

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 novembre 2010

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Neu, juge et M. Zbinden, assesseur
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

G. _____, à Morges, recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. G._____, née en 1967, d'origine [...], est venue en Suisse en 1988 et est au bénéfice d'un permis B humanitaire depuis 1995. Elle a tout d'abord travaillé à 100 % auprès de [...] de 1989 à 1991, puis comme femme de chambre dans un hôtel à [...] de 1992 à 1994. Par la suite, elle a notamment travaillé en qualité d'aide-infirmière à l'EMS " [...] à [...] du 1^{er} janvier 2000 au 30 novembre 2005. Elle a été en incapacité totale de travail du 9 février 2004 au 6 mai 2004, à 50 % du 7 mai 2005 au 24 mai 2005, à 40 % du 25 mai 2005 au 21 août 2005, puis à 50 % dès le 22 août 2005 pour une durée indéterminée. Son cas a été pris en charge par l'assureur perte de gain X._____. L'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée pour cause d'incapacités de travail répétées avec effet au 30 novembre 2005.

Souffrant de troubles psychologiques, l'intéressée a séjourné en 1997 à l'Hôpital psychiatrique de [...] du 8 au 13 août 1997. Suivie par le CPS de [...] jusqu'en 2004, elle consulte depuis lors à raison de tous les 15 jours la Dresse K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

G._____ a formulé le 20 septembre 2005 une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une dépression et de crises d'angoisse. Dans un rapport médical du 1^{er} novembre 2005, la Dresse K._____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'épisode dépressif de gravité moyenne à sévère chronique, de troubles de panique avec attaques de panique paucisymptomatiques, de personnalité à traits passifs-dépendants et de facteurs de stress familiaux et conjugaux; inadaptation socio-culturelle, émancipation de ses deux enfants. Elle a attesté une incapacité de travail à 100 % du 9 février au 6 mai 2004, à 50 % du 7 mai au 24 avril (recte mai) 2005 et à 50 % dès le 22 août 2005 pour une durée indéterminée, en précisant ce qui suit :

"Cette patiente présente un état dépressif, avec troubles paniques, depuis de très nombreuses années, certainement

depuis ses 12 ans quand elle s'est vue contrainte de quitter ses parents pour rejoindre son frère aîné en Suisse. Elle a accumulé au cours de sa vie de nombreuses blessures et contraintes, qu'elle a subi; quitter ses parents, mariage arrangé avec un homme qu'elle ne souhaitait pas, conflit permanent avec ce mari, deux IVG "forcées" par ce mari en 1997 et 2004, conflit culturel avec une partie de sa fratrie (où les femmes n'ont pas leur mot à dire) et entre son mari et elle et ses enfants ...

Il faut ajouter à cela encore deux situations assez récentes : sa mère est retournée en [...] à fin 2004, elle est en fin de vie; et un neveu dont elle s'est occupée pendant plusieurs années et avec qui elle a gardé un lien très proche est incarcéré depuis environ un an et demi. Pour couronner le tout, alors qu'elle s'était totalement investie dans son travail, malgré l'apparition de troubles psychiques importants, elle reçoit sa lettre de licenciement...

Malgré un suivi psychiatrique bien investi et une bonne compliance médicamenteuse, la patiente n'a pu récupérer sa capacité entière de travail et j'estime qu'une rente AI à 50 % est totalement indiquée".

Compte tenu de ces éléments, l'OAI a mandaté le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) pour la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 27 août 2007 faisant suite à un examen psychiatrique du 7 août 2007, la Dresse T._____, spécialiste FMH en psychiatrie, n'a retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, en précisant notamment ce qui suit :

"Dans ses antécédents, elle a été hospitalisée pour un épisode dépressif entre le 08 et le 13.08.97 à [...]. Depuis cette époque, elle a un suivi psychiatrique chez la Dresse K._____, qu'elle voit à raison de 2 fois par mois. L'existence de cet épisode dépressif est crédible et vraisemblable, il n'est pas remis en question par l'appréciation de ce jour.

L'observation actuelle met en évidence une assurée profondément souffrante de la qualité de son existence : elle peine à supporter son époux, issu d'un mariage forcé, déplore le décès de ses parents (le père en 1985 et la mère le 24.11.2005). Son vécu est objectivement difficile.

Cette souffrance n'est toutefois pas corrélée à un diagnostic actuel de dépression, au sens des classifications internationales. L'épisode dépressif décrit en 1997 est en rémission. Aucun élément de la lignée anxieuse n'a non plus été décelé.

Face au rapport médical daté du 01.11.05, établi par la Dresse K._____, celle-ci mentionne des diagnostics d'épisodes dépressifs et de troubles panique : ceux-ci ont été mis sur le compte de la souffrance liée à des difficultés familiales, donc d'une souffrance à caractère réactionnel, non endogène, puisque l'assurée n'a actuellement aucun

signe de dépression ni de trouble panique objectivable. Par ailleurs, il est mentionné dans ce même document (sous alinéa 2.1 de l'annexe au Rapport médical) que l'assurée, ne sachant ni lire ni écrire le français, pourrait bénéficier de cours. Ces mesures pourraient l'aider à retrouver plus facilement un poste de travail, et peut-être diminuer son taux d'incapacité. L'origine psycho-sociale de la non-activité professionnelle de l'assurée est par là-même confirmée, elle ne peut être reconnue comme une atteinte invalidante à la santé au sens de la LAI".

La Dresse T._____ a dès lors considéré qu'une totale capacité de travail était exigible depuis toujours sur le plan strictement psychiatrique dans l'activité habituelle (aide-infirmière ou aide-soignante).

Dans deux rapports médicaux datés des 26 février 2006 et 26 août 2007, la Dresse M._____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée, a indiqué que l'état de santé de sa patiente sur le plan somatique était stationnaire et que les diagnostics retenus, à savoir l'asthme allergique et la thrombocytose d'origine inconnue, ainsi que la sinusite n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée.

B. En date du 27 novembre 2007, l'OAI a adressé à G._____ un projet de décision dans le sens d'un refus d'une rente d'invalidité.

En date du 11 décembre 2007, l'intéressée a contesté ce projet de décision en indiquant que les incapacités de travail attestées par sa psychiatre traitant avaient été confirmées par le rapport d'expertise du Dr V._____, mandaté en 2005 par l'assureur perte de gain. Elle a ainsi fait valoir que son licenciement était intervenu en raison de ses absences répétées liées à ses troubles psychiques et non pas à une problématique psychosociale.

Par décision et lettre du 6 mars 2008, l'OAI a confirmé sa décision antérieure. Se fondant sur l'examen psychiatrique réalisé par la Dresse T._____ du SMR, il a considéré que la contestation de l'assurée n'apportait aucun élément nouveau susceptible de modifier sa position. En

outre, l'examen clinique du SMR se basait sur des examens complets, prenait en compte les plaintes exprimées et décrivait clairement le contexte médical, raison pour laquelle il revêtait dès lors pleine valeur probante.

C. a) Par acte de son mandataire du 18 avril 2008, G._____ interjette recours contre cette décision, conclut à l'admission du recours et à l'annulation de la décision attaquée, principalement à la constatation de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, subsidiairement au renvoi de la décision à l'intimé pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants, sous suite de frais et dépens. Sur le plan psychiatrique, elle se réfère à un avis médical du 17 avril 2008 de la Dresse K._____ qui confirme un suivi régulier et ininterrompu jusqu'à ce jour. Cette praticienne a déclaré être en complet désaccord avec l'argumentation et les conclusions du rapport du 27 août 2007 du SMR. Sans nier l'existence de certains facteurs psycho-sociaux ou liés au conflit conjugal, la Dresse K._____ leur a attribué un rôle de simple déclencheur. Elle a par ailleurs observé une dégradation malgré une augmentation drastique du traitement et une bonne compliance de l'assurée. La recourante relève également que l'OAI n'a pas tenu compte du rapport d'expertise psychiatrique du 26 mai 2005 du Dr V._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, établi à la demande de l'assureur perte de gain X._____. Sur le plan somatique, la Dresse M._____ a mentionné d'autres troubles, dont de l'asthme, une allergie, une thrombocythose d'origine inconnue, des céphalées, une nuchalgie et une sinusite. En tout état de cause, l'assurée allègue que son dossier a été insuffisamment instruit, puisqu'elle a par exemple en 2007 présenté une thrombose cérébrale consécutive à une thrombocythose. La sinusite chronique est ainsi attestée par un rapport du 5 février 2008 du Dr R._____, spécialiste FMH en ORL et chirurgie cervico-faciale. Il semble qu'elle ait développé une atteinte hématologique de nature et d'origine inconnue, qui pourrait expliquer sa sinusite chronique, ainsi que son état de fatigue extrême. Suivie pour cette atteinte par la Dresse J._____, spécialiste FMH en médecine interne et hématologie, les investigations ne

sont pas terminées à ce jour (rapports des 9 juillet 2007 et 29 mai 2008). Enfin, elle précise qu'elle parle un français parfait et qu'elle a exercé différents métiers, même si elle n'a pas acquis la formation à laquelle elle aurait pu espérer vu ses capacités. Par ailleurs, ses deux enfants sont parfaitement intégrés : sa fille est au gymnase, alors que son fils, en dernière année de scolarité obligatoire, va commencer le gymnase. Il est vrai qu'elle a rencontré des difficultés conjugales, mais comme dans tous les couples. Ce type de problème ne saurait en faire systématiquement des vies ratées et des épouses dépressives. Par courrier du 12 juin 2008, l'assurée a transmis une lettre du 29 mai 2008 de la Dresse J._____, ainsi que des annotations manuscrites de la Dresse M._____ suite à des questions posées par le mandataire de l'assurée en date du 17 avril 2008.

La recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comprenant l'assistance d'un avocat, avec effet au 1^{er} juillet 2008.

b) Dans sa réponse du 23 juillet 2008, l'intimé a précisé que sur le plan somatique, le problème de thrombose du sinus traverse était décrit par la Dresse M._____, dans son rapport du 26 août 2007, comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, appréciation qui n'avait pas été contredite par la Dresse J._____, laquelle décrivait la recourante comme étant en bon état général. D'un point de vue psychiatrique, l'intimé a estimé qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr V._____ au vu des incapacités de travail relevées dans l'avis médical du SMR du 21 juillet 2008 établi par le Dr Q._____, médecin-chef adjoint avec le concours de la Dresse T._____. Dès lors, à l'issue du délai d'attente d'une année prévu à l'art. 29 al. 1 let. b LAI (dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007), soit le 1^{er} février 2005, le taux d'invalidité moyen se monte à 62.5 %, ce qui ouvre le droit à un trois-quarts de rente, lequel sera remplacé, en application de l'article 88a al. 1 RAI, par une demi-rente dès le 1^{er} mai 2005. Toutefois, la demi-rente sera remplacée par un quart de rente, et ce du 1^{er} août 2005 au 31 octobre 2005. En effet, dès août 2005, la capacité de travail exigible est de 80 %, ce qui est insuffisant pour prétendre au maintien du quart de rente. Finalement, suite à l'examen clinique du SMR du 27 août 2007, et en

l'absence de document médical attestant une amélioration depuis l'expertise du Dr V._____, une pleine capacité de travail devait être reconnue depuis le mois d'août 2007. L'intimé a dès lors préavisé à l'admission du recours dans le sens de ce qui précède.

c) Dans sa réplique du 15 février 2010, l'assurée fait état d'une part d'un rapport du 22 janvier 2010 de la Dresse K._____ attestant d'un état dépressif moyen à sévère, d'angoisses et de problèmes somatiques persistants et d'autre part d'un rapport du 8 février 2010 de la Dresse M._____ précisant que la situation médicale de la patiente est stable hormis une asthénie en cours d'investigations.

d) Dans sa duplique du 17 mars 2010, l'intimé s'est référé à sa précédente écriture.

E n d r o i t :

1. Interjeté le 18 avril 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]), compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) a subi deux révisions depuis 2002, alors que la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a entraîné la modification de nombreuses

dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, si bien qu'il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 6 mars 2008.

Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4^e révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5^e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1er janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

3. La recourante se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle elle prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale.

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

LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

4. a) En l'espèce, la recourante a déposé une demande de rente AI en invoquant une dépression et des crises d'angoisse et n'a ainsi nullement fait état de troubles physiques pour justifier l'octroi d'une rente. Elle ne saurait donc a posteriori, soit dans le cadre de son recours, faire grief à l'intimé de ne pas avoir examiné cet aspect. En tout état de cause, aucun des documents contenus dans le dossier ne fait état d'éléments objectifs permettant de retenir une atteinte sur le plan somatique ayant des incidences sur la capacité de travail de l'assurée.

Ainsi dans son rapport du 26 février 2006, la Dresse M. _____ a considéré que les diagnostics retenus, à savoir l'asthme allergique et la thrombocytose d'origine inconnue n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail, précisant au demeurant que l'incapacité de travail était de 0 %. Cette praticienne n'a d'ailleurs pas complété l'annexe au rapport médical relative à l'évaluation de la réinsertion professionnelle et/ou de la demande de rente, considérant que cet aspect incombait à la Dresse K. _____. Dans un rapport du 9 juillet 2007, la Dresse J. _____, spécialiste en médecine interne et hématologie, a précisé que la patiente avait souffert d'une trombose du sinus traverse gauche en septembre 2006 et qu'il y avait lieu de poursuivre des investigations en raison d'une lymphocytose et une thrombocytose modérée d'origine indéterminée. Dans un rapport médical ultérieur, soit du 26 août 2007, sollicité par l'intimé à la demande de la Dresse K. _____ (lettre du 29 mai 2007), la Dresse M. _____ a confirmé que l'état de santé de l'assurée sur le plan somatique était stationnaire et que les diagnostics contenus dans son

rapport du 26 février 2006, ainsi que la sinusite n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. S'agissant de la sinusite, le Dr R._____, spécialiste FMH en ORL et en chirurgie cervico-faciale, que l'assurée a consulté à la demande de la Dresse M._____, a relevé que la recourante présentait une sinusite chronique qui semblait s'améliorer, sans attester une quelconque incapacité de travail pour ce motif (rapport du 5 février 2008).

Postérieurement à la décision attaquée, la Dresse J._____ a considéré que l'assurée était en bon état général et que sous réserve de l'embonpoint, il n'y avait aucune adénopathie, ni hépatosplénomégalie, l'hémogramme relevant certes toujours une légère lymphocytose absolue à 4.7 G/l, cependant sans nette aggravation par rapport aux examens précédents (4.5 G/l) en juin 2007 (rapport du 29 mai 2008). La Dresse K._____ a, quant à elle, fait état le 22 janvier 2010 de problèmes somatiques persistants, sans toutefois donner de plus amples détails, n'étant pas une spécialiste des troubles physiques. La Dresse M._____ a enfin constaté que la situation médicale de sa patiente était stable, hormis une asthénie en cours d'investigation (lettre du 8 février 2010).

En conséquence, les appréciations de la Dresse M._____, médecin traitant de l'intéressée, sont non seulement cohérentes, mais ne sont au demeurant pas remises en cause de manière déterminante par les attestations médicales des autres spécialistes que l'assurée a consultés. Dans ces conditions, force est de constater que la Cour de céans n'a pas de raison suffisante de s'écarter des conclusions contenues dans les rapports précités, de sorte qu'il convient de constater que les troubles somatiques dont souffre l'assurée ne revêtent pas un caractère invalidant.

b) Sur le plan psychiatrique, le Dr V._____ a, dans son rapport d'expertise du 26 mai 2005 établi à la demande de X._____, posé les diagnostics d'épisode dépressif de gravité légère à moyenne chronique, de trouble panique avec attaques de panique paucisymptomatiques, de personnalité à traits passifs-dépendants et histrioniques "subdécompensée" et de facteurs de stress familiaux et conjugaux,

inadaptation socio-culturelle, émancipation de ses enfants. Ce praticien a notamment indiqué ce qui suit (rapport d'expertise du 26 mai 2005, p. 16-17) :

"D'un point de vue psychopathologique, Madame G. _____ présente actuellement un épisode dépressif de gravité légère à moyenne, probablement chronique depuis plusieurs années dans un contexte de difficultés conjugales, familiales et l'émancipation de ses enfants. Le trouble panique qui s'est développé depuis 1997 paraît avoir évolué favorablement depuis une année car les attaques de panique sont tout au plus paucisymptomatiques et ne sont pas accompagnées d'une agoraphobie. Par conséquent, elles n'engendrent pas de conduites d'évitement marquées. Les attaques de panique surviennent que deux fois par semaine en moyenne et ne durent que quelques minutes"... "Madame G. _____ paraît comme une personnalité émotive, fragile, probablement du registre passif-dépendant et histrionique d'où une perception parfois assez dramatique de ses problèmes existentiels et un discours qui paraît volontiers très autocentré. Cette vulnérabilité de sa personnalité représente un facteur de vulnérabilité puisque G. _____ est assez rigide, peine peut-être à se remettre en question et tend à attribuer à autrui la causalité de ses maux, de ses difficultés. Nous relevons aussi comme facteur de mauvais pronostic un contexte familial, conjugal qui a peu de chance de s'améliorer, l'inadaptation socio-culturelle et l'émancipation progressive de ses deux enfants réactivent probablement les conflits conjugaux et familiaux. A ce titre, sa pathologie psychiatrique exprime peut-être aussi sa dépendance à l'égard de ses enfants qui, probablement, joue un rôle important dans l'équilibre de la famille".

Le rapport d'expertise du Dr V. _____ du 26 mai 2005 repose sur des examens particulièrement complets (entretien du 22 avril 2005, tests psychométriques et examens paracliniques) et son contenu répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des expertises médicales (cf. consid. 3b supra). Il décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants, l'appréciation de la situation médicale est bien expliquée et les conclusions de l'expert sont parfaitement motivées. Les raisons pour lesquelles un épisode dépressif léger à moyen, selon les tests d'Hamilton, est le mieux à même de décrire la psychopathologie de la recourante fait l'objet d'une démonstration convaincante. Ce rapport d'expertise doit dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante.

c) Les différents rapports de la Dresse K._____ ne font pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du Dr V._____ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette expertise. Les différents courriers et rapports de cette praticienne, dont le lien thérapeutique empêche de conférer à son appréciation la même valeur probante qu'à celle d'un expert neutre, ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions parfaitement argumentées de l'expert V._____, ni sur le chapitre de l'état dépressif et des autres troubles, ni sur celui de l'évolution de la capacité de travail.

En ce qui concerne le trouble dépressif, l'expert V._____ a expliqué de manière convaincante les motifs pour lesquels un trouble dépressif grave ne pouvait être retenu et que seul le diagnostic d'état dépressif léger à moyen devait être posé. La Dresse K._____ a, quant à elle, attesté un épisode dépressif de gravité moyenne à sévère chronique depuis 1997 (rapport médical du 1^{er} novembre 2005) et a considéré qu'une rente AI à 50 % était totalement indiquée. Dans le cadre d'un questionnaire établi par le mandataire de l'assurée, la Dresse K._____ a uniquement répondu à l'affirmative à la question de savoir si elle avait constaté une péjoration, globalement, des symptômes de sa patiente, sans donner de plus amples détails. Or, son avis n'emporte pas la conviction, car il n'est pas suffisamment étayé pour permettre de retenir, au-delà de renseignements anamnestiques (mère en fin de vie, neveu incarcéré, licenciement), un état dépressif sévère. Sur ce point également, l'avis de la Dresse T._____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui a examiné l'assurée le 7 août 2007 (rapport d'expertise du 27 août 2007) corrobore l'appréciation faite antérieurement par l'expert V._____ (rapport d'expertise du 26 mai 2005), à savoir que l'assurée ne présente aucun état dépressif grave, ni trouble de panique objectivable. La Dresse T._____ a ainsi indiqué que le vécu objectivement difficile de la recourante (mariage forcé, décès de ses parents en 1985 et novembre 2005) mettait certes en évidence une assurée profondément souffrante de la qualité de son existence, mais n'était pas corrélé avec un diagnostic actuel de dépression au sens des classifications internationales.

d) S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, la Cour de céans considère qu'il n'y a aucun motif pour s'écarter des avis concordants de l'ensemble des médecins psychiatres (rapport des 26 mai 2005 Dr V._____, 1^{er} novembre 2006 de la Dresse K._____, et 21 juillet 2008 du Dr Q._____ avec le concours de la Dresse T._____) quant aux périodes d'incapacité de travail de l'assurée dès 2004, année durant laquelle la recourante a souffert de l'obligation d'interrompre une grossesse, son époux refusant d'être père une nouvelle fois. Le Dr V._____ a ainsi confirmé rétrospectivement l'incapacité de 50 % attestée par la Dresse K._____. Constatant cependant une très légère amélioration dans le sens d'une diminution du trouble panique ainsi que des symptômes dépressifs, le Dr V._____ a relevé que l'intéressée avait pu réorganiser son travail sous forme de deux jours et demi par semaine, alors que la conduite de son ménage était encore relativement préservé, ce qui indiquait qu'il existait encore une marge de manœuvre, élément toujours présent lors de l'expertise réalisée par la Dresse T._____ en 2007, puisque l'assurée assumait toujours en partie (avec l'aide de sa fille) la conduite de son ménage (y compris la lessive et le repassage). L'expert V._____ a cependant clairement expliqué les motifs pour lesquels une reprise immédiate de son activité lucrative n'était pas indiquée. Il a ainsi précisé ce qui suit à propos de la future capacité de travail de l'assurée :

"Comme nous l'avons communiqué à Madame G._____, nous pensons qu'il serait peut-être judicieux qu'elle puisse maintenant travailler à 60 % soit 3 jours par semaine dans un premier temps.

En effet avec ce type de personnalité, il faut toujours bien mesurer l'indication à poursuivre des incapacités de travail car le risque de chronicisation avec une évolution régressive est non négligeable ce qu'il faudrait éviter vu son jeune âge, d'autant plus que son activité professionnelle lui permet un peu de sortir de son milieu familial, de lui préserver une certaine autonomie, en tous les cas, financière, l'inactivité risque au contraire d'être délétère à moyen et long terme.

Au niveau pharmacologique, après une année de traitement Fluoxétine® bien conduit, il paraît judicieux d'envisager d'autres alternatives thérapeutiques. On pourrait éventuellement suggérer l'Efexor ER dont la posologie devrait se situer entre 150 et 300 mg/j. En cas d'échec, il faudrait réévaluer l'indication d'Anafranil® car il s'est avéré particulièrement efficace précédemment.

Si les mesures médicales susmentionnées sont entreprises et en fonction de la réponse au traitement, la reprise du travail peut-être à 80 % devrait être envisagée dans un délai de 2 mois à réévaluer auprès de la Dresse K._____".

e) Le SMR a dès lors retenu une incapacité de travail à 100 % du 9 février 2004 au 6 mai 2004, puis à 50 % du 7 mai 2004 au 26 mai 2005, à 40 % du 27 mai 2005 au 31 juillet 2005, puis à 20 % dès le 1^{er} août 2005 compte tenu notamment des conclusions de l'expertise du Dr V._____ (rapport d'expertise du 25 mai 2005) qui retient une reprise du travail à 80 % deux mois après l'expertise, élément admis par l'intimé dans ses observations du 23 juillet 2008. Compte tenu d'une incapacité de travail ayant débuté le 9 février 2004, l'intimé a précisé que l'invalidité moyenne se montait à 62.5 % dès le 1^{er} février 2005, soit à l'issue du délai d'attente d'une année prévu à l'article 29 al. 1 let. b LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), ce qui ouvre le droit à un trois-quarts de rente, lequel est remplacé, en application de l'article 88a al. 1 RAI, par une demi-rente dès le 1^{er} mai 2005. Toutefois, la demi-rente est remplacée par un quart de rente, compte tenu d'une incapacité de travail estimée à 40 % de mai à fin juillet 2005, et ce du 1^{er} août 2005 au 31 octobre 2005. En effet, dès le mois d'août 2005, la capacité de travail exigible est de 80 %, ce qui est insuffisant pour prétendre au maintien du quart de rente.

Ainsi, l'intimé a estimé qu'il y avait lieu de déduire de l'expertise du Dr V._____ du 26 mai 2005 que l'assurée avait droit à une rente en cascade (soit $\frac{3}{4}$, $\frac{1}{2}$ et $\frac{1}{4}$) qui devait cependant être supprimé dès le 1^{er} novembre 2005. Or, la reprise à 60 % n'a été qualifiée par le Dr V._____ que de "judicieuse", à savoir qu'elle serait souhaitable afin d'éviter le risque d'une évolution régressive. Toutefois, le Dr V._____ n'a jamais affirmé que l'intéressée en serait effectivement capable. En outre, l'amélioration à 80 % était hypothétique, c'est-à-dire sous réserve de l'évaluation à effectuer dès le mois d'août 2005 par la Dresse K._____, laquelle a ainsi maintenu une incapacité de travail à 50 % dès le 22 août 2005 pour une durée indéterminée (rapport médical du 1^{er} novembre 2005). Dès lors, la psychiatre traitante a clairement écarté la possibilité de

parvenir à une capacité de travail de 60 %, comme préconisé par l'expert, encore moins à 80 %. Ainsi, en l'absence d'évaluation ou de rapports de médecins psychiatres d'octobre 2005 jusqu'au 27 août 2007, date de l'examen clinique de la Dresse T. _____ constatant un retour à une pleine capacité, il y a lieu de retenir, comme le prônait d'ailleurs le Dr V. _____, l'avis de la Dresse K. _____, soit une incapacité inchangée de 50 % dès février 2004. En conséquence, la demi-rente, reconnue à juste titre par l'intimé dès le 1^{er} mai 2005 (soit 3 mois après l'amélioration du degré moyen de 62.5 % existant à l'échéance du délai d'attente), doit être octroyée jusqu'à la fin novembre 2007, soit 3 mois après l'amélioration constatée en août 2007 par la Dresse T. _____. La suppression de la demi-rente ne doit par conséquent intervenir qu'à partir du 1^{er} décembre 2007.

Il s'ensuit que la décision attaquée doit être réformée, en ce sens que la recourante doit être mise au bénéfice d'un trois-quarts de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} février 2005 au 30 avril 2005 et d'une demi-rente du 1^{er} mai 2005 au 30 novembre 2007.

On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas, bien entendu, d'une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse (ATF 121 V 266 cons. 1b et les références citées), pouvant donner lieu à une nouvelle décision et le cas échéant à l'octroi d'une rente si les conditions en sont remplies.

8. Au vu de ce qui précède, il se justifie d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il fixe le degré de l'invalidité et procède au calcul de la rente limitée dans le temps à servir à la recourante au sens du considérant 7e.

Pour le surplus, la décision attaquée doit être confirmée et le recours rejeté s'agissant des autres points litigieux.

9. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD). Il n'est pas perçu de frais de justice (art. 49 al. 1 et 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est partiellement admis.

- II.** La décision rendue le 6 mars 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que sont reconnus à la recourante G. _____ :
 - le droit à un trois-quarts de rente d'invalidité pour la période du 1^{er} février 2005 au 30 avril 2005;
 - le droit à une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} mai 2005 au 30 novembre 2007.

- III.** La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour qu'il fixe le montant des rentes précitées, la décision du 6 mars 2008 étant confirmée pour le surplus.

- IV.** Il n'est pas perçu de frais de justice.

- V.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

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

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :