

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 septembre 2011

Présidence de Mme BRÉLAZ BRAILLARD
Juges : Mme Rothenbacher et M. Monod, assesseur
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

Y. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me César Montalto,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. Y._____ (ci-après: l'assurée), née en 1972, a travaillé en qualité de cheffe de rayon au service de la [...]. Le 30 avril 2004, sur son lieu de travail, elle a ressenti des douleurs à la nuque et à l'épaule droite à la suite d'un mouvement brusque en déchargeant des marchandises.

Les 30 avril et 4 mai 2004, l'assurée a été examinée par le Dr S._____, spécialiste FMH en neurologie, qui a décrit, dans un rapport médical du 5 mai 2004, les diagnostics de douleur de l'épaule droite d'origine traumatique et d'hémisyndrome sensitif cervico-brachio-crural droite d'origine indéterminée. Il a constaté un tableau neurologique inhabituel, ne montrant aucun déficit moteur. Selon lui, les troubles de la sensibilité n'étaient probablement pas organiques, le doppler précérébral et l'IRM cervicale et cérébrale effectués confirmaient cette appréciation.

Dans un rapport du 26 mai 2004, la Dresse X._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a admis que si l'assurée avait présenté une contusion voire une élongation de la coiffe des rotateurs à droite, le tableau développé était celui d'un syndrome douloureux aigu invalidant, accompagné d'un début d'état dépressif. Elle proposait l'introduction d'un anti-dépresseur.

Par courrier du 22 décembre 2004, la Dresse X._____ a confirmé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux en précisant que l'assurée avait développé un état dépressif cumulant adynamie, fatigue et retrait social. Selon elle, cette problématique était liée à une surcharge professionnelle présente depuis 2004, suite à un conflit professionnel, un accident non reconnu chez une personne pour qui le travail revêtait une grande importance et une interruption volontaire de grossesse. Elle a estimé l'incapacité de travail à 100% dès le 1^{er} mai 2004.

Par décision du 26 avril 2005, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA), assureur-accident de

l'assurée, a refusé de prendre en charge l'événement du 30 avril 2004, faute de cause extérieure extraordinaire. Ce refus a été confirmé le 28 juillet 2005 par une décision sur opposition de la CNA, puis ultérieurement par jugement du 19 avril 2007 du Tribunal des assurances vaudois.

Le 10 juin 2005, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'allocation d'une rente. Elle y indiquait souffrir de fibromyalgie suite à un accident de travail.

Du 21 avril au 25 mai 2005, l'assurée a séjourné dans l'unité psychiatrique de la clinique [...], à Gland. Dans un rapport du 28 juin 2005, le Dr H._____, chef de clinique et psychiatre FMH, a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de personnalité émotionnellement labile et de migraines. Il a mis ces troubles en relation avec une surcharge professionnelle depuis le début 2004 auquel s'ajoutait encore une interruption de grossesse, élément perturbateur supplémentaire. Il a signalé des plaintes sous forme d'un mal-être intérieur intolérable et de difficultés à supporter son environnement familial. L'évolution clinique était en substance favorable. Au status psychiatrique, il a indiqué ce qui suit:

"Patiente orientée aux quatre modes, soignée de sa personne. Repli sur soi avec un retrait social important, baisse de l'élan vital avec fatigabilité. Anxiété à l'expression faciale et préoccupation excessive au sujet de son état de santé et de son avenir. Peur de ne pas pouvoir gérer sa vie et de ne plus se rétablir. Seuil de tolérance à la moindre frustration [...] bas avec réaction agressive verbalement envers son mari. Crispations musculaires avec douleurs généralisées atypiques. Cours de la pensée normal. Dans son contenu, on ne décèle pas d'idées noires, ni phobiques, ni obsessionnelles ni délirantes. Troubles du sommeil sous forme de difficultés d'endormissement et de réveils nocturnes à répétition, avec cauchemars. Pas de symptômes de la lignée psychotique. Conscience morbide présente. Hamilton de dépression à 26. Hamilton d'anxiété à 26. MADRS à 0. EGF (60-51)".

L'OAI a requis l'avis du Dr K._____, spécialiste FMH en médecine interne, qui en date du 30 juin 2005 a diagnostiqué des troubles somatoformes douloureux et un état dépressif. Il a retenu ce qui suit:

"Depuis plus d'un an, cette patiente se plaint de douleurs insupportables qui empêchent toute activité [...]. A cela s'ajoute évidemment une réaction dépressive, traitée, avec des idées noires. La patiente est continuellement en traitement chez la Drsse X._____, qui avait prescrit au mois d'avril une hospitalisation de 5 semaines à la clinique [...], sans amélioration évidente. Madame Y._____ est sincère dans ses plaintes. Une fatigue intense qui l'empêche de faire même son ménage s'explique très bien par cette situation. Toutefois, elle espère vivement pouvoir s'en sortir et reprendre une certaine activité (à la [...] où elle n'a pas été licenciée jusqu'à maintenant). L'idée d'être à charge de l'AI à long terme lui est profondément désagréable, car elle se sentirait rejetée de la société. A mon avis, il s'agit d'un cas "lourd" que vous devriez faire expertiser par un psychiatre expérimenté. [...]"

L'OAI a demandé l'avis de la Dresse D._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychiatre traitant de l'assurée. Le 17 juillet 2005, elle a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de trouble de la personnalité avec traits infantiles et paranoïaques depuis le printemps 2004. Elle a retenu une incapacité de travail de 100% sur le plan psychique dès avril 2004, avec un épisode d'incapacité à 50% en juillet et août 2004, puis de 100% dès septembre 2004. Dans le cadre de l'anamnèse, ce médecin a décrit le parcours professionnel de sa patiente en Suisse et son évolution au sein de l'entreprise [...], dans laquelle, très investie, elle s'est sentie valorisée jusqu'au conflit vécu début 2004, où tout s'est écroulé, ainsi que, dans le cadre familial, l'abandon de son futur mari à l'annonce de sa grossesse et plus tard l'obligation d'interrompre une grossesse au vu de l'importante médication absorbée. La Dresse D._____ a réservé le pronostic chez une femme qui s'est écroulée psychologiquement dans le contexte professionnel décrit, et expliqué la somatisation des douleurs comme possibilité d'éviter une plus grande décompensation psychique.

A la suite des constatations médicales, l'OAI a chargé la clinique Z._____ d'effectuer une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. En date du 1^{er} juin 2006, la Dresse Q._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation ainsi qu'en rhumatologie, a rédigé un consilium de rhumatologie, dont il ressort que les investigations entreprises suite à l'événement d'avril 2004 n'avaient pas démontré de réelles causes organiques aux plaintes avancées par la patiente. Ainsi, il

n'existait sur le plan musculo-squelettique aucune limitation à la capacité de travail. Le Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie, a rédigé un consilium de psychiatrie, dont il ressort notamment ce qui suit:

"2. PLAINTES ET DONNEES SUBJECTIVES

Plaintes: les plaintes de Madame Y._____ sont principalement de nature somatique. Bien qu'elles soient décrites de manière précise dans le consilium rhumatologique annexe, il faut néanmoins signaler que les sensations douloureuses sont généralisées: *«J'ai mal partout où il y a des articulations, les bras, les jambes...»*. Elle décrit des douleurs similaires à des *«...coups de couteau»*. Evoquant ses membres inférieurs, elle rapporte avoir parfois les *«jambes qui lâchent»*, à tel point qu'elle ne parvient plus à marcher. Elle se désole aussi d'avoir les *«...bras qui ne tiennent pas»*, paresthésie l'empêchant par exemple, dit-elle, de se maquiller les yeux. Elle a dit souffrir également de pertes d'équilibre ainsi que de vertiges.

Sur le plan psychique, elle évoque un épuisement dont elle ne connaît pas l'origine (*«Moi je suis épuisée mais de quoi?!»*) et une perte de libido depuis quelques années.

Retentissement des plaintes:

- Dans les activités de la vie quotidienne et le ménage : la vivacité d'antan de Madame Y._____ n'est plus qu'un lointain souvenir, explique-t-elle, puisqu'elle se dit à peine capable de *«...passer le plumeau et de remplir la machine à laver la vaisselle»*, à tel point qu'elle se laisse dire *«Pour le moment, c'est ma vie»*. Le sujet est délicat puisque face à son interlocuteur, les traits de son visage s'agitent soudainement et l'émotion la submerge alors qu'elle se retrouve confrontée à ses limitations *«J'ai essayé de faire plus mais mon corps le rejette!»*. Aussi, à en croire ses propos, c'est son mari qui s'occuperait de l'entretien de la maison en plus de son travail à plein temps. Elle serait tout de même capable de descendre à la cave et de mettre une machine en route. Pour en revenir au déroulement de ses journées, elle rapporte se lever à sept heures pour envoyer sa fille à l'école, réchauffer auparavant son lait et lui faire une tartine. Parfois, elle serait tellement fatiguée à son réveil qu'elle retournerait au lit ou sur le divan où elle passe d'ailleurs, à en croire ses propos, la plupart de son temps *«Des fois, je reste toute la journée comme ça»*. A midi, elle répond préparer le repas pour sa fille mais, sinon, *«...rien»*. Le soir, c'est son mari qui ferait le repas en rentrant du travail.

- Dans les relations sociales: sa situation sur le plan social s'est nettement améliorée au regard de celle qui fut effective au début de la cessation de son activité professionnelle l'année 2004. Si auparavant elle se *«...cachait pour éviter les gens»*, aujourd'hui elle *«...voit du monde»*. En effet, elle explique être invitée par des anciennes collègues avec lesquelles elle ferait *«...une promenade si je suis bien»*. Elle a également noué des liens significatifs lors de son séjour à la CLINIQUE [...] avec d'autres patients. Les contacts téléphoniques ou en face à face semblent être réguliers. Malgré tout, elle rapporte ne pas se sentir *«...assez entourée quand j'ai besoin*

d'un soutien». Par là, elle laisse entendre qu'elle peut difficilement communiquer au sujet de sa «maladie» avec son mari ainsi qu'avec son enfant, tout comme au reste de la famille. Apparemment, elle souhaite épargner sa fille qui aurait développé une anxiété pathologique depuis que sa mère fut hospitalisée durant quelques semaines à [...]: *«Elle a toujours peur que si je suis pas à la maison, je suis à l'hosto»*. Quant à son mari, elle a rapporté avec beaucoup d'emphase en fin d'entretien ne pas comprendre pourquoi elle le considère de plus en plus comme un étranger, supportant difficilement de rester à ses côtés et n'éprouvant absolument plus de désir libidinal pour le père de son enfant, ce qui semble la perturber passablement.

- Dans les activités nécessitant de la concentration: l'examinée ne s'est pas plainte d'une quelconque baisse de ses facultés à persévérer dans une activité nécessitant de la concentration. Au contraire, elle a expliqué avoir pris l'habitude au cours des dernières années de mettre par écrit ses ressentis intérieurs *«Des fois, je me soulage en écrivant ce que je ressens»*. Elle entreprendrait donc régulièrement cette activité d'écriture qu'elle considère comme étant cathartique.

- Dans l'activité professionnelle: l'assurée a effectué son dernier jour de travail à la [...] le 31 août 2004. Depuis, elle a été licenciée, restant persuadée que si elle avait pu assumer coûte que coûte un taux d'activité entre 20 et 50%, elle ne l'aurait jamais été. C'est sans peine que l'on croit ses propos lorsqu'elle explique avoir eu son travail très à coeur et se sentir depuis inutile. Son discours est tout de même parsemé d'une lueur d'espoir puisqu'elle souligne *«J'ai toujours de l'espoir...si demain je sens la force, je reprendrai à 20%, je ne veux pas me sentir un déchet, inutile»*. Toutefois, l'examinée est restée vague face à la question de son interlocuteur concernant sa vision du futur sur le plan professionnel. Elle a par contre rebondi sur le côté financier, exposant en somme les motifs sous-jacents au dépôt de sa demande de prestations sous forme de rente auprès de l'AI: *« Pour le moment, j'aimerais aider ma famille financièrement puisque l'aide sociale ne le veut pas »*.

3. STATUS CLINIQUE

Observations directes: Madame Y. _____ est un petit bout de femme rondelette qui porte des lunettes et une coupe de cheveux courte à la coloration foncée. L'apparence fut soignée puisqu'une attention particulière a été apportée quant à l'appareillement de son tee-shirt rose avec un sac à main de la même couleur tout comme avec sa veste. Arrivée de manière ponctuelle au COMAI, elle s'est faite accompagnée par une amie l'ayant attendue durant toute la journée.

C'est une femme vive d'esprit que l'on a observée durant les entretiens. En effet, elle a fait preuve d'une grande perspicacité dans ses explications, puisqu'elle fut capable de décrire avec beaucoup de précision ce qui est survenu le 30 avril 2004, mais surtout ce qui s'en est suivi. Par contre, plus les examens arrivaient à leur terme, plus l'assurée s'est montrée émotionnellement labile, se perdant dans une multitude de détails, lesquels ne répondaient pas systématiquement aux questions posées. Aussi, la dernière partie des entretiens a pris

une tournure quelque peu théâtrale et dramatique, rapportant les propos avec de plus en plus d'emphase et un côté infantile, sans que de réelles larmes ne coulent sur son visage. Il a fallu la recadrer gentiment à de nombreuses reprises puisqu'elle a fait preuve, soulignons-le encore, d'une tendance manifeste à se perdre dans les méandres d'un discours sans fin et sans but précis.

Signalons que l'accompagnatrice de l'assurée a adopté une attitude inadéquate face aux experts. En l'occurrence, dès son arrivée, elle a eu des propos ironiques et cyniques vis-à-vis de notre experte rhumatologue, puis par la suite avec l'expert psychiatre, ainsi qu'avec d'autres examinateurs. Elle a fait preuve en effet d'une attitude passive agressive curieuse, se montrant agréable et courtoise à certains moments (remerciant pour le café offert par exemple) et très agressive à d'autres, lançant à tout va des insinuations quant à la neutralité des experts et de l'Al «*Vous avez bien gagné votre journée avec deux patients ! Je le connais le Docteur L._____. L'Al paie des français...* ». Elle a ensuite cessé de sous-entendre qu'elle «*connaissait*» l'expert psychiatre, sans dire le fond de sa pensée, se rétractant dès lors qu'on lui proposa d'en discuter. Elle s'est également permise de faire un commentaire sur la durée des entretiens médico-psychologiques de l'après-midi, campant de pied ferme devant la porte du bureau dans lequel s'entretenaient l'assurée et son interlocuteur. Pourtant, face à ce comportement inhabituel, l'examinée a semblé ne rien trouver d'anormal, se contentant de suivre son amie, telle un enfant que l'on prendrait par la main.

[...]

Conclusion: l'examinée souffre d'un trouble douloureux somatoforme persistant, lequel n'est néanmoins pas à l'origine d'une invalidité à proprement parler. Les critères de gravité de la jurisprudence actuelle ne sont en effet pas remplis et, comme nous le verrons plus loin, il n'y a pas de troubles psychiatriques majeurs.

[...]

"Personnalité: Madame Y._____ n'est pas atteinte d'un trouble de la personnalité au sens des manuels diagnostiques reconnus tels que l'ICD-10. En effet, de longue date, elle ne présente pas de conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle majeure lors de situations personnelles et sociales très variées à en juger par sa bonne intégration socioprofessionnelle jusqu'à l'année 2004. Par contre, on identifie une structure de la personnalité de type état limite chez une personne au discours morcelé avec une tendance prononcée à se perdre dans les détails. Certains mécanismes de défense sont proches de ceux que l'on retrouve chez les structures psychotiques. En effet, elle a tendance à se sentir constamment attaquée. Sur ce, se greffent des traits de personnalité émotionnellement labiles, histrioniques, ainsi que paranoïaques. Par ailleurs, l'angoisse anaclitique est très prononcée (besoin d'obtenir l'attention, le soutien de son entourage et peur des séparations), tout comme sa tendance à la dramatisation, à l'hyperexpressivité émotionnelle, mais également à la suggestibilité puisqu'elle est très facilement influencée par autrui ou par des circonstances.

Ces caractéristiques de sa personnalité ont facilité l'émergence d'un sentiment de victimisation dès l'année 2004. S'étant sentie victime, attaquée par ses collègues et son supérieur hiérarchique, elle s'est effondrée, ressentant un sentiment de honte incommensurable (que l'on puisse croire qu'elle ait accusé à tort une collègue) et surtout de colère de n'avoir pas été prise au sérieux alors qu'elle était tout de même Chef d'un secteur de vente. Sa fierté s'est envolée du jour au lendemain, développant dès lors un pathos narcissique qu'elle n'a toujours pas surmonté. Cette blessure au niveau de son amour propre semble avoir été dévastatrice. Celle-ci [se] réfère à une hypersensibilité au rejet réel ou perçu et aux pertes. Comme facteur déclenchants ou aggravants, on retient généralement des pertes précoces, des désenchantements ou encore des traumatismes. Dès lors, une mauvaise estime de soi et des sentiments récurrents de rejet déclenchent des réactions de colère, de honte et la dépression [...].

4. DIAGNOSTICS

4.1. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail et depuis quand

L'absence de symptômes psychiatriques majeurs ainsi que la confrontation du tableau clinique à l'expérience médicale de l'expert hors contexte asséurologique, ne permettent pas à ce dernier de retenir un diagnostic psychiatrique au sens des manuels médicaux reconnus, l'ICD-10 ou le DSM-IV.

4.2. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail et depuis quand

Depuis l'année 2004, l'expertisée se plaint de douleurs musculo-squelettiques et articulaires multiples pour lesquelles aucun substrat organique n'a pu être clairement objectivé comme étant responsable de ses sensations douloureuses chroniques à l'origine d'un sentiment de détresse important, mais surtout d'un sentiment subjectif d'incapacité majeure. Aucun traitement n'a su améliorer son mal-être, ce qui laisse à penser que sa souffrance physique est en grande partie l'expression inconsciente d'un mal-être plus profond de nature émotionnelle et affective.

Ces pathologies psychosomatiques sont actuellement amplifiées et excessivement prolongées, notamment en raison de phénomènes à mettre en lien avec sa personnalité et une blessure narcissique qu'elle ne parvient pas à surmonter.

Code diagnostique CIM-10

- F45.4: Syndrome douloureux somatoforme persistant.

- F68.0: Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

La limitation principale qui touche pour l'heure l'explorée est son identification en rapport avec une fausse représentation de ses potentialités sur le plan psychique et physique qui s'exprime à travers le trouble douloureux somatoforme persistant et la majoration des

symptômes physiques. Il ne s'agit pas d'un trouble psychiatrique sévère mais cela entraîne des limitations au niveau motivationnel, notamment en raison de la mise en place de défenses psychiques de type inconscient lui permettant de se mettre à l'abri d'un effort qui serait attendu de sa part, par la société ou sa famille.

En d'autres mots, ce sont principalement les résistances mises en place et la tendance à l'évitement qui entravent la mise en oeuvre de son potentiel de travail. Toutefois, en laissant ces pensées s'établir ou en déchargeant indéfiniment la personne atteinte, on permet à ce genre de distorsion cognitive de s'autoconfirmer.

DEGRE DANS L'ANCIEN EMPLOI

Aussi, sur le plan purement psychiatrique, on ne peut qu'attester d'une capacité résiduelle de travail entière évaluée à 100%, soit huit heures par jour dans l'activité exercée jusqu'ici, à savoir celle de responsable de secteur dans un grand magasin, ou encore de caissière".

Du rapport d'expertise interdisciplinaire du 1^{er} novembre 2006, les Drs Q. _____ et L. _____ ont posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, de fibromyalgie, de cervico-dorso-lombalgies discrètes sur troubles statiques et dégénératifs et d'obésité. Ils ont notamment retenu ce qui suit:

"Plaintes et données subjectives de l'assurée

Madame Y. _____ se plaint de cervicalgies, lombalgies et arthralgies touchant toutes articulations, ainsi que de douleurs musculaires diffuses. Elle se plaint également d'une hyposensibilité diffuse associée à des fourmillements et à des sensations de piqûres.

Sur le plan psychique elle souffre d'insomnies, de fatigue et d'épuisement, diminution de la libido, dont l'assurée ne connaît pas l'origine. Par ailleurs, elle signale aussi des déséquilibres à la marche, des vertiges, des troubles de mémoire et une chute de cheveux.

En raison de ces plaintes, l'intéressée dit non seulement ne plus pouvoir reprendre son travail, mais aussi être dans l'incapacité d'exécuter les activités ménagères qui sont actuellement réalisées par sa famille.

Status clinique

Madame Y. _____ est en bon état général et son examen clinique par système se situe dans les limites de la norme, à l'exception d'une obésité (BMI 33,5).

L'examen ostéo-articulaire objective une discrète scoliose lombaire et une hyperlordose basse. Notons que la palpation et la percussion du

rachis et de la région paravertébrale induisent des douleurs à tout niveau. Il n'y a pas de contracture musculaire objectivable ni de limitation de la mobilité articulaire. La palpation des masses musculaires des membres supérieurs et inférieurs est également diffusément douloureuse. Tous les points de fibromyalgie sont positifs. Les signes de non-organicité de WADDELL sont présents à 5/5.

Les examens radiologiques réalisés entre 2004 et 2005, confirment l'existence d'une scoliose lombaire et d'une modification de type arthrosique, mais n'expliquent pas les plaintes de l'assurée.

L'examen psychiatrique confirme la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, mais dont les critères de gravité ne sont pas remplis selon la jurisprudence actuelle pour qu'il puisse être qualifié d'invalidant. Aucun diagnostic psychiatrique majeur ne peut être retenu. Il n'y a pas de symptôme psychotique, pas de trouble dépressif ou anxieux démontré, pas de trouble véritable de la personnalité (hormis des traits de personnalité émotionnellement labiles, histrioniques et paranoïaques) ni d'élément clinique ou sérologique en faveur d'une toxicodépendance. Enfin, l'incident sur le plan physique survenu le 30 avril 2004, tout comme le conflit professionnel ressenti comme mobbing par l'assurée, ne correspondent pas à des événements susceptibles de provoquer un état de stress post-traumatique, comme suggéré antérieurement dans certains rapports médicaux. En outre, les critères pour un tel diagnostic ne sont pas remplis.

[...]

Appréciation du cas et pronostic

"Madame Y. _____ est une femme de 36 ans, en bon état général, qui exerçait en tant que chef de secteur d'une boucherie dans une entreprise commerciale. Le 30 avril 2004, dans un contexte professionnel conflictuel, en évitant la chute d'une caisse, l'assurée a fait un mouvement brusque d'antépuulsion de l'épaule droite. Peu de temps après elle a développé des douleurs cervicales irradiant dans le membre supérieur droit, associées à des paresthésies qui ont motivé un arrêt de travail. Les diverses investigations entreprises, tant neurologiques que rhumatologiques n'ont pu démontrer de causes organiques aux plaintes avancées par la patiente.

Ces douleurs se sont par la suite progressivement étendues à l'ensemble des articulations et s'accompagnent de nombreuses plaintes diffuses.

Après examen clinique et consilium, les experts concluent que l'intéressée souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'une fibromyalgie sur un fond discret de rachialgies secondaires à des troubles statiques et dégénératifs mineurs. Il existe en outre clairement une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

Les experts estiment qu'il n'y a pas d'incapacité de travail dans l'ancien emploi que ce soit pour des raisons psychiatriques, ou pour des raisons ostéo-articulaires. Le syndrome douloureux somatoforme

persistant ne peut pas être considéré comme invalidant et il n'existe pas de limitations fonctionnelles au niveau ostéo-articulaire".

Dans un rapport d'examen du 13 décembre 2006, le Service médical régional AI (ci-après: le SMR) a repris les conclusions de l'expertise et considéré que la capacité de travail de l'assurée était totale dans son activité habituelle.

B. Le 19 décembre 2006, l'OAI a rendu un projet de décision niant, sur la base des conclusions de l'expertise de la clinique Z._____, tout droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité.

Par courrier du 1^{er} février 2007 de son mandataire, l'assurée a fait part de ses observations à l'OAI. Elle a mis en cause les conclusions de l'expertise Z._____, selon elle en contradiction totale avec les avis des Dresses D._____ et X._____ ainsi que du Dr J._____, psychiatre FMH, soit trois médecins spécialistes qui tous admettaient une incapacité de travail. L'assurée a produit une lettre de la Dresse X._____ du 12 février 2007, exposant notamment ce qui suit au sujet de l'expertise de la clinique Z._____:

"L'expertise a donc eu lieu le 1^{er} juin 2006; à cette époque, Madame Y._____ était déjà suivie depuis un certain temps par M. Dr J._____, médecin psychiatre, et je suis étonnée qu'il n'ait pas été sollicité pour exprimer son avis par écrit.

Concernant le bilan psychiatrique, page 9, sous le paragraphe substances, l'anamnèse à ce sujet est tout à fait tendancieuse, sous-entendant que la patiente consommait régulièrement et « aurait cessé toute consommation de substances alcoolisées depuis deux ans ». En fin de paragraphe, alors que les résultats sont parfaitement normaux, le commentaire est également tendancieux : « quoique quelques peu élevés pour une personne abstinente ». Permettez-moi d'ajouter que les tests hépatiques effectués en 2004, 2005 ont toujours été normaux, une fois en janvier 2005 à la limite supérieure de la normale. Ce n'est pas la première fois que je constate ce genre de commentaires dans une expertise de M. Dr L._____.

Page 10, paragraphe anxiété: L'anamnèse que Madame Y._____ me donne est quelque peu différente; elle se plaint régulièrement de bouffées d'angoisses et d'oppression thoracique.

Page 13: « le remplacement de son ancien directeur avec lequel elle avait établi une relation quasi fusionnelle ». Cette affirmation me paraît extrême par rapport à ma connaissance de la situation.

Si la contestation de l'existence d'un syndrome dépressif n'est pas de ma compétence, je reste tout de même très surprise de l'importance de la blessure narcissique occasionnée par le conflit professionnel, et du peu de ressources que la patiente arrive à mobiliser".

Dans un courrier du 23 février 2007, l'assurée a informé l'OAI de sa tentative de reprendre un travail, sans succès. Elle a déposé un avis médical du 19 février 2007 du Dr J._____, qui a relevé que l'expertise de la clinique Z._____ lui semblait bien documentée et étayée, l'argumentation lui paraissant pertinente, logique et nuancée, quand bien même l'interprétation de divers éléments appelait de sa part plusieurs critiques, formulées comme suit:

"Je ne reviendrai pas en détail sur la longue séquence des événements qui ont précédé l'accident du 30 avril 2004 et l'IVG consécutive à la médication à base d'opiacés. Cette succession de pertes et de désillusions serait autant de «facteurs» qui alimenteraient une recherche de bénéfices primaires. C'est un peu comme si la perte de son estime personnelle, le sentiment de souillure de sa réputation, de honte et enfin la perte de l'enfant, conséquence directe, pour elle, de l'accident professionnel, pouvaient être réduits et réifiés en une série d'«éléments» déclenchant une chaîne de réactions purement psychologique, qualifiée de régression et de mise à distance, finalement caractérisée comme une recherche de «bénéfices primaires».

Pour moi, c'est bien d'un grave effondrement narcissique qu'il s'agit, vécu dans une terrible souffrance morale, suivie par une sanction aussi injuste qu'insupportable pour elle, soit la perte de son enfant. Il n'est pas nécessaire d'insister ici sur les répercussions affectives émotionnelles, relationnelles, au sein du couple et de la famille, d'un pareil désastre.

On conçoit, dès lors, la longue chaîne de réactions psychologiques décrites dans l'expertise mais aussi celles en relation avec sa famille et son entourage dans un contexte d'émigration, dimension qui n'est pas évoquée dans le rapport. La description qui en est faite dans l'expertise et bien sûr pertinente mais me semble dépasser, en l'espèce, le cadre d'une simple recherche de bénéfices primaires et secondaires. Si madame Y._____ donne l'impression de surmonter l'épreuve, en ce sens qu'elle manifeste une certaine vitalité, paraît avoir des ressources, ne montre plus de signes de dépression c'est probablement parce qu'à nouveau, compte tenu de sa faille narcissique, elle essaye de se montrer forte malgré tout, courageuse, donc digne d'estime.

J'aimerais revenir enfin sur ce qui est dit de la personnalité, des mécanismes de défense, «proche de ceux qu'on retrouve chez les structures psychotiques» (p. 15/22), des traits paranoïaques et histrioniques ainsi que de la vulnérabilité narcissique. C'est bien elle, en effet, qui, associée à ce qui vient d'être dit plus haut, entraîne

cette «blessure au niveau de son amour propre qui semble avoir été dévastatrice» ce 30 avril 2004 avant que soit anéantie dans sa chair la dernière évidence pour elle de son pouvoir d'engendrer la vie en dépit de tant de souffrances, de désillusions et de malheurs.

En définitive je ne peux qu'aboutir, pour ma part, à la conclusion inverse: Madame Y. _____ ne s'est, sans doute, jamais remise de cette dévastation. Bien qu'elle paraisse avoir des ressources, sa fragilité narcissique, la nature de ses défenses psychiques, peu mobilisables par nature, confèrent, au contraire, à son fonctionnement personnel une certaine rigidité et des limitations qui l'empêchent, pour l'instant, d'utiliser ses éventuelles potentialités dans le sens souhaité, soit la reprise d'un travail.

Difficile donc, de progresser rapidement dans le travail psychothérapeutique et d'imaginer, dès maintenant une réinsertion professionnelle ou un retour à un poste correspondant ou comparable à celui occupé au moment de l'accident. C'est pour cette raison que j'ai indiqué [...] qu'une reprise du travail me paraissait difficile à imaginer en l'état".

Par décision du 2 novembre 2007, l'OAI a confirmé son refus d'allouer des prestations à l'assurée, se fondant sur les conclusions de l'expertise de la clinique Z. _____ et retenant que l'exercice de l'ancienne activité de l'assurée était exigible à 100%. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'OAI a motivé sa décision par le fait que seule la capacité de travail du point de vue psychique était litigieuse. A cet égard, il a relevé l'absence de symptômes psychiatriques majeurs permettant au Dr L. _____ de retenir un diagnostic psychiatrique suffisamment sévère pour causer une invalidité, aucune comorbidité psychiatrique ne pouvant être retenue, de sorte qu'une reprise de l'activité habituelle était exigible.

C. Par acte du 7 décembre 2007 de son mandataire, Y. _____ a recouru au Tribunal cantonal des assurances et a conclu principalement à l'allocation d'une rente d'invalidité, subsidiairement à l'annulation de la décision de l'OAI du 2 novembre 2007. Elle a notamment fait valoir que l'expert psychiatre avait outrepassé ses compétences en se référant à de nombreux éléments juridiques qui n'étaient pas de son ressort et que l'avis de ce spécialiste était contredit par les Drs X. _____, D. _____, J. _____ et K. _____. Contrairement à ce que retenait la décision attaquée, l'assurée a affirmé s'être repliée sur elle-même et n'avoir plus

aucune joie de vivre. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire psychiatrique.

Dans sa réponse du 23 janvier 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours, précisant ne rien avoir à ajouter à la décision attaquée et renvoyant à sa lettre d'accompagnement du 2 novembre 2007.

Le 18 avril 2008, la recourante a répliqué en insistant sur le fait qu'elle n'avait plus de véritables relations sociales et vivait repliée sur elle-même. Elle a produit en particulier une évaluation ergothérapeutique du 3 janvier 2008 effectuée par P._____, du centre d'ergothérapie [...], qui a constaté, à l'issue de 58 séances, des déficits attentionnels, un repli de l'assurée sur elle-même, une baisse de l'humeur et de l'énergie ainsi qu'une perte de confiance en ses capacités.

Le 5 juin 2008, l'OAI a considéré que les arguments soulevés dans la réplique n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision.

D. Considérant que les éléments médicaux, contradictoires, ne permettraient pas de statuer en l'état, la Cour des assurances sociales, ayant succédé au Tribunal des assurances le 1^{er} janvier 2009, a confié le 23 avril 2009 un mandat d'expertise judiciaire au Dr F._____, psychiatre FMH. Le 21 juillet 2009, ce médecin a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, et a notamment retenu ce qui suit:

"1. Le trouble dépressif est toujours important, avec une symptomatologie classique et répondant aux critères de la CIM-10, mais il est partiellement masqué derrière la tendance dynamique naturelle de l'expertisée, sa tendance à l'agir, son esprit foncièrement volontaire, sa valorisation d'un positivisme fondamental.

Notre investigation met en évidence un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie entraînant fatigabilité et diminution de l'activité. Nous avons également mis en évidence une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, une attitude morose face à l'avenir, des idées auto-agressives, une

perturbation du sommeil, un manque de réactivité émotionnelle, une perte complète de la libido.

2. Nous ne retenons pas de syndrome somatoforme douloureux persistant en l'absence d'une symptomatologie douloureuse intense et persistante comme plainte essentielle (cf CIM-10).

Un tel syndrome douloureux a manifestement existé au début de la maladie, selon les indications de l'expertisée et selon les pièces du dossier, mais l'évolution actuelle va vers une reconnaissance et une intégration de la souffrance psychique, sans détour par le corps. Les médecins traitants confirment que la douleur n'est plus au centre des consultations.

3. Nous ne retenons pas de trouble de la personnalité en raison d'un fonctionnement décrit comme harmonieux et épanoui avant la rupture de l'équilibre psychique de 2004. Un trouble de la personnalité est un diagnostic qui est posé habituellement dans le cadre d'un dysfonctionnement qui débute dans l'adolescence du sujet et qui persiste à l'âge adulte (cf CIM-10).

[Discussion et réponses aux questions]

a) Madame Y. _____ est une femme de 37 ans, d'origine portugaise, mariée et mère d'une fille âgée de quinze ans.

Il s'agit d'une personne qui a probablement grandi dans un milieu carencé sur le plan affectif, aspect qui est masqué actuellement par une forte tendance à l'idéalisation des conditions de vie dans son enfance. Dans les faits, Madame Y. _____ présente des difficultés de mentalisation et elle fonctionne en restant rivée sur le concret. Elle valorise prioritairement le travail, l'activité et la situation sociale, un peu sur le mode de ce qu'elle a connu chez ses parents.

L'expertisée est arrivée en Suisse à l'âge de 19 ans, accouche d'une fille illégitime à l'âge de 22 ans, vit la grossesse et la première année de vie de sa fille sans le père qui l'abandonne à l'annonce de la grossesse. Elle se décrit elle-même, et se présente, comme une battante qui a relevé plusieurs défis, dont précisément la prise en charge de sa fille et son ascension professionnelle. Le mariage avec le père de la fille, deux ans plus tard, représente probablement une nouvelle victoire.

Madame Y. _____ disposait manifestement de beaucoup de volonté et d'un bon niveau d'intelligence, mais elle ne dispose que de faibles capacités à gérer les émotions, en lien avec une capacité de mentalisation réduite.

Dans sa vie, elle a assumé diverses difficultés, s'est lancée des défis et a réussi à les gagner. Elle a vécu par moments comme si tout était possible pour elle, comme si rien ne pouvait arrêter son ascension. Elle réussit à progresser sur le plan professionnel durant plusieurs années.

Puis, elle s'effondre en avril 2004, dans le cadre d'une tension avec son nouveau gérant et d'un quiproquo qui la disqualifie, alors qu'elle

a toujours cherché à bien faire son travail et à être loyale envers ses employeurs.

L'expertisée présente une décompensation simultanée et globale, psychique et somatique, sur la base d'un effondrement narcissique majeur en avril 2004. A cette époque, elle avait probablement touché à son niveau de fonctionnement maximal et elle n'a pas été en mesure de gérer émotionnellement le différend qui l'opposait à sa hiérarchie.

L'évolution ultérieure a été compliquée par une opération chirurgicale (hernie inguinale) alors qu'elle n'était pas rétablie, puis surtout par une grossesse non désirée et l'interruption de grossesse qui s'en est suivie. Cette interruption de grossesse imposée est vécue comme un nouveau traumatisme.

Malgré un traitement antidépresseur médicamenteux très important, impliquant de nombreux effets secondaires, diverses psychothérapies et une hospitalisation de plusieurs semaines, il n'y a pas eu d'évolution durant plusieurs années.

Les contacts avec la psychiatrie ont été vécus de manière difficile dans un premier temps, comme des agressions et une confrontation répétée à sa propre insuffisance.

Les médicaments ont entraîné une modification négative de son schéma corporel par une prise de poids de 35 kg et par des effets secondaires qui lui donnaient l'impression de perdre complètement le contrôle sur sa vie.

Madame Y. _____ n'a pas pu se reconstruire rapidement et a entraîné sa famille dans la détresse. Sa fille a bénéficié d'un suivi psychologique, avec un effet favorable, mais la fille et le mari restent toujours préoccupés pour l'expertisée.

L'évolution n'a été favorable qu'au cours de l'année écoulée et l'expertisée réussit actuellement à envisager qu'elle a des limites et qu'elle doit mesurer ses ambitions d'ascension sociale et professionnelle. Elle est en train de faire le deuil d'une sorte de toute-puissance qui l'a animée au moins depuis son arrivée en Suisse.

L'évolution de Madame Y. _____ a probablement été compliquée par l'absence de reconnaissance totale de sa souffrance dans le cadre de l'expertise du COMAI en juin 2006, ainsi que par l'absence de proposition de projet de reconstruction à l'issue de cette expertise.

b) Relevons ici que le Dr L. _____ relève plusieurs symptômes de l'état dépressif dans son rapport [culpabilité, épuisement, perte de la libido, submersion émotionnelle, fatigue, sentiment d'inutilité et d'insuffisance, difficulté de se projeter dans l'avenir]. Il ne retient pourtant aucun trouble du registre dépressif dans ses diagnostics et semble ainsi sous-estimer la symptomatologie dépressive de Madame Y. _____.

Lorsqu'il estime que ce ne sont pas de «réelles larmes» qui coulent sur le visage de Madame Y. _____ (page 8 paragraphe 3), on peut se

demander s'il ne sous-estime pas la baisse de l'humeur de l'expertisée.

L'expert L._____ mentionne encore d'autres dysfonctionnements [émotionnellement labile, se perd dans les détails, réponses à côté, tendance à se perdre «dans les méandres d'un discours sans fin et sans but précis», réponses systématiquement détournées].

Ces éléments nous paraissent significatifs et confirment par l'observation l'impression subjective de Madame Y._____ d'avoir des difficultés de concentration. A notre avis, l'expert L._____ n'attribue pas à ces constatations l'importance qu'elles méritent.

L'expert L._____ donne une version différente des relations sociales de l'expertisée de celle que nous obtenons dans le cadre de notre investigation. Il laisse entendre que Madame Y._____ a des relations diversifiées, alors que cette dernière nous dit vivre de manière repliée et isolée. Le mari de l'expertisée confirme la version de son épouse.

En opposition aux affirmations figurant dans le rapport L._____, Madame Y._____ affirme qu'elle n'a pas deux soeurs en Suisse et qu'elle n'a aucune relation directe avec les anciens patients de [...]. C'est exclusivement lors de son passage à la Clinique Z._____ qu'elle a été accompagnée par l'une des anciennes co-patientes de [...]. Selon notre investigation, la vie sociale de l'expertisée ne se déroule pas comme l'expert L._____ le formule.

Au moment de l'expertise à la clinique Z._____, Madame Y._____ est sous traitement d'Efexor (antidépresseur) à une posologie importante et les dosages sanguins indiquent une excellente compliance. Pourtant, l'expert L._____ ne tient pas compte de cette médication antidépressive dans ses diagnostics.

Paradoxalement, il propose dans ses conclusions que Madame Y._____ s'implique activement dans un processus psychothérapeutique et qu'elle poursuive le traitement médicamenteux antidépresseur (page 13, point 2.1), sans avoir formulé préalablement le moindre diagnostic du registre dépressif.

Lorsque le Dr L._____ ne retient pas de trouble dépressif dans son argumentaire [...], il nous semble difficile de le suivre dans son raisonnement. Madame Y._____ lui dit avoir pleuré tous les jours à une époque et moins souvent au moment de l'expertise. Elle affirme toujours ne rien ressentir, ce qui est une particularité caractéristique de l'état dépressif. Le Dr L._____ estime qu'il s'agit d'une dramatisation. Selon lui, elle éprouverait du plaisir à faire des promenades avec ses amis, alors que Madame Y._____ nous dit qu'elle n'a plus de relations amicales depuis son effondrement et qu'elle ne sort plus de chez elle que pour se rendre en traitement.

Rappelons que les médecins de la clinique [...] font état chez l'expertisée en juin 2005 d'un repli sur soi et d'un retrait social important, d'une baisse de l'élan vital et de fatigabilité, de troubles du sommeil, sans idées noires, avec un score Hamilton de 26, indiquant un état dépressif franc. Madame Y._____ présente un fonctionnement émotionnel labile qui fait retenir à ces médecins un

trouble de la personnalité de ce type. Les médecins traitants signalent ensuite que ce séjour en clinique n'a pas apporté d'amélioration significative. L'appréciation du Dr L._____ semble à contre-courant par rapport aux avis médicaux des différents médecins traitants.

Le Dr L._____ pose à notre avis de manière incorrecte un diagnostic complémentaire de *majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0*, puisque le diagnostic de *syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4* qu'il pose est un diagnostic qui implique en soi la majoration d'une symptomatologie physique pour des raisons psychologiques.

S'il estime que Madame Y._____ s'exprime sur le mode de la dramatisation, nous sommes de l'avis que Madame Y._____ n'exprime au contraire pas complètement sa souffrance intérieure, tant elle cherche à donner d'elle l'image d'une personne volontaire, loyale et active. Elle ne nous paraît aucunement théâtrale.

Nous pouvons rejoindre par contre le Dr L._____ dans son observation d'un trouble somatoforme douloureux persistant F45.4, en 2006. Toutefois, sur la base du dossier, nous évaluons différemment les critères de sévérité selon la jurisprudence [...].

Ce diagnostic F45.4 n'est actuellement plus justifié au vu de la modification de la symptomatologie dans le cadre du traitement suivi. Les plaintes de l'expertisée ne sont plus focalisées sur les douleurs, mais concernent plus spécifiquement l'effondrement narcissique et l'état dépressif consécutif.

Nous rejoignons l'expert L._____ également dans sa discussion concernant le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Même si la symptomatologie de Madame Y._____ après l'accident de 2004 évoque fondamentalement un vécu de type stress post-traumatique, la réalité de l'absence d'un événement de nature catastrophique rend impossible un tel diagnostic selon la CIM-10.

[...]

Nous ne retenons plus de diagnostic de trouble somatoforme douloureux au vu de la modification du tableau clinique, telle que nous l'avons observée et qu'elle est confirmée par les médecins traitants.

Nous rappelons néanmoins l'existence

- d'une morbidité psychiatrique manifeste sous forme d'un épisode dépressif d'abord sévère, puis moyen, concomitant et non pas réactionnel au trouble somatoforme douloureux,
- d'une comorbidité physique sous forme de troubles musculo-squelettiques dégénératifs et d'une obésité sévère liée au traitement médicamenteux,
- d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie,
- d'un état psychique non pas cristallisé, mais proche d'une cristallisation,
- de l'échec des traitements médicamenteux,

- mais d'une amélioration lente de la maladie sous l'impact d'une prise en charge psychothérapeutique.

Madame Y. _____ est actuellement inscrite dans un programme d'Intégration Pour Tous (IPT) qui lui donne l'espoir de pouvoir se reconstruire. Tant qu'un tel projet est en cours, l'état de Madame Y. _____ ne sera probablement pas cristallisé.

Madame Y. _____ nous paraît actuellement motivée à surmonter son état pour se réinsérer professionnellement et socialement, mais elle reste vulnérable".

[...]

L'expertisée ne se rend plus aux fêtes portugaises comme elle le faisait avant sa maladie. Elle ne sort plus que pour des obligations. Elle n'a que deux amies qu'elle voit tous les deux à trois mois chez elle. Elle ne rentre plus dans des magasins. Elle n'a plus de contact avec d'anciens collègues de travail. Les rapports familiaux sont tendus. Elle ne peut plus se réjouir et elle se plaint de ne plus rien ressentir. Comparée à sa façon de vivre antérieure, sa vie psychosociale est pratiquement inexistante.

[...]

8. [Les troubles dont souffre l'assurée] sont-ils de nature à empêcher l'activité professionnelle de la recourante totalement ou partiellement?

Oui, dans le cas particulier où le trouble est généré par un effondrement narcissique sévère et compliqué par des événements secondaires (interruption de grossesse à cause des médicaments, effets secondaires importants des médicaments, difficultés psychologiques de la fille et tensions conjugales, par exemple) et qu'il implique actuellement encore une reconstruction insuffisante, ce trouble est indubitablement de nature à empêcher totalement la recourante de travailler".

Dans ses observations du 12 août 2009, l'OAI a relevé que l'expertise du Dr F. _____ n'était pas convaincante, au motif qu'il ne rapportait que peu de constatations objectives et fondait principalement ses conclusions sur une hypothèse psychopathologique (effondrement narcissique majeur) et non sur une analyse rigoureuse des critères dépressifs selon la classification ICD-10, l'expert aboutissant en outre à des conclusions confuses s'agissant de la capacité de travail. Partant, l'OAI a confirmé ses conclusions. Il a joint l'avis médical du SMR du 6 août 2009 rédigé par le Dr T. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, sur lequel il basait ses observations.

Le 8 septembre 2009, la recourante a relevé que l'expertise du Dr F._____, pertinente, permettait d'écarter les conclusions de celle effectuée par la clinique Z._____. Elle a déposé un fax du 1^{er} septembre 2009 de la Dresse X._____ et un rapport du 2 septembre 2009 du Dr A._____, psychiatre FMH, qui relèvent tous deux la qualité de l'expertise du Dr F._____.

Dans leurs dernières déterminations, les parties ont confirmé leurs conclusions.

E. L'assistance judiciaire a été accordée à la recourante par décision du 18 août 2008, avec effet au 7 décembre 2007, et Me César Montalto, avocat à Lausanne, a été désigné en qualité d'avocat d'office.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi, sont traitées selon cette dernière. La

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Cette dernière reproche à l'OAI d'avoir fondé son refus sur la seule expertise de la clinique Z._____ du 1^{er} novembre 2006, en particulier sur l'appréciation médicale du Dr L._____, expert psychiatre mandaté par l'OAI, sans considérer l'avis opposé de ses médecins traitants, dont l'appréciation a été partagée par la suite par l'expert, dans son rapport du 21 juillet 2009 faisant suite au mandat d'expertise ordonné par le tribunal de céans.

3. a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b; 116 V 246 consid. 1a et les références citées; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4; TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4; TF 9C_537/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 3.2).

b) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées).

En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier

l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Il convient cependant de relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable

sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise présentée par une partie peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

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 351 consid. 3b/aa; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2).

d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la

mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1; 131 V 50). Eu égard à des caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1 et les références citées).

Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 50; 130 V 354). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (en matière de trouble somatoforme douloureux: ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence citée).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations

de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) Dans le cas présent, si les médecins ne s'entendent pas sur le trouble psychiatrique et ses conséquences, ils se rejoignent en revanche sur la problématique physique et l'absence d'incapacité de travail en découlant.

De l'expertise bidisciplinaire effectuée par la clinique Z._____, du 1^{er} novembre 2006, en particulier des investigations somatiques effectuées par la Dresse Q._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation ainsi qu'en rhumatologie, il ressort qu'il n'existe aucune limitation fonctionnelle sur le plan ostéo-articulaire et que la capacité de travail de l'assurée sur le plan somatique est complète dans son ancienne activité. Cette appréciation est partagée par les médecins consultés par l'intéressée, en particulier les Drs S._____ et X._____.

qui n'ont en substance pas constaté de lésion organique ou neurologique. Du reste, la recourante ne conteste pas qu'elle dispose, sur le plan somatique, d'une capacité de travail entière.

b) Dès lors qu'aucune atteinte physique susceptible par elle-même d'entraîner une incapacité de travail n'a été mise en évidence par les investigations médicales, il convient d'examiner le caractère invalidant relevant de la problématique de nature essentiellement psychique.

5. a) L'OAI reconnaît une pleine valeur probante au rapport d'expertise rédigé par le Dr L._____, sur lequel il fonde sa décision de refus de prestations. La recourante, pour sa part, considère que les avis concordants des Drs D._____, J._____, X._____ et K._____ doivent lui être préférés, à plus forte raison que l'expertise psychiatrique judiciaire effectuée par le Dr F._____ confirme leurs conclusions.

Selon l'intimé, qui reprend en substance les arguments du SMR, cette dernière expertise n'est pas convaincante. L'expert ne rapporterait que peu d'éléments objectifs, fonderait principalement ses conclusions sur une hypothèse psychopathologique (effondrement narcissique majeur) et non sur une analyse rigoureuse des critères dépressifs selon la CIM-10 et aboutirait à des conclusions confuses, au contraire de l'expertise du Dr L._____.

Certes, les deux experts psychiatres tirent des conclusions diamétralement opposées de leurs constatations anamnestiques pourtant largement comparables. L'expertise du Dr L._____ est bien documentée et étayée, celle du Dr F._____ est précise et nuancée. C'est en réalité l'appréciation que font chacun des experts de leurs constatations qui ne se rejoint pas. Cependant, l'ensemble des documents médicaux figurant au dossier permet de statuer sur le litige soumis au Tribunal, sans qu'il n'y ait lieu d'ordonner un complément d'expertise.

b) Dans le cas d'espèce, la Cour de céans ne voit aucune raison de s'écarter de l'expertise judiciaire effectuée par le Dr F._____.

C'est en effet de manière claire, suite à une anamnèse précise découlant de plusieurs séances d'entretien de 60 minutes (4 dont une en présence du mari de l'expertisée) que l'expert judiciaire a mentionné les éléments investigués qui lui permettent de poser le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, à savoir un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie entraînant fatigabilité et diminution de l'activité, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, une attitude morose face à l'avenir, des idées auto-agressives, une perturbation du sommeil, un manque de réactivité émotionnelle et une perte complète de la libido.

Il convient de relever à cet égard que la plupart de ces éléments sont également mis en évidence dans le rapport du Dr L._____, bien qu'il n'en tire pas de conclusions identiques. A ce sujet, l'expert judiciaire a expliqué que le trouble dépressif, toujours important, était partiellement masqué derrière la tendance dynamique naturelle de l'expertisée.

Le Dr F._____ a, en outre, analysé point par point, de manière objective, le rapport du Dr L._____ et mentionné les raisons qui l'ont conduit à s'écarter de l'avis de ce médecin. L'expert judiciaire a ainsi relevé que son confrère avait constaté la présence de plusieurs symptômes de l'état dépressif (culpabilité, épuisement, perte de la libido, submersion émotionnelle, fatigue, sentiment d'inutilité et d'insuffisance, difficulté de se projeter dans l'avenir) sans pour autant retenir de trouble de ce registre, ayant vraisemblablement sous-estimé la présence d'une baisse de l'humeur et de difficultés de concentration.

D'autre part, l'avis de l'expert judiciaire est partagé sur de nombreux points par les médecins ayant examiné l'assurée. C'est le cas des constatations relatives aux relations sociales de la recourante faites par la clinique [...] également, du diagnostic du trouble dépressif et des raisons pour lesquelles il pouvait être passé inaperçu, comme indiqué notamment par le Dr J._____ dans son rapport du 19 février 2007, ou du

taux d'incapacité de travail découlant de l'état de santé de l'assurée comme en attestent les avis concordants des Dresses D._____ et A._____.

Ainsi que l'a relevé la Dresse X._____ dans son rapport du 12 février 2007, l'expert L._____ n'a pas pris la peine de contacter son confrère le Dr J._____, pourtant psychiatre traitant depuis quelques temps de l'assurée. Elle a relevé le côté tendancieux de l'anamnèse décrite dans le rapport du Dr L._____ et l'aspect inapproprié de certains commentaires formulés par ce médecin. A l'instar de l'expert judiciaire, elle a précisé que l'assurée lui avait donné une version différente de ses sentiments d'anxiété, cette dernière s'étant plainte régulièrement de bouffées d'angoisses et d'oppression thoracique. En outre, tout en admettant objectivement qu'elle n'était pas psychiatre, elle a constaté également l'importante blessure narcissique occasionnée par le conflit professionnel et le peu de ressources que la patiente arrivait à mobiliser.

A ce stade, il est constant que les constatations des médecins traitants de la recourante rejoignent celles de l'expert judiciaire s'agissant du trouble dépressif: l'interprétation que fait l'expert L._____ de ses propres constatations reste isolé et unique. En effet, tant le Dr K._____ dans son rapport du 30 juin 2005 ou la Dresse X._____, que le Dr H._____ de la clinique [...], les Dresses D._____, A._____ ou le Dr J._____, spécialistes en psychiatrie, retiennent le diagnostic d'état dépressif. Ces avis concordants conduisent le Tribunal à admettre, à l'instar de l'expert judiciaire, que le Dr L._____ a sous-estimé la symptomatologie dépressive de l'assurée.

c) Les critiques émises par l'intimé au sujet de l'expertise judiciaire, basées sur l'avis médical du SMR du Dr T._____, ne sont pas de nature à mettre sérieusement en doute la pertinence des conclusions de l'expert F._____. In casu, l'avis d'un anesthésiologue ne saurait remettre sérieusement en question celui d'un spécialiste en psychiatrie. De même lorsque le médecin du SMR relève que l'expert judiciaire se base

sur des interprétations subjectives, on ne saurait oublier les nombreuses constatations objectives relevées par ce dernier.

Le reproche fait à l'expert judiciaire de se fonder uniquement sur l'"effondrement narcissique majeur" de l'assurée pour justifier ses conclusions est également infondé puisque non seulement le Dr F. _____ mais également les Drs J. _____ et L. _____ ont confirmé cet effondrement dévastateur, suite à l'événement du 30 avril 2004, cause du trouble dépressif. Enfin, on ne voit pas en quoi l'octroi éventuel de prestations d'invalidité en faveur de la recourante pourrait heurter le principe d'égalité de traitement entre assurés, ce d'autant plus qu'il ne s'agit là nullement d'une considération d'ordre médical.

d) Dès lors, dans la mesure où le Dr F. _____ aboutit à des conclusions claires, qu'il explique de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'appréciation du Dr L. _____ et que ses constatations ainsi que ses conclusions confirment celles effectuées par l'ensemble des médecins traitants, dont plusieurs spécialistes en psychiatrie, la Cour de céans admet la pleine valeur probante de l'expertise judiciaire s'agissant du diagnostic posé et n'a pas de raisons de s'en écarter.

L'emploi du conditionnel, utilisé par le Dr L. _____ dans son consilium de psychiatrie, pour relater dans l'anamnèse les émotions exprimées par l'expertisée, ou l'utilisation d'expressions comme « dit-elle, elle se dit ... », « à en croire ses propos », « pour autant que l'on puisse s'y fier », fait penser que cet expert manque de distance et d'objectivité. De même, le long paragraphe, que l'expert a inscrit au status clinique, dans lequel il analyse le comportement de l'accompagnatrice de l'assurée le jour de l'examen, n'a pas sa place dans l'expertise de la recourante.

Ces derniers éléments achèvent de convaincre la Cour de céans d'accorder toute valeur probante à l'expertise judiciaire, quand bien même le rapport du Dr L. _____ reste précis et bien documenté.

6. a) Quant à l'examen de l'incapacité de travail de la recourante et ses conséquences sur sa capacité de gain, l'expert judiciaire relève certes une amélioration de l'état de santé de l'assurée en ce sens qu'il ne retient plus le diagnostic de trouble somatoforme douloureux comme plainte essentielle. Il n'en demeure pas moins que l'épisode dépressif que l'expert définit comme une maladie à part entière, reste suffisamment important pour entraver totalement la capacité de travail de la recourante.

A cet égard, le Dr F._____ a expliqué que, dans le cas particulier, le trouble était généré par un effondrement narcissique sévère et compliqué par des événements secondaires (interruption de grossesse à cause des médicaments, effets secondaires importants des médicaments, difficultés psychologiques de la fille et tensions conjugales, par exemple). Il impliquait actuellement encore une reconstruction insuffisante, de sorte qu'il était indubitablement de nature à empêcher totalement la recourante de travailler et ceci dans toute activité lucrative.

Cet avis rejoint celui des médecins traitants, dont les Dresses X._____ et D._____ qui retiennent depuis l'accident du 30 avril 2004 une incapacité de travail totale sur le plan psychiatrique. Le Dr J._____ admet, pour sa part, à la date de son rapport du 19 février 2007, une impossibilité de reprendre une quelconque activité professionnelle.

Les critiques de l'office intimé relatives à la contradiction des conclusions de l'expert quant à la capacité de travail ne modifient pas cet avis. Le taux de 25 à 50% qu'évoque le Dr F._____ s'agissant des mesures d'ordre professionnel se rapporte uniquement à un taux d'occupation qui s'inscrit dans le cadre d'un processus de réinsertion au travail, sans obligation de rendement, qui ne saurait être confondu avec la capacité de travail exigible d'une personne sur le marché de l'emploi. Quant à la remarque du Dr T._____ relative à la durée excessive de cinq ans d'une incapacité de travail pour un épisode dépressif moyen, elle ne résiste pas à l'examen de l'expertise et des autres documents médicaux figurant au dossier. A cet égard, on relèvera que si le degré de l'épisode dépressif est qualifié de moyen par l'expert judiciaire, ce dernier a

expliqué clairement les raisons qui l'ont conduites à admettre une telle incapacité. Il a reconnu que le trouble, généré par un effondrement narcissique d'une telle gravité et compliqué de surcroît par des événements secondaires, était resté de nature à empêcher toute reprise d'activité professionnelle, en raison d'une reconstruction insuffisante, d'un ancrage profond, malgré une compliance au traitement antidépresseur sans faille depuis le début de la maladie.

La mise en évidence des éléments relevant d'un substrat médical pertinent par l'expert judiciaire, entravant la capacité de travail et de gain de manière importante, permet à la Cour de céans de le suivre dans son appréciation. Rien au dossier ne permet de surcroît de penser que l'assurée manquerait uniquement d'un peu de volonté pour se remettre dans le circuit du travail. Au contraire, le tableau clinique dressé par le Dr F._____ et partagé par l'ensemble des médecins traitants contient des éléments convaincants autres que de simples facteurs socioculturels ou personnels, pour lesquels on ne pourrait admettre une incapacité de travail pouvant conduire à une invalidité.

Ainsi, il ressort également du rapport du Dr J._____ du 19 février 2007 que la personnalité de l'assurée et sa vulnérabilité narcissique, en particulier, avaient entraîné une blessure dévastatrice au niveau de son amour propre, le 30 avril 2004, qui l'empêchaient d'utiliser ses potentialités pour une reprise de travail. La conclusion de ce médecin rejoint donc celle de l'expert judiciaire s'agissant de l'incapacité de travail de l'assurée.

Même l'expert L._____ constate cet effondrement narcissique lorsqu'il explique que les caractéristiques de la personnalité de l'assurée ont entraîné un sentiment de victimisation dès 2004, une perte de fierté et un pathos narcissique qui n'a jamais été surmonté, précisant que cette "blessure au niveau de son amour propre semblait avoir été dévastatrice".

Enfin, tous les médecins s'entendent également pour dire que la recourante est une personne volontaire, motivée à surmonter son état pour se réinsérer professionnellement et qui s'implique activement pour reprendre le contrôle de sa vie. Le Dr F. _____ a ainsi relevé que l'assurée paraissait actuellement motivée à surmonter son état pour se réinsérer professionnellement et socialement, mais qu'elle restait vulnérable.

Dès lors, il convient de retenir les conclusions de l'expert judiciaire, rejoignant celles des médecins traitants au début de la maladie qui permettent déjà d'admettre une morbidité psychiatrique suffisamment aiguë et durable pour être la cause d'une incapacité de travail totale. Du dossier, il ressort en outre que l'intensité du trouble dépressif, bien que légèrement fluctuante par moment, est restée constante depuis 2004.

b) De l'expertise judiciaire, il ressort que le trouble dépressif est concomitant au trouble somatoforme douloureux, présent en 2006. Il existe donc depuis l'évènement du 30 avril 2004 comme maladie à part entière. Cependant, et quand bien même il conviendrait d'examiner la question de l'invalidité sous l'angle des troubles somatoformes, dans la mesure où ils ont probablement contribué à l'incapacité de travail initiale, force est d'admettre que les constatations de l'expert F. _____, s'agissant de la perte de l'intégration sociale de la recourante, rejoignent celles de l'ensemble des médecins à qui s'est confiée l'assurée, à l'exception de celles du Dr L. _____.

Concernant les contacts sociaux, selon l'expert judiciaire, l'assurée a déclaré qu'elle n'avait pas de contacts avec ses anciens collègues, ne rentrait plus dans les magasins, se sentait isolée et n'avait plus de plaisir à rien. A ce propos, outre les trois séances d'entretien qu'il a eues avec l'assurée, il a pris soin d'entendre son mari, lors d'une séance supplémentaire. Il a ainsi pu valider les propos que lui avaient relatés l'expertisée en lui faisant part d'un total désintéressement de cette dernière pour son ménage, d'une vie sociale réduite à sa plus simple expression et d'un manque d'envie de s'amuser (le couple ne se rend plus

aux fêtes portugaises alors qu'il le faisait fréquemment avant la maladie de l'assurée).

L'expert L. _____ a pour sa part relevé que le mari s'occupait de l'entretien de la maison en plus de son travail à 100%. Compte tenu de ces éléments, qui corroborent les propos de l'expert judiciaire et des médecins traitants, on peine à se convaincre des appréciations du Dr L. _____, lorsqu'il relate des relations sociales conservées. Force est donc d'admettre, à l'instar du Dr F. _____, que la vie sociale de l'expertisée est pour ainsi dire réduite à néant depuis le début de sa maladie, en 2004. Enfin, l'appréciation que fait l'expert de la clinique Z. _____ de la perte d'intégration sociale est certainement beaucoup trop restrictive puisqu'elle reviendrait à dire, pour pouvoir admettre un tel critère, qu'une personne devrait vivre dans un isolement complet sans être capable d'effectuer la moindre tâche ménagère (voir à ce propos: TF 9C_10/2008 du 6 octobre 2008 consid. 3.2).

Enfin, tous les médecins ont noté une perte complète de la libido et un sentiment d'éloignement vis-à-vis de son mari que l'assurée considère de plus en plus comme un étranger. De ce qui précède, la Cour de céans ne peut que rejoindre l'appréciation de l'expert judiciaire en admettant une perte d'intégration sociale dans tous les actes de la vie quotidienne. Bien que cette absence d'intégration sociale soit suffisamment importante pour d'ores et déjà admettre l'impossibilité pour la recourante de fournir cet effort de volonté, la Cour relèvera encore l'échec des traitements médicamenteux. Malgré la prise d'antidépresseurs depuis 2004 jusqu'au moment de l'expertise judiciaire et avec une parfaite compliance au traitement prescrit, le trouble dépressif subsiste avec une acuité rendant impossible la reprise d'une activité lucrative. Certes, la prise en charge psychothérapeutique semble avoir permis une lente amélioration de la maladie puisque le syndrome somatoforme douloureux ne fait plus partie des plaintes essentielles de la maladie au moment de l'expertise judiciaire, mais le trouble dépressif reste néanmoins suffisamment important comme cause à part entière de l'incapacité de travail.

Enfin, l'état psychique de la recourante, s'il n'est pas encore cristallisé, est proche de l'être et pourrait le devenir sans reconnaissance de la part des différents intervenants de la souffrance endurée. Pour toutes ces raisons, la Cour de céans rejoint l'avis de l'expert judiciaire dans son appréciation de l'incapacité de travail totale de la recourante.

c) Cela étant, l'expert judiciaire a signalé un pronostic favorable dans le cadre d'une prise en charge constructive, impliquant une reconnaissance de la souffrance endurée, une reconnaissance du potentiel existant et un réentraînement progressif vers un rendement économique par le biais d'une reprise de confiance en soi de la part de l'assurée. Il a retenu qu'une capacité de travail de 50 à 80% paraissait possible à terme, soit d'ici deux à quatre ans, puis précisé que la capacité de travail était toujours nulle à ce jour (soit lors de l'établissement de l'expertise, le 21 juillet 2009), mais qu'elle pouvait évoluer de manière positive.

Il appartiendra le cas échéant à l'OAI d'examiner la question d'une éventuelle amélioration de l'état de santé dans le cadre d'une procédure de révision.

d) Au vu des éléments médicaux figurant au dossier, il y a lieu de retenir que c'est à partir de l'événement du 30 avril 2004 que l'assurée a commencé à présenter des troubles psychiques suffisamment importants pour causer une totale incapacité de travail.

En conséquence, compte tenu du délai de carence d'une année et dès lors que la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance (art. 29 al. 1 let. b et al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à une rente entière d'invalidité doit être reconnu dès le 1^{er} mai 2005, la demande de prestation ayant été déposée en juin 2005.

7. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de

prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Vu l'issue du litige, il n'y a toutefois pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 52 al. 1 LPA-VD).

b) La recourante, qui plaide au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 7 décembre 2007, obtient gain de cause avec le concours d'un avocat d'office. L'indemnité due au conseil d'office porte sur les opérations nécessaires à la conduite de la procédure elle-même, qui entrent de surcroît dans le cadre temporel fixé par la décision d'octroi.

Il appartient en l'occurrence à la Cour de céans de fixer le montant des dépens qui sont alloués à la partie qui obtient gain de cause, pour les opérations nécessaires à la procédure, compte tenu de l'importance du litige et de la complexité de la cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD). Dans le cas présent, il se justifie d'allouer des dépens à hauteur de 3'800 fr., TVA et débours compris, et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. La question de l'indemnité due au conseil d'office par l'assistance judiciaire devient dès lors sans objet, les dépens couvrant intégralement cette dernière.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 2 novembre 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante Y._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2005.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante Y. _____ une indemnité de 3'800 fr. (trois mille huit cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me César Montalto, avocat à Lausanne (pour Y. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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).

Le greffier :