avec le Dr Z._____.

- Un rapport établi le 5 juin 2002, à la suite d'un examen psychiatrique effectué le 30 mai 2002, par la Dresse O._____, psychiatre auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR), qui diagnostique les troubles suivants :

- syndrome douloureux somatoforme persistant ;
- trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission ;
- trouble panique avec agoraphobie de degré léger ;
- personnalité immature à traits dépendants ;
- phobies spécifiques depuis l'enfance, d'intensité légère.

Elle indique que, sous traitement médicamenteux antidépresseur, accompagné d'une psychothérapie de soutien, les symptômes dépressifs aigus mentionnés par le Pr N._____ dans son

rapport du 8 août 2000 se sont progressivement améliorés et qu'actuellement l'état de l'assurée est stabilisé. Elle note que, pendant l'entretien, celle-ci a eu un comportement démonstratif et agressif, mais authentique dans sa souffrance. Elle n'a pas objectivé la présence de symptômes du registre de l'hystérie, ni de tendance exagérée à la dramatisation et à l'égoïsme évoqués dans l'expertise du Dr Z._____, et ne retient dès lors pas le diagnostic d'un trouble de somatisation ou syndrome de Briquet. Elle estime enfin la capacité de travail nulle du 29 juin 1999 au 5 juillet 2001 et à 80% dès lors dans une activité évitant le port de charges lourdes, l'assurée étant capable de reprendre une activité professionnelle par ses propres moyens.

- Un rapport du 5 juillet 2002 de la Dresse L._____, médecin-chef du SMR, laquelle estime l'incapacité de travail de l'intéressée à 20% de septembre 1998 au 28 juin 1999, puis à 100% jusqu'à fin juin 2001, puis à 20% dans toute activité. Sur le plan physique, elle retient une capacité de travail totale dans toute profession, le port de charges d'un poids supérieur à 20 kg devant toutefois être évité. Enfin, des mesures professionnelles ne sont pas à prévoir, vu l'absence de motivation de l'assurée et sa capacité de travailler dans ses activités précédentes, hormis la limitation quant aux charges lourdes.

- Un rapport du 24 juillet 2002 du Dr T._____, qui s'interroge sur la valeur des tests psychométriques effectués apparemment en français chez une patiente de langue maternelle portugaise. Il estime en outre que les constatations de l'expert quant aux dosages médicamenteux sont insuffisantes et que l'absence d'un taux sérique détectable ne signifie nullement que le médicament n'a pas été pris. S'agissant du Floxyfral, il ajoute que sa patiente lui avait précisé ne pas en avoir pris la veille de l'expertise pour arriver dans un état "natif" devant l'expert. Il indique également que le Loramet ne fait pas partie du traitement. Selon le Dr T._____, ces éléments rendent l'expertise non crédible.

- Un avis du 7 octobre 2002 de la Dresse L._____, du SMR, qui relève que l'assurée s'exprime bien en français et que les dosages

médicamenteux n'ont tout au plus qu'une valeur indicative dès lors que c'est sur la base de la clinique et du fonctionnement que se fonde l'appréciation globale.

- Un rapport du 29 octobre 2002 de la Dresse A._____, psychiatre traitant de l'assurée depuis le 4 octobre 2001, qui retient une fibromyalgie, un état anxio-dépressif, avec les signes suivants : apathie, troubles du sommeil, angoisses et troubles paniques, troubles de l'humeur avec morosité permanente et découragement, manque d'énergie, fatigue généralisée, nécessité d'efforts constants, difficultés relationnelles et tendance à l'isolement ; cet état est stationnaire, malgré une prise en charge qu'elle suit régulièrement, à savoir des consultations auprès de spécialistes, soutien psychothérapeutique et médicamenteux, eutonie. La psychiatre estime que sa patiente est incapable de travailler et présente une structure de personnalité déjà fragile et en voie d'effondrement, ce à quoi s'ajoute la pression qu'elle subit en raison de la non reconnaissance de son affection et de son incapacité actuelle de travailler.

Confirmant un projet d'acceptation de rente du 12 septembre 2002, contre lequel H._____ avait marqué son désaccord en date du 30 octobre 2002, l'OAI a, par décisions du 15 décembre 2003, alloué un quart de rente du 1^{er} septembre au 30 novembre 1999, fondé sur un degré d'invalidité de 40%, puis une rente entière du 1^{er} décembre 1999 au 31 octobre 2001, avec les rentes accessoires pour conjoint et enfant, ses prestations étant versées sous déduction des périodes pendant lesquelles elle avait touché des indemnités journalières AI ; l'office a ainsi refusé toutes prestations pour le surplus, le taux d'invalidité étant fixé à 20,59% dès le 1^{er} juillet 2001, sur la base d'une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée à partir de cette même date. Ce taux résulte de la comparaison, pour 2003, entre un revenu annuel sans invalidité de 43'550 fr. et un revenu annuel avec invalidité de 34'580 fr., résultat de la moyenne de quatre descriptions de poste de travail (ci-après : DPT), à savoir employée à la gestion des retours - blanchisserie, employée au contrôle visuel et à l'ensachage, employée d'usine - montage et câblage, emploi industriel - fabrication de boîtes en carton.

Ensuite de l'opposition formée le 30 janvier 2004 par l'intéressée, ces décisions ont été confirmées par décision sur opposition du 22 septembre 2004.

B. Par acte du 27 octobre 2004, H. _____ a recouru contre la décision sur opposition précitée, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière fondée sur un degré d'invalidité de 100% lui soit allouée dès le 1^{er} septembre 1999 et pour une durée indéterminée, subsidiairement à l'annulation de ladite décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a également requis une expertise psychiatrique et rhumatologique.

Dans sa réponse du 17 décembre 2004, l'intimé a conclu au rejet du recours et de la requête d'expertise. Il estime par ailleurs qu'il aurait dû faire cesser le versement de la rente après le 30 septembre 2001 déjà, et non après le 31 octobre 2001.

La recourante, dans sa réplique du 5 janvier 2005, et l'intimé, dans sa duplique du 11 février 2005, ont chacun maintenu leurs positions respectives.

Par jugement du 14 mars 2006, le Tribunal des assurances a admis partiellement le recours et réformé la décision attaquée en ce sens qu'après le 31 octobre 2001, la rente entière d'invalidité est versée à la recourante jusqu'au 31 août 2002, avec les rentes accessoires, sous déduction des indemnités journalières versées, le dossier étant renvoyé à l'intimé afin qu'il statue sur l'octroi de mesures professionnelles.

C. La recourante a produit à l'appui de son recours au Tribunal fédéral une expertise effectuée à sa demande par le Dr G. _____, psychiatre et psychothérapeute, qui a établi son rapport le 9 mai 2006. Il pose les diagnostics suivants :

- Episode dépressif moyen, sans syndrome somatique ;
- Fibromyalgie ;
- Migraines ;
- Angines récidivantes.

Il expose notamment ce qui suit :

« Madame H. _____ est une femme portugaise de 35 ans, divorcée depuis 2006, mère d'un enfant de 10 ans.

Madame H. _____ est la cadette d'une fratrie de quatre enfants. Elle a grandi dans un milieu familial marqué par la violence physique du père à l'égard de la mère et du grand frère. Elle décrit une situation typique pour une parentification, à savoir l'exemple de l'adoption par l'enfant d'un rôle de protecteur à l'égard de l'un des parents.

Madame H. _____ bâcle sa scolarité et elle s'engage jeune dans un mariage avec un homme qui ne ressemble aucunement au père de par son comportement, du moins pas dans un premier temps.

Il s'avère peu à peu que cet homme la traite néanmoins de manière irrespectueuse, sans tenir compte aucunement de son ressenti.

Madame H. _____ donne l'impression d'avoir été désorientée par ce comportement différent du comportement franchement violent du père, aboutissant pourtant à une maltraitance psychologique aux conséquences similaires, en définitive, à ce que sa mère a vécu.

Madame H. _____ est une jeune femme qui dispose manifestement de ressources personnelles, mais qui présente également une forme d'immaturité psycho-affective. Cette forme d'immaturité est habituelle chez des personnes qui ont dû acquérir une (pseudo-)maturité trop rapidement et qui n'ont pas pu vivre leur enfance et leur adolescence à un rythme adéquat.

Au long cours et préexistant à l'épisode actuel, Madame H. _____ présente donc une défaillance sur le plan psycho-affectif. Elle présente également des failles dans son fonctionnement cognitif, notamment du fait d'une faible capacité d'abstraction qui implique qu'elle a besoin de voir et de toucher pour pouvoir intégrer mentalement une situation nouvelle.

En ce qui concerne l'épisode actuellement en cours, il ressort clairement de l'anamnèse que Madame H. _____ a été surchargée émotionnellement par l'arrivée de son fils en 1996. Cela d'autant plus qu'elle était déjà affaiblie par le comportement de son mari à l'égard d'autres femmes et par son propre isolement social.

L'isolement social semble avoir joué un rôle majeur dans l'évolution de l'état de santé chez cette jeune femme fort réservée, dans le cadre d'une communauté portugaise où les gens se connaissent et dans le cadre de situations qui frôlent la limite de la légalité et qui impliquent l'intervention de la justice.

Madame H. _____ s'est trouvée désemparée par le comportement de son mari; comportement qui exigeait une séparation, alors qu'elle ne se sentait pas la force d'assumer une séparation.

Sa décompensation progressive dès 1998 se passe sur un mode somatique dans un premier temps, mode de prédilection pour des personnes qui craignent la stigmatisation psychiatrique.

Rapidement, elle est cependant adressée à la consultation psychiatrique du CHUV où un état dépressif est diagnostiqué et qu'un traitement spécifique est instauré; d'autre part, une incapacité de travail est attestée.

Suite à des remaniements internes au service psychiatrique, Madame H. _____ quitte ce service et trouve une psychiatre installée en ville avec qui elle établit une relation de confiance qui l'aide à se reconstruire ».

S'agissant de l'incapacité de travail, l'expert mentionne ce qui suit :

« Degré de la capacité de travail

1. Réduction de 25 % au moins :

Il existe une réduction de la capacité de travail de 25 % au moins depuis février 1996 dans le cadre de la dépression post-partum, suivie d'une amélioration et d'une rechute, lorsque Madame H. _____ réalise que son mari n'a pas changé. La réduction initiale de la capacité de travail est difficile à apprécier sur la base des éléments en ma possession.

2. Evolution de la capacité de travail :

L'évolution est marquée par la reprise de l'activité professionnelle après la dépression post-partum, puis d'une dégradation de l'état de santé qui semble déboucher sur une incapacité de travail attestée par le Dr J. _____ dès septembre 1998. L'effondrement physique et psychique qui suit donne lieu, entre autres aspects, à des consultations au service de psychiatrie du CHUV.

L'évolution clinique défavorable, qui associe à cette époque des crises migraineuses fréquentes, intenses et difficiles à soigner selon le neurologue de l'expertisée, tout comme la prise de poids rapide de 20 kilos semble signifier un dysfonctionnement global majeur et une incapacité de travail complète. Les psychiatres du CHUV expriment pour leur part que Madame H. _____ n'est pas capable de travailler à cette époque.

L'échec de l'évaluation à l'ORIPH en 2001, non pas en raison d'une mauvaise volonté de la part de l'expertisée, mais en raison d'un état psychique et physique incompatible avec une activité lucrative, comme la symptomatologie le souligne, confirme la persistance de l'incapacité de travail. L'étude du rapport de stage, dont je ne dispose pas, confirmerait certainement les dires de l'expertisée.

Madame H. _____ est une femme réservée qui a appris à taire les difficultés familiales et qui s'est montrée longtemps peu encline à divulguer ses problèmes conjugaux. La persistance de la symptomatologie psychique et physique telle qu'elle est relatée par les médecins traitants et les médecins experts confirme cependant que l'état de santé de l'expertisée ne s'est pas suffisamment amélioré pour supporter un stress professionnel supplémentaire.

L'expertisée est restée figée dans un état dépressif incomplètement guéri par les différentes mesures thérapeutiques et l'équilibre précaire est resté cliniquement insuffisant pour rendre plausible une capacité de travail minimale, comme le soulignent la fatigabilité, la perte de l'élan vital, l'idéation autodestructive, l'atteinte des fonctions cognitives, l'excès pondéral, la fibromyalgie, les migraines.

Une amélioration modérée de la symptomatologie, sous l'influence d'un traitement conséquent ne traduit aucunement une guérison et correspond souvent, en psychiatrie du moins, à un processus de guérison en cours.

L'individu concerné reste vulnérable au cours de ce processus et risque de rechuter de manière plus sévère s'il est surchargé avant d'avoir pu acquérir une consolidation suffisante.

Madame H. _____ est loin d'être consolidée et elle ne se trouve qu'au tout début d'une phase constructive qui s'avère extrêmement lente dans son cas, probablement en rapport avec la vulnérabilité acquise dans l'enfance.

En conclusion, l'incapacité de travail est restée complète de 1998 à ce jour.

3. Evolution ultérieure :

L'évolution ultérieure sera probablement marquée par la persistance de l'état dépressif et du sentiment d'insécurité. Madame H. _____ restera selon toute probabilité encore dans l'incapacité de travail complète au cours des deux prochaines années. Sa situation sociale peut favoriser une stabilisation progressive depuis qu'elle est divorcée. Mais l'influence négative future du mari et l'isolement social dans lequel elle évolue encore actuellement risquent de retarder le processus de guérison ».

Par arrêt du 29 octobre 2007, le Tribunal fédéral a annulé le jugement du Tribunal des assurances du 14 mars 2006 et renvoyé la cause à la juridiction cantonale pour qu'elle mette en oeuvre une expertise judiciaire. Il a notamment considéré :

« 6. (...) Si la juridiction cantonale s'est fondée tant sur l'avis du professeur N. _____, du 8 août 2000, que sur celui de la doctoresse O. _____, du 5 juin 2002, pour retenir une incapacité de travail de 100 % dès le 29 juin 1999, seule la doctoresse O. _____ a constaté l'amélioration de l'état de santé de la recourante retenue par les premiers juges à partir du 30 mai 2002. En effet, ces derniers relèvent que le professeur N. _____, dans un rapport du 28 mai 2002, se réfère à une consultation du 12 mars 2002 au cours de laquelle il avait constaté une aggravation de l'état psychique de la recourante. Reste à examiner si l'expertise du docteur G. _____ constitue une évaluation suffisamment circonstanciée de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique, celle du docteur Z. _____ n'ayant pas été considérée comme probante par les premiers juges au motif que ses conclusions s'écartaient de manière non convaincante de celles de l'ensemble des autres médecins.

7.

7.1 Selon l'expert G. _____, la recourante est une jeune femme disposant manifestement de ressources personnelles, mais qui présente une défaillance sur le plan psycho-affectif et cognitif. En ce qui concerne l'épisode actuellement en cours, il ressortirait clairement de l'anamnèse que l'assurée a été surchargée émotionnellement par la naissance de son fils en 1996, d'autant plus qu'elle était affaiblie par le comportement de son mari à l'égard d'autres femmes et par son propre isolement social. Ce dernier semble avoir joué un rôle majeur dans l'évolution de l'état de santé chez cette jeune femme fort réservée, dans le cadre d'une communauté portugaise où les gens se connaissent et de situations frôlant la limite de la légalité ou impliquant l'intervention de la justice. Le psychiatre relève enfin qu'à la lecture de l'expertise du docteur Z. _____ et de l'examen psychiatrique de la doctoresse O. _____, ces derniers n'étaient pas au courant du degré important de désorganisation du milieu familial d'origine, ni de la gravité des problèmes conjugaux de l'assurée. D'après le docteur G. _____, la recourante est restée figée dans un état dépressif incomplètement guéri par les différentes mesures thérapeutiques et l'équilibre précaire est resté cliniquement insuffisant pour rendre plausible une capacité de travail minimale, comme le soulignent la fatigabilité, la perte de l'élan vital, l'idéation autodestructive, l'atteinte des fonctions cognitives, l'excès pondéral, la fibromyalgie ainsi que les migraines. Une amélioration modérée de la symptomatologie, sous l'influence d'un traitement conséquent, ne traduirait aucunement une guérison et correspondrait souvent, du moins en psychiatrie, à un processus de guérison en cours, la personne concernée restant vulnérable et risquant de rechuter de manière plus sévère si elle est surchargée avant d'avoir pu acquérir une consolidation suffisante. Or, la recourante serait loin d'être consolidée et ne se trouverait qu'au tout début d'une phase constructive s'avérant extrêmement lente dans son cas, probablement en rapport avec la vulnérabilité acquise dans l'enfance. Au vu de tous ces éléments, l'expert estime l'incapacité de travail de la recourante entière depuis 1998 jusqu'à ce jour.

7.2 Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que l'expertise du docteur G. _____ fait état de facteurs personnels, familiaux et liés au milieu d'origine de la recourante d'une part, ainsi que d'éléments psychiques proprement dits, d'autre part. Il ne ressort cependant pas de l'expertise en question si les facteurs psychiques ont une existence propre et pourraient de ce fait être invalidants, indépendamment du contexte socio-culturel dans lequel la recourante a évolué (cf. aussi) ».

D. Un mandat d'expertise a été confié au Dr X. _____, qui a déposé son rapport le 14 juin 2008.

Il résulte de cette expertise s'agissant de l'anamnèse de la recourante, que celle-ci a divorcé en 2006. Elle est mère de garçon, né en 1996, et d'une fille, née en 2007, dont le père est le compagnon de la recourante.

S'agissant de la vie quotidienne actuelle de la recourante, l'expert indique ce qui suit :

« Dans la nuit, il lui arrive de devoir se lever pour sa fille, qui a un an et pleure parfois la nuit. Se lève à 7h pour préparer le déjeuner de son fils (12 ans) et donner à manger à sa fille. La matinée est consacrée à s'occuper de sa fille, à ranger la maison puis à préparer le repas de midi. Après-dîner, elle fait une sieste en même temps que sa fille car elle est fatiguée et a besoin de se reposer. En fin de journée, elle s'occupe des devoirs de son fils, prépare le repas du soir. Elle se couche vers 22h-22h30. Tâches ménagères : elle fait les commissions avec son ami ; le ménage, la lessive et le repassage, elle les fait « à son rythme, par petits bouts ». Le couple sort peu hormis pour des promenades en famille, car l'ami est « casanier ». Une fois par année, ils se rendent au Portugal en vacances car son ami est aussi Portugais. L'expertisée voit occasionnellement un frère qui vit dans la région.

Le revenu de la famille est constitué du salaire de l'ami de l'expertisée, employé aux transports publics lausannois. Pour ce qui est de l'expertisée, elle perçoit une pension alimentaire de son ex-mari pour elle-même (1000 fr) et pour son fils (600 fr), à quoi s'ajoutent les allocations familiales pour les deux enfants ».

Il mentionne en outre ce qui suit :

« Diagnostic

L'expertisée présente actuellement un tableau clinique anxieux et dépressif, qui peut être précisé de la manière suivante.

La composante anxieuse qui paraît actuellement prédominer, est faite de préoccupations soucieuses diverses et envahissantes avec intolérance aux conflits, irritabilité, troubles de la concentration et, occasionnellement, des manifestations physiques (irritabilité, tensions musculaires, oppression thoracique, insomnie). Il s'agit plus d'un état de fond chronique que de crises aiguës avec crainte de perdre le contrôle (paniques) comme l'expertisée en a connues dans le passé. L'anxiété n'est pas accompagnée de comportement d'évitement de stimuli spécifiques (agoraphobie) ni de rituels obsessionnels. Le diagnostic CIM-10 correspondant à cette forme d'anxiété diffuse et chronique est l'anxiété généralisée (F41.1).

La composante dépressive est faite d'un sentiment, diffus lui aussi, de fatigue et de manque de capacité de prendre du plaisir à la vie (anhédonie). Au vu des déclarations de l'expertisée et du dossier, ce sentiment est présent depuis des années, avec des fluctuations. Il est certain qu'à certaines périodes de l'histoire clinique, l'intensité de la symptomatologie dépressive a atteint le degré d'un véritable épisode dépressif au sens de la CIM-10 (ou trouble dépressif majeur selon le DSM-IV). Actuellement ce n'est probablement pas le cas, car l'humeur est fluctuante (y compris lors du présent examen) et très réactive aux événements, alors que dans un véritable épisode dépressif l'humeur est constamment abaissée pendant au moins deux semaines, et indépendante

des stimuli extérieurs. Par ailleurs, hormis la baisse variable de l'humeur, il y a actuellement peu de signes objectifs dépressifs (pas de ralentissement notamment), et les symptômes subjectifs sont limités (pas de culpabilité pathologique ni d'idéation suicidaire ni d'inappétence ; l'insomnie paraît plus d'origine anxieuse et douloureuse que dépressive. En conclusion je retiens le diagnostic de dysthymie (F34.1) qui est un état dépressif d'intensité modérée mais de longue durée: (deux ans au moins). La dysthymie accompagne souvent les troubles douloureux chroniques, notamment la fibromyalgie. L'intensité du trouble dépressif a, de toute évidence, atteint le seuil de l'épisode dépressif franc à certains moments de l'histoire clinique probablement après la naissance du premier enfant, même si cet épisode n'est pas documenté ; entre 1997 et 2001, lorsque le conflit conjugal s'est exacerbé et que le mari a été inculpé ; en 2006, à l'époque de l'expertise du Dr G. _____ (l'expertisée se trouve alors seule ; peut-être après la naissance du second enfant, en 2007. De ce fait, le diagnostic de Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) doit être retenu.

Le tableau clinique précité s'inscrit sur une fragilité psychique structurelle relevée par tous les psychiatres qui ont examiné l'expertisée. Cette fragilité, probablement présente depuis l'adolescence, consiste en une mauvaise estime de soi, des sentiments récurrents d'insécurité et d'incapacité, une dépendance affective, une labilité émotionnelle et de l'humeur, une difficulté à gérer les émotions négatives (anxiété et colère). Lorsqu'un fonctionnement psychique dysfonctionnel s'inscrit dans la durée depuis le début de l'âge adulte et qu'il est suffisamment prononcé pour entraîner de manière répétée de la souffrance et des difficultés dans la vie relationnelle, on parle de trouble de la personnalité. Même s'il est toujours délicat de poser le diagnostic de trouble de la personnalité sur la base d'une évaluation ponctuelle, je pense qu'on peut affirmer avec un bon degré de vraisemblance que les critères d'un trouble de la personnalité au sens clinique sont réunis. L'histoire clinique montre un comportement affectivement dépendant et une hyperémotivité depuis l'adolescence. Le dossier comprend plusieurs observations concordantes allant dans ce sens, venant de la part de psychiatres différents. Enfin le présent examen confirme la labilité émotionnelle. La dépendance affective est l'élément dysfonctionnel prédominant, mais il existe aussi quelques traits de type borderline (labilité émotionnelle, hyperémotivité et difficulté à gérer les émotions, épisodes de déréalisation, troubles alimentaires). Je retiens donc le diagnostic de Troubles mixtes de la personnalité (F61.0). C'est probablement la fragilité structurelle qui est à l'origine de l'évolution chronique des troubles en favorisant l'émergence et la récurrence des manifestations anxieuses et dépressives en «réaction» à certaines situations.

Pour ce qui est des douleurs chroniques le seul rhumatologue dont l'avis soit exprimé dans le dossier, le Dr T. _____, les attribue à la fibromyalgie, affection considérée comme rhumatologique par la CIM-10. Je n'ai pas de raison de m'écarter de ce diagnostic.

En résumé, je retiens les diagnostics suivants :

- Troubles mixtes de la personnalité, avec traits dépendant et borderline (F61. 0)
- Anxiété généralisée (F41.1)

- Dysthymie (F34.1)
- Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33. 4). »

S'agissant de la capacité de travail, l'expert relève ce qui suit :

« En soi, le trouble de la personnalité, s'il complique la vie des sujets qui en souffrent, ainsi que leurs relations avec les autres, ne devrait pas les empêcher de travailler, sauf en cas de trouble exceptionnellement sévère. Dans le cas de l'expertisée, on ne peut pas dire que le trouble de la personnalité soit particulièrement sévère. En effet, il n'y a jamais eu de décompensation psychique nécessitant un traitement en milieu hospitalier, ni même en centre de crise ou de jour. Il n'y a pas non plus de comportements auto-dommageables compromettant la réinsertion sociale.

Ce qui peut être invalidant, en revanche, ce sont les affections associées, dont le trouble de la personnalité favorisa la survenue, lorsque les comorbidités sont sévères et durables. Dans le cas de Mme H. _____, les co-morbidités sont le trouble dépressif récurrent et la dysthymie ainsi que l'anxiété généralisée. Dans le passé, le dossier mentionne la présence d'un trouble panique et de troubles du comportement alimentaire, mais ces troubles ne sont pas significatifs à l'heure actuelle. Un trouble dépressif récurrent peut être durablement incapacitant lorsque les épisodes dépressifs sont sévères, fréquents et de longue durée, car la réinsertion dans la vie active devient problématique lorsque les intervalles « libres » sont courts. Dans le cas de Mme H. _____, il n'y a jamais eu d'épisode dépressif sévère documenté. Des épisodes dépressifs moyens peuvent justifier une incapacité de travail temporaire, de quelques semaines au plus, mais ne devraient pas occasionner d'incapacité durable. Aujourd'hui, le trouble dépressif récurrent est en rémission, il ne justifie pas d'incapacité de travail.

Prises isolément, la dysthymie et l'anxiété généralisée ne justifient généralement pas d'incapacité durable. Toutefois, lorsqu'elles sont cumulées, comme elles entraînent toutes deux de manière chronique de la fatigue, de l'adynamie et des troubles de l'attention, elles peuvent justifier une baisse durable du rendement. Surtout lorsque leurs effets sont amplifiés par la fragilité de la personnalité et par un syndrome douloureux chronique provoquant des symptômes assez proches. Il me paraît donc raisonnable de reconnaître à l'expertisée une baisse de rendement durable de l'ordre de 40%. On peut d'ailleurs observer qu'actuellement, en tenant un ménage avec deux enfants, dont un en bas âge, l'expertisée fournit une activité non négligeable, peut-être pas très éloignée d'un taux de 60%.

(.....)

Cette appréciation vaut pour aujourd'hui et pour une durée indéterminée. Il est difficile de se prononcer rétroactivement sur la capacité de travail. En l'absence d'éléments documentés prouvant le contraire, il est probable que cette situation dure depuis plusieurs années, et au moins depuis septembre 2002, date de la dernière décision concernant l'invalidité. Dans cette période il y a probablement eu des périodes où la capacité de travail était inférieure à 40% pendant un laps de temps limité, mais cela n'est pas documenté de manière indiscutable.

(....)

Les limitations ne sont pas spécifiquement liées à un type d'activité. Toute activité adaptée au niveau de formation et à l'état physique est possible ».

L'expert mentionne en outre :

« Il ne s'agit pas d'un trouble somatoforme douloureux puisque, selon le rhumatologue dont l'avis est exprimé dans le dossier, les douleurs chroniques répondent aux critères de la fibromyalgie, affection rhumatologique. Par rapport aux critères énumérés, voici ce que l'on peut dire :

- l'expertisée présente une co-morbidité psychiatrique durable de gravité moyenne

- selon le dossier, il n'y a pas d'atteinte somatique grave, mais il existe quelques limitations d'ordre physique (port de charges lourdes, allergies)

- les troubles de santé n'ont pas connu de rémission complète depuis une dizaine d'années, ce qui est conforme à la nature des affections dont souffre l'expertisée, qui sont pour la plupart chroniques (fibromyalgie, trouble de la personnalité, dysthymie, trouble dépressif récurrent)

- l'intégration sociale est excellente au niveau de la famille proche, pauvre dans les autres domaines (travail, loisirs) ; à remarquer que ce fait n'est que partiellement dû aux douleurs chroniques

- la notion d' « état psychique cristallisé » est peu claire ; si l'on entend par là un état psychopathologique gravement perturbé et stationnaire, on ne peut pas dire que cela s'applique à l'état clinique de l'expertisée ; en revanche il est probable que plusieurs éléments de la psychopathologie soient appelés à durer, avec des fluctuations d'intensité

- on ne peut pas parler d'échec à proprement parler des traitements pour ce qui est des troubles psychiques ; pour ce qui est de la fibromyalgie, elle reste présente, mais semble au second plan, par rapport aux troubles psychiques.

On peut dire que les troubles psychiques limitent dans une certaine mesure les capacités volitionnelles et l'énergie disponible de l'expertisée, donc sa « capacité d'effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de reprendre une activité lucrative ». J'ai estimé à 40% la baisse de rendement due aux troubles psychiques combinés au tableau douloureux chronique de la fibromyalgie (cf supra, Discussion). Le trouble dépressif récurrent est apparu avant la fibromyalgie puisqu'il est signalé pour la première fois en 1996 et la fibromyalgie en 1998. La dysthymie, elle, a probablement une évolution parallèle à celle de la fibromyalgie. J'ai indiqué que les effets des troubles psychiques et ceux de la fibromyalgie se renforcent mutuellement. »

S'agissant des expertises et examens médicaux précédents, l'expert relève ce qui suit :

« Je pense que, globalement, toutes les observations psychiatriques sont à peu près d'accord sur le constat diagnostique : présence d'un syndrome

anxio-dépressif récurrent et/ou chronique, fragilité de la personnalité. Les divergences concernent l'appréciation des répercussions fonctionnelles des troubles. Ces divergences peuvent avoir deux raisons :

La psychopathologie comprend des troubles « conjoncturels » (anxiété, dépression) et des troubles « structurels » (trouble de la personnalité) qu'il n'est pas facile de séparer. Or ces deux types de troubles ont des implications différentes sur l'état clinique et sur la capacité de travail, en fonction du facteur temps. Les premiers peuvent être incapacitants, de manière temporaire le plus souvent (de quelques jours à quelques semaines, parfois plus), alors que les troubles structurels ne sont pas invalidants, en principe, mais durables.

Par ailleurs, l'expertisée souffre de deux affections connues pour être difficiles à apprécier pour ce qui est des répercussions sur la capacité de travail ; la fibromyalgie, parce qu'elle est purement subjective ; le trouble de la personnalité, notamment les éléments borderline, qui se manifestent par des crises émotionnelles, répétées, entrecoupées de périodes plus calmes, mais où le dysfonctionnement émotionnel reste présent en arrière-fond ; pendant les crises sévères, le sujet peut être incapable de travailler durant quelques jours ou quelques semaines, rarement plus ; du fait de l'évolution par à-coup, il est difficile d'évaluer la capacité résiduelle au long cours.

Mes commentaires concernant les avis psychiatriques disponibles sont les suivants :

Le Dr N. _____ proposait en 2000 une rente AI à titre temporaire pour donner le temps à sa patiente de se soigner. Il ne précise pas la gravité de l'épisode dépressif qu'il a observé. Pour mémoire, le trouble dépressif majeur du DSM-IV qu'il retient comme diagnostic est l'équivalent de l'épisode dépressif de la CIM-10. Il doit être qualifié de léger, moyen ou sévère pour que l'on puisse apprécier sa gravité. Le fait que le Dr N. _____ parle de « symptomatologie anxio-dépressive et de facteurs circonstanciels aggravants » suggère un épisode dépressif non sévère. Les autres pathologies mentionnées (paniques, boulimie) se sont amendées depuis lors. Le rapport à l'AI ne précise pas les limitations justifiant une incapacité totale et durable, et par conséquent ne permet pas non plus d'établir les critères d'une reprise d'activité. De fait, l'AI a suivi la recommandation d'une rente temporaire, celle-ci ayant été allouée à l'expertisée entre septembre 1999 et août 2001.

Les données du Dr A. _____, celles de 2002 comme celles de 2008, ne me paraissent pas étayer une incapacité de travail totale. L'état clinique décrit en 2002 (état anxio-dépressif) et en 2008 (état dépressif permanent, latent et larvé) correspond dans les grandes lignes à mes propres observations. J'ai indiqué dans la Discussion pourquoi ce tableau clinique me paraît justifier une certaine limitation durable de la capacité de travail sous la forme d'une baisse de rendement, mais pas une incapacité totale.

L'expertise Z. _____ - K. _____ (2001) retient aussi un diagnostic proche du mien, à quelques détails près. Le trouble dépressif est qualifié de léger, sans dysthymie surajoutée. Le trouble anxieux avait à l'époque le caractère de l'agoraphobie plutôt que l'anxiété généralisée. Pour ce qui est de la personnalité, l'expertise relève, outre l'élément dépendant, des

traits histrioniques (autrement dit, comportement théâtral, besoin d'attirer l'attention sur soi) que je n'ai pas perçus. En ce qui concerne la « majoration volontaire des troubles », il me paraît discutable d'affirmer qu'un patient majore volontairement ses troubles s'il ne prend pas son traitement médicamenteux et cote fort aux questionnaires d'auto-évaluation qui lui sont soumis. En ce qui me concerne, je n'ai pas demandé de dosage de médicament car cela n'aurait rien apporté de plus : le trouble dépressif récurrent, qui réagit aux antidépresseurs, est en rémission, et la dysthymie est peu sensible aux antidépresseurs. Quant aux tests psychométriques, je pense qu'ils ont une valeur limitée en expertise car ils n'ont pas été validés dans ce contexte particulier. L'expertise Z. _____ - K. _____ admet une incapacité de travail limitée dans le temps, dans les mois qui ont suivi le premier accouchement, mais pas au-delà. Pour ma part je ne retiens pas de majoration volontaire et j'ajoute le diagnostic de dysthymie. Cela peut expliquer que je retienne une baisse partielle de la capacité de travail, contrairement à ces experts.

Le Dr O. _____ (SMR) en 2002 arrive elle aussi à peu près au même diagnostic que moi (trouble dépressif récurrent, trouble anxieux, personnalité immature et dépendante). Elle retient un trouble somatoforme douloureux au lieu de la fibromyalgie, ce qui ne change rien à l'appréciation des conséquences fonctionnelles. L'appréciation des répercussions sur la capacité de travail diverge entre nous (20% pour elle, 40% selon moi). Cette différence d'appréciation tient peut-être au fait que j'estime que les divers troubles psychiques et la fibromyalgie ont des effets cumulés, donc qui se renforcent réciproquement.

Enfin, l'expertise privée du Dr G. _____ (2006) retient le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, autrement dit d'intensité relativement modérée. Je ne peux pas être d'accord avec l'avis selon lequel une dépression de ce degré entraînerait une incapacité totale et durable. Il est probable que, quand le Dr G. _____ parle d'un processus thérapeutique devant s'étendre sur plusieurs années, il fait allusion aux facteurs de personnalité, et non à l'épisode dépressif. Avec cela je suis parfaitement d'accord, sauf que je ne considère pas le trouble de la personnalité comme invalidant en soi (cf supra, Discussion). Le Dr G. _____ envisageait en 2006 une possibilité de récupération de la capacité de travail dans un délai de deux ans, à temps partiel, pour autant que la dépression ne se chronicise pas. Pour ma part j'arrive à une conclusion pas très éloignée, même si j'estime qu'il existe une forme de dépression chronicisée, la dysthymie, mais que celle-ci ne représente pas un degré sévère de dépression ».

Dans une lettre du 10 novembre 2008 adressée au conseil de la recourante, le Dr G. _____ n'estime pas judicieux de rediscuter les diagnostics, le Dr X. _____ faisant une analyse pertinente. Il indique que lorsqu'il a vu l'expertisée en avril 2006, l'épisode dépressif envahissait tout son être probablement sur la base d'une situation de stress post-traumatique en rapport avec la situation conjugale. Il ajoute ce qui suit :

« Le point faible de l'expertise X. _____ est l'appréciation très globale de la capacité de travail dans le passé. L'expert X. _____ écrit qu'il est « difficile de se prononcer rétroactivement sur la capacité de travail ». Il a certainement raison sur le fond. Cependant, il me semble que l'expert peut donner des indications.

L'expert X. _____ estime de manière globale que l'incapacité de travail durant la période de 2002 à 2008 est identique à celle qu'il prévoit pour l'avenir, soit 40%.

L'expert X. _____ écarte dans son appréciation finale l'existence de l'épisode dépressif moyen que j'ai diagnostiqué en avril 2006, diagnostic qu'il ne conteste par ailleurs pas. Il signale une aggravation après la naissance de la fille de l'expertisée, mais la met finalement en doute.

L'expert X. _____ estime qu'il est « probable » que des périodes ont existé durant lesquelles l'expertisée avait une capacité de travail inférieure à 40%. Il reconnaît, chez Madame H. _____, l'existence d'épisodes dépressifs après la naissance de son premier enfant, entre 1997 et 2001 dans le cadre du conflit conjugal (qui dure en réalité jusqu'en 2006), en 2006 lorsque je l'ai examiné, et « peut-être » en 2007, après la naissance du deuxième enfant.

La capacité de travail de Madame H. _____ est donc forcément inférieure à 60% entre 2002 et 2008, ce que l'expert X. _____ ne reconnaît pas.

Je rappelle ici qu'un épisode dépressif moyen selon la CIM-10 peut entraver la capacité de travail de manière significative ; en effet, il est mentionné dans cet ouvrage de référence que « un épisode dépressif moyen s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales ou ménagères » (CIM-10, 2000, p. 109), ainsi que « chaque épisode [dépressif du trouble dépressif récurrent] persiste pendant trois à douze mois » (CIM-10, 2000, p. 111).

Ainsi donc, si le Dr X. _____ estime qu'un épisode dépressif moyen peut justifier une incapacité de travail temporaire, de quelques semaines au plus, et qu'un tel épisode ne devrait pas occasionner une incapacité de travail durable (page 12 de son rapport), il s'écarte donc de ce que précise la CIM-10 qui ne prescrit pas de durée en rapport avec le degré de sévérité d'un épisode dépressif. Dire qu'un épisode dépressif moyen s'améliore au plus tard en quelques semaines ne correspond clairement pas à l'expérience clinique.

Je rappelle d'autre part qu'un épisode dépressif moyen selon la CIM-10 n'est pas un état dépressif de sévérité moyenne (donc peu grave) au sens commun du terme, puisque ce diagnostic correspond à celui d'un trouble dépressif majeur, de degré moyen, au sens du DSM-IV.

Surtout, l'expert X. _____ n'explique pas pourquoi le taux de capacité de travail aurait passé de 0% à 60% entre août et septembre 2002, sans qu'aucun changement significatif dans la vie de l'expertisée ne soit survenu. Cette amélioration subite et magique paraît peu réaliste.

Un changement significatif dans la vie de l'expertisée ne survient apparemment qu'à l'automne 2006, lorsque l'expertisée trouve un nouveau compagnon de vie qui représente un repère stabilisant pour elle.

L'expert X. _____ estime que l'existence de périodes de diminution de la capacité de travail n'est pas appuyée par des éléments objectifs (cf réponse 9, page 15 de son rapport). En affirmant cela, il ignore l'observation clinique de mon rapport et mon analyse. Il ne tient pas compte non plus du fait qu'il est indiscutable que l'évolution de l'état psychique de l'expertisée est fluctuant, comme l'expert X. _____ le dit lui-même (cf page 9 de son rapport).

Dès lors, je maintiens mon avis que l'expertisée s'est trouvée dans l'incapacité de travail complète de 1998 à l'automne 2006 (date précise à déterminer).

Je ne peux pas me prononcer sur la capacité de travail actuelle, n'ayant pas revu l'expertisée. Mais au vu de l'évolution décrite par le Docteur X. _____, une incapacité de travail durable de 50 % me paraît raisonnable ».

Se fondant sur ce rapport, la recourante a modifié ses conclusions dans son écriture du 1^{er} décembre 2008, concluant à l'octroi d'une rente entière du 1^{er} septembre 1999 jusqu'au 31 octobre 2006, puis d'une rente partielle à déterminer dès lors en tenant compte d'un taux d'incapacité de travail de 50% avec une limitation fonctionnelle.

Dans un avis médical du 15 décembre 2008, le Dr M. _____ du SMR propose de suivre les conclusions du Dr X. _____. S'agissant du rapport complémentaire du Dr G. _____, il mentionne ce qui suit :

« - Le Dr G. _____ reconnaît la qualité du travail de l'expert X. _____ et en accepte les diagnostics.

- Il conteste la baisse de rendement de 40% retenue par le Dr X. _____ et plaide pour une incapacité de 50% depuis l'automne 2006, sur la base d'une vulnérabilité au stress et à la surcharge émotionnelle. Ces arguments ne peuvent toutefois pas justifier une incapacité de travail de 50% dès lors qu'ils ne constituent nullement une atteinte à la santé au sens des manuels diagnostiques, mais peuvent être pris en compte comme limitations fonctionnelles dans la recherche d'une activité adaptée.

- Il critique l'appréciation très globale de la capacité de travail dans le passé faite par le Dr X. _____ ; il convient cependant de mentionner la grande difficulté à établir de manière exacte les incapacités de travail plusieurs années en arrière, en particulier dans les affections psychiatriques. En outre, une incapacité de travail totale entre 1998 et 2006, comme l'affirme le Dr G. _____, est en contradiction avec les conclusions tant du Dr Z. _____ que de la Dresse O. _____, qui ont examiné l'assurée respectivement en 2001 et 2002. Comme mentionné dans l'arrêt du TFA du 29.10.2007, le Dr G. _____ amalgame les facteurs psychiques (médicaux) et les facteurs socio-culturels (non médicaux) pour justifier une incapacité de travail totale ; de ce fait, le TFA n'a pas accordé valeur probante à l'expertise du Dr G. _____ ; en l'absence de nouveaux

arguments pertinents de sa part, son appréciation d'une incapacité de travail totale ne peut toujours pas emporter l'adhésion.

- Contrairement à l'avis du Dr G. _____, le fait que le Dr X. _____ admette des fluctuations de l'état de santé psychique au cours du temps n'est pas en contradiction avec une baisse de rendement stable de 40%. En effet, l'incapacité de travail n'évolue pas forcément de manière strictement parallèle aux variations de l'état de santé. C'est la même confusion entre atteinte à la santé et incapacité de travail que fait le Dr G. _____ lorsqu'il conteste le fait qu'un épisode dépressif moyen puisse justifier une incapacité de travail temporaire de quelques semaines au plus, en s'appuyant sur la définition de la CIM-10, qui stipule que chaque épisode persiste pendant trois à douze mois. En effet, un épisode dépressif moyen n'est pas obligatoirement incapacitant pour toute sa durée, hormis le fait qu'il ne justifie que rarement une incapacité de travail totale.

En conclusion, les commentaires et conclusions du Dr G. _____ ne permettent pas de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire du Dr X. _____ ».

Dans son écriture du 7 janvier 2009, l'OAI, estimant que la capacité de travail de la recourante est de 60% dans toute activité, propose l'octroi d'un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2002.

E n d r o i t :

1. La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD).

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile. Il est en outre recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]).

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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.

En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

b) D'après l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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. Selon la teneur de cette disposition en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 pp. 3837 ss, spéc. 3844), 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, à une rente de trois-quarts s'il est invalide à 60% au moins, et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui

après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

c) Selon la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité ; il incombe à l'assuré, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22 ; RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger de l'assuré que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328 ; RCC 1987 p. 458).

4. La recourante conteste principalement la manière dont a été fixée sa capacité de travail médico-théorique pour la période antérieure au 1^{er} septembre 1999 et pour celle postérieure au 7 juillet 2001, subsidiairement la façon dont a été calculé le préjudice économique consécutif à son atteinte à la santé.

5. L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque 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 quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause. Par ailleurs, selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI. Aux termes de cette disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée,

réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci (pour les faits qui se sont produits après le 1^{er} janvier 2003, c'est l'art. 17 LPGA qui s'applique, dont la teneur est similaire à celle de l'art. 41 LAI). Le fait que l'administration a statué par le biais d'une ou de deux décisions du même jour n'est pas déterminant dans ce contexte (ATF 125 V 413 consid. 2 ; VSI 2001 p. 155 ; VSI 2001 p. 274 consid. 1 ; ATFA du 18 juin 2002, I 145/02 Kt).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201). Selon cette disposition, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (ATF 125 V 413 consid. 2d ; VSI 2001 p. 274 consid. 1, et les références ; ATFA du 19 octobre 2005, I 38/05).

6. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En ce

qui concerne, par ailleurs, la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient 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 du 7 septembre 2006 I 513/05 ; ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

7. **a)** Sur le plan physique, le Dr J._____ atteste d'une incapacité de travail totale dès le 28 septembre 1998. Le Dr D._____, consulté par V._____, fait état, dans une lettre du 1^{er} février 1999, de deux certificats médicaux de la Dresse C._____, rhumatologue, annonçant qu'une reprise de travail était parfaitement possible. Ces certificats ne figurent pas au dossier. L'OAI, dans sa réponse du 17 décembre 2004, mentionne cet avis en se référant à la lettre précitée du Dr D._____.

Dans son rapport du 17 mai 1999, le Dr T._____, qui diagnostique sur le plan physique une fibromyalgie, des rachialgies chroniques, des troubles statiques et une vraisemblable instabilité segmentaire lombaire basse, retient une incapacité de travail de 100% dès le 29 janvier 1999, date de sa première consultation, dans la profession d'employée de restaurant d'entreprise avec manipulation lourde, l'intéressée devant déplacer de façon relativement régulière des charges de l'ordre de 25 à 30 kg. Il propose un reclassement dans une activité adaptée (activité légère, permettant d'éviter de longues stations assises prolongées ainsi que de limiter les charges à 20 kg). Le Dr D._____ s'est rallié à l'appréciation du Dr T._____ dans son rapport du 2 mars 1999. La Dresse L._____ conclut à une capacité de travail totale

dans toute activité, le port de charges d'un poids supérieur à 20 kg devant toutefois être évité.

b) Le seul spécialiste en rhumatologie dont les rapports médicaux figurent au dossier est le Dr T._____. Ce praticien explique de manière détaillée et convaincante les raisons pour lesquelles la recourante ne peut plus exercer son ancienne activité. Il n'y a aucun élément médical au dossier permettant de s'écarter de cette appréciation, qui n'est du reste pas contestée par l'OAI pour ce qui est du poids maximal des charges.

Par conséquent, il a lieu d'admettre que la recourante ne peut plus travailler dans son ancienne profession mais que sa capacité de travail est entière sur le plan somatique dans une activité adaptée, c'est-à-dire sans longues stations assises prolongées et sans port de charges au-dessus de 20 kg, comme l'a retenu le Dr T._____, dans le but d'une protection efficace du rachis à long terme. Le nouvel emploi devrait en outre ne pas exposer l'assurée aux substances allergènes pour elle, comme indiqué par le Dr S._____.

Il n'y a au surplus aucun élément au dossier selon lequel l'état de santé physique de la recourante se serait aggravé depuis le 28 septembre 1998.

8. Sur le plan psychique, l'expert X._____ diagnostique des troubles mixtes de la personnalité, avec traits dépendant et borderline, une anxiété généralisée, une dysthymie ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Il conclut à une incapacité de travail de 40% dans toute activité. Il mentionne qu'il est difficile de se prononcer rétroactivement sur la capacité de travail et qu'en l'absence d'éléments documentés prouvant le contraire, il est probable que cette situation dure depuis plusieurs années, et au moins depuis septembre 2002, date de la dernière décision concernant l'invalidité. Dans cette période, il relève qu'il y a probablement eu des périodes où la capacité de travail était inférieure

à 40% pendant un laps de temps limité, mais que cela n'est pas documenté de manière indiscutable.

a) Le Dr G._____ conclut à une incapacité de travail totale de 1998 à 2006. Toutefois, comme le considère le Tribunal fédéral, l'expertise du docteur G._____ fait état de facteurs personnels, familiaux et liés au milieu d'origine de la recourante d'une part, ainsi que d'éléments psychiques proprement dits, d'autre part. Il ne ressort cependant pas de l'expertise en question si les facteurs psychiques ont une existence propre et pourraient de ce fait être invalidants, indépendamment du contexte socio-culturel dans lequel la recourante a évolué. En l'absence de nouveaux arguments pertinents de sa part, son appréciation d'une incapacité de travail totale ne peut toujours pas emporter l'adhésion. En outre, en accord avec le Dr M._____, il y a lieu de relever que, contrairement à l'avis du Dr G._____, le fait que l'expert admette des fluctuations de l'état de santé psychique au cours du temps n'est pas en contradiction avec une baisse de rendement stable de 40%. En effet, l'incapacité de travail n'évolue pas forcément de manière strictement parallèle aux variations de l'état de santé. C'est la même confusion entre atteinte à la santé et incapacité de travail que fait le Dr G._____ lorsqu'il conteste le fait qu'un épisode dépressif moyen puisse justifier une incapacité de travail temporaire de quelques semaines au plus, en s'appuyant sur la définition de la CIM-10, qui stipule que chaque épisode persiste pendant trois à douze mois dès lors qu'un épisode dépressif moyen n'est pas obligatoirement incapacitant pour toute sa durée.

En définitive, les conclusions du Dr G._____ ne peuvent être suivies.

b) Le Dr Z._____ diagnostique un trouble de somatisation, un état dépressif léger, un trouble panique avec agoraphobie de degré léger, une non observance au traitement (Floxyfral, Loramet) ainsi qu'une personnalité immature à traits histrio-dépendants. Il retient une amplification importante des symptômes de nature volontaire en se fondant sur les tests psychométriques et sur la non observance au

traitement médical attestée par les dosages sériques (Floxyfral, Loramet). Il estime que la majoration volontaire des symptômes soulignée par la non observance au traitement traduit bien un acte de volonté, signifiant par là même que l'assurée ne fait pas tout ce qu'on est en droit d'attendre d'elle pour améliorer sa capacité de travail ; il en conclut qu'il s'agit d'une hystérie secondaire. Relevant qu'il existe bien une vulnérabilité émotionnelle et des difficultés adaptatives véritables chez l'expertisée, il observe que les sujets présentant des troubles hystériques réellement décompensés à l'origine d'une importante souffrance psychologique, c'est-à-dire dominés par des processus inconscients, ont en général une bonne observance thérapeutique, ce qui n'est pas le cas ici. Il estime en conséquence la capacité de travail entière.

Il résulte ainsi de ce rapport d'expertise que le Dr Z. _____ s'est fondé principalement sur la non observance du traitement médical pour en déduire qu'il y avait une majoration volontaire des symptômes et que les troubles hystériques qu'il avait observés n'étaient pas réellement décompensés. Or le Dr T. _____ expose notamment que la recourante n'a pas pris de Floxyfral en vue de l'expertise afin d'arriver dans un état « natif » devant l'expert, que les constatations de celui-ci quant aux dosages médicamenteux sont insuffisantes et, enfin, que le Loramet ne fait pas partie du traitement. En outre, aucun des médecins qui ont examiné la recourante ne fait état de majoration volontaire des symptômes. En particulier, le Pr N. _____ ne le mentionne pas, ni la Dresse O. _____, laquelle précise que la recourante avait un comportement démonstratif et agressif, mais authentique dans sa souffrance, et note ne pas avoir objectivé la présence de symptômes du registre de l'hystérie, ni de tendance exagérée à la dramatisation et à l'égoïsme évoqués dans l'expertise du Dr Z. _____. La Dresse A. _____ fait état d'un suivi régulier par sa patiente du traitement psychothérapeutique et médicamenteux. Enfin, il paraît discutable à l'expert X. _____ d'affirmer qu'un patient majore volontairement ses troubles s'il ne prend pas son traitement médicamenteux et cote fort aux questionnaires d'auto-évaluation qui lui sont soumis. Quant aux tests psychométriques, il estime qu'ils ont une valeur limitée en expertise car ils

n'ont pas été validés dans ce contexte particulier. Pour sa part, il ne retient pas de majoration volontaire.

Au vu de ces éléments, les constatations et conclusions de l'expert Z._____, qui s'écartent de manière non convaincante de celles de l'ensemble des autres médecins, apparaissent douteuses, de sorte que l'on ne peut pas considérer que l'expertise a valeur probante.

c) Le Pr N._____ diagnostique un trouble dépressif majeur, une insomnie liée au trouble dépressif majeur, des attaques de panique, un trouble de l'alimentation de type boulimique et une fibromyalgie. Il mentionne que les troubles psychiques sont présents dès l'adolescence, qu'ils sont aggravés par la fibromyalgie, et est d'avis qu'il y a de fortes chances pour que ces troubles deviennent chroniques. Il estime l'incapacité de travail à 100% dès le 29 juin 1999 dans toute profession.

La Dresse O._____ mentionne quant à elle que, sous traitement médicamenteux antidépresseur, accompagné d'une psychothérapie de soutien, les symptômes dépressifs aigus mentionnés par le Pr N._____ se sont progressivement améliorés et qu'actuellement l'état de l'assurée est stabilisé. Elle diagnostique dès lors un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, l'incapacité de travail étant de 20% depuis le 6 juillet 2001. En outre, elle diagnostique un syndrome douloureux somatoforme persistant, un trouble panique avec agoraphobie de degré léger, une personnalité immature à traits dépendants ainsi que des phobies spécifiques depuis l'enfance, d'intensité légère.

L'expert remarque que le fait que le Dr N._____ parle de « symptomatologie anxio-dépressive et de facteurs circonstanciels aggravants » suggère un épisode dépressif non sévère et que les autres pathologies mentionnées (paniques, boulimie) se sont amendées depuis lors. Il rejoint l'appréciation de la Dresse O._____, laquelle, en 2002, arrive à peu près au même diagnostic que lui. Il estime qu'elle retient un trouble somatoforme douloureux au lieu de la fibromyalgie, ce qui ne

change rien à l'appréciation des conséquences fonctionnelles, et que seule l'appréciation des répercussions sur la capacité de travail diverge entre eux, cette différence d'appréciation tenant peut-être au fait qu'il estime que les divers troubles psychiques et la fibromyalgie ont des effets cumulés, donc qui se renforcent réciproquement. Enfin, l'expert, concernant les conclusions de la Dresse A._____, estime que l'état clinique décrit correspond dans les grandes lignes à ses propres observations, mais que le tableau clinique justifie uniquement une certaine limitation durable de la capacité de travail sous la forme d'une baisse de rendement, mais pas une incapacité totale.

d) Il résulte de ces rapports médicaux que les troubles dépressifs, phobiques et de la personnalité de la recourante, présents dès son adolescence, ne sont pas réactionnels à la fibromyalgie. Ils constituent ainsi une comorbidité psychiatrique entraînant à eux seuls une incapacité totale de travail, laquelle a pu être réduite grâce au traitement, s'agissant en particulier des troubles phobiques. L'expert ne retient d'ailleurs pas le trouble somatoforme. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les autres critères concernant les troubles somatoformes ou la fibromyalgie.

e) Il convient en outre d'admettre, avec les Drs N._____ et O._____, que le trouble dépressif majeur, aggravé par les troubles phobiques et la fibromyalgie, a entraîné une incapacité de travail de 100% dès le 29 juin 1999. La Dresse O._____ a observé lors de son examen psychiatrique du 30 mai 2002 que les troubles dépressifs aigus s'étaient améliorés grâce au traitement, de même que les troubles phobiques. Elle situe toutefois cette amélioration dès le 5 juillet 2001, date du premier entretien de la recourante avec le Dr Z._____. Or, comme retenu ci-dessus, tant les observations que les conclusions de cet expert sont dans le cas présent douteuses, de sorte qu'elles ne peuvent être prises en compte.

Il y a dès lors lieu d'admettre une amélioration de l'état de santé psychique de la recourante. Quant à la date de cette amélioration, l'expert retient certes une capacité de travail de 60% dès septembre

2002. Toutefois, il déclare que seule l'appréciation des répercussions sur la capacité de travail diverge entre la Dresse O. _____ et lui (20% pour elle, 40% selon lui). Au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante (ATF 121 V 45 consid. 2a ; ATF 121 V 204 consid. 6b ; ATF 118 V 286 consid. 1b ; ATF 117 V 359 consid. 4a), il y a lieu dès lors de retenir que cette amélioration a eu lieu dès le 30 mai 2002, date de l'examen effectué par la psychiatre du SMR.

f) S'agissant tant des troubles dont est atteinte la recourante que de sa capacité de travail dès le 30 mai 2002, l'expertise du Dr X. _____ est complète et détaillée. Elle comporte une anamnèse et fait état des plaintes de la recourante. Ses conclusions sont claires et bien motivées. Il a expliqué de manière exhaustive les motifs pour lesquels il s'écarte de l'avis des autres praticiens. Cette expertise correspond ainsi aux critères posés par la jurisprudence, il n'y a en conséquence pas de motifs de s'en écarter.

Il y a dès lors lieu d'admettre que la capacité de travail sur le plan psychique est de 60% dès le 30 mai 2002.

g) Enfin, s'agissant de la date à partir de laquelle une incapacité de travail sur le plan psychique est avérée, on doit admettre, avec la Dresse L. _____, qu'elle était de 20% dès le mois de septembre 1998. En effet, il résulte de la documentation médicale, notamment du rapport du Dr N. _____ du 8 août 2000, que la recourante souffrait de troubles psychiques depuis longtemps et que ceux-ci ont connu une phase aiguë dès juin 1999 pour se stabiliser en mai 2002. Retenir que, dès le 28 septembre 1998, l'assurée souffrait déjà de troubles entraînant une incapacité de travail de 20% apparaît ainsi le plus vraisemblable.

C'est du reste ce qu'a retenu l'OAI, suivant l'avis du SMR, puisqu'il a fondé l'octroi d'un quart de rente du 1^{er} septembre au 31 novembre 1999 sur la base d'un taux d'invalidité de 40%, correspondant à la moyenne des incapacités de travail présentées durant cette période (20% de septembre 1998 à juin 1999 et 100% de juillet à septembre

1999), compte tenu du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 29 al. 1^{er} let. b LAI et du délai de trois mois d'aggravation énoncé par l'art. 88a al. 2 RAI.

9. Il résulte de ce qui précède que l'incapacité de travail de la recourante a été, dans une activité adaptée, de 20% du 28 septembre 1998 au 28 juin 1999, puis de 100% jusqu'au 29 mai 2002, puis de 40% depuis lors.

10. a) Pour déterminer le degré d'invalidité, il y a lieu de procéder, s'agissant d'une assurée qui exerçait auparavant une activité lucrative à 100%, à la comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGA).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente, en l'espèce en 1999 (et non 2003 comme retenu par l'OAI) ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment, et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATFA du 16 octobre 2003, I 665/02, consid. 2.2 ; cf. également ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

b) En ce qui concerne le revenu sans invalidité, le salaire annuel de la recourante s'élevait en 1998 à 3'110 fr. servi treize fois l'an, savoir à 40'430 francs. Si l'on effectue une adaptation à l'évolution des salaires entre 1998 et 1999, soit 0,3%, on obtient 40'551 fr. 30.

c) Quant au revenu de l'activité raisonnablement exigible, il doit être déterminé en se référant aux conditions d'un marché du travail équilibré et structuré offrant un éventail d'emplois diversifiés. Il s'agit donc d'une notion théorique (Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, Bâle 1998, n. 77 ; ATFA du 5 février 2004, U 167/03, consid. 3.3). Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tabelles statistiques (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb, et les

références citées) ou de données salariales résultant de DPT (ATF 129 V 472).

En l'occurrence, la recourante a cessé toute activité lucrative et l'intimé a eu recours à quatre DPT, offrant en moyenne un salaire mensuel brut de 2'660 fr. servi treize fois l'an, soit 34'580 fr. par an. Après comparaison avec le gain sans invalidité, l'invalidité serait de 20,59%, ce qui n'ouvrirait pas le droit à une rente.

La jurisprudence du TFA admet le recours aux DPT (sur la base d'une banque de données constituée à l'origine par la CNA), à la condition toutefois que celles-ci soient au nombre de cinq au moins (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

Faute pour l'OAI d'avoir présenté au moins cinq DPT et compte tenu du fait que celles qui ont été fournies portent sur l'année 2003, il convient de renoncer à se fonder sur des DPT et d'avoir recours aux salaires statistiques.

d) Il résulte de l'ESS que le salaire de référence pour 1998 est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, savoir 3'505 fr. par mois (Office fédéral de la statistique, ESS 1998, publiée en 2000, TA1, p. 25, niveau de qualifications 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 1999 (41,8 heures ; La Vie économique 3/2001, p. 100, tableau B9.2, citée par l'ATFA du 4 septembre 2002, I 774/01, consid. 4b), ce montant doit être porté à 3'662 fr.70, soit 43'952 fr. 70 par an, qu'il convient d'adapter en 1999 au taux de 0,3%, le montant obtenu s'élevant ainsi à 44'084 fr. 50. Il faut en outre prendre en considération le fait que la capacité de travail de la recourante est réduite de 40%, ce qui donne 26'450 fr. 70.

e) Enfin, la mesure dans laquelle les salaires d'invalides ressortant des statistiques doivent être réduits – d'une manière qui ne soit

pas schématique – résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation et dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Il s'agit en effet de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATFA du 28 novembre 2003, I 553/03, consid. 5.4 ; ATFA du 29 juillet 2003, I 405/03, consid. 5.2 ; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc ; VSI 2002 p. 64 consid. 4b).

Dans le cas présent, eu égard à l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas, notamment les limitations de la recourante sur le plan rhumatologique, mais aussi les différentes allergies dont elle souffre et qui la limitent dans le choix de sa profession, ainsi que son taux d'occupation exigible réduit à 60%, il se justifie de procéder à un abattement de 10%.

Le revenu d'invalidé déterminant s'élève ainsi à 23'805 fr. 60.

f) La comparaison de ce gain avec un revenu réalisable sans invalidité de 40'551 fr. 30 conduit à une invalidité de 41,3% ($[40'551 \text{ fr. } 30 - 23'805 \text{ fr. } 60] \times 100 / 40'551 \text{ fr. } 30$).

11. La recourante a dès lors droit à un quart de rente fondé sur un taux d'invalidité de 40% du 1^{er} septembre au 30 novembre 1999 comme retenu par l'OAI (délai de trois mois de l'art. 88a al. 2 RAI), puis à une rente entière du 1^{er} décembre 1999 au 31 août 2002 (délai de trois mois

de l'art. 88a al. 1, 2^{ème} phrase, RAI), puis à un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2002, avec les rentes accessoires, sous déduction des indemnités journalières versées.

12. Il s'ensuit que le recours doit être partiellement admis. Des dépens réduits à hauteur de 1'800 fr. doivent être alloués à la recourante (art. 55 LPA-VD). Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 49 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis partiellement.

- II.** La décision sur opposition du 22 septembre 2004 rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'après le 31 octobre 2001, une rente entière d'invalidité est versée à H._____ jusqu'au 31 août 2002, puis un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2002, avec les rentes accessoires, sous déduction des indemnités journalières versées.

- III.** L'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H._____ la somme de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

- IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Anne-Sylvie Dupont (pour la recourante) ;
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) ;
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal

fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :