

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 septembre 2009

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Neu et M. Zbinden, assesseur
Greffier : M. Kramer

* * * * *

Cause pendante entre :

E. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Laurent Damond,
audit lieu,

et

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

Art. 8 LPGA, 4 LAI et 28 LAI

E n f a i t :

A. E._____, née en 1976, d'origine turque naturalisée suisse en 2002, mariée et mère de deux enfants, sans formation, a travaillé en tant qu'ouvrière dans le domaine de la reliure industrielle, par le biais de l'agence de placement T._____, jusqu'au 28 mars 2003. Totalement incapable de travailler depuis lors, elle a rempli une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), le 1^{er} juin 2004, sollicitant l'octroi d'une rente.

Dans un rapport du 9 juillet 2004, le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, pose le diagnostic d'état dépressif sévère, troubles anxieux, récurrents depuis 1997, et indique que la problématique de l'intéressée est essentiellement d'origine psychiatrique. Il estime que l'assurée présente une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, aucun autre emploi n'étant exigible.

Les Drs K._____ et X._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant à l'Hôpital psychiatrique X._____, ont établi un rapport le 16 juillet 2004, dans lequel ils retiennent le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, depuis 1996, de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis mars 2003 et de probable trouble obsessionnel compulsif. Les praticiens estiment qu'actuellement, du point de vue psychiatrique, il ne fait aucun doute que l'incapacité de travail est totale: l'évolution est défavorable depuis quelques mois, malgré l'intensification du traitement médicamenteux et un soutien médical plus rapproché; de ce fait, la reprise d'une activité professionnelle n'est actuellement pas envisageable et devrait être réévaluée dans un à deux ans.

Mandaté en qualité d'expert par l'OAI, le Dr S._____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a établi un rapport le 22 novembre 2005, dans lequel il retient les diagnostics suivants:

- axe I: trouble de conversion avec présentation mixte; trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques; trouble panique avec agoraphobie; phobie spécifique; trouble dépressif majeur, récurrent, de gravité actuelle légère; boulimie compensée actuellement; non-observance du traitement médical;
- axe II: trouble de la personnalité non spécifié; traits limite-abandonniques;
- axe III: nihil;
- axe IV: difficultés du couple; problématique familiale; échec professionnel; état de santé des parents; départ de son thérapeute le Dr X. _____; problèmes financiers;
- axe V: évaluation globale du fonctionnement EGF à 50 actuellement.

Dans son rapport, l'expert indique en outre ce qui suit:

"Plusieurs épisodes de perte de connaissance sont indiqués chez l'assurée dans différents contextes particuliers, avant son mariage en 1995 en présence de ses parents, puis en 1997 en compagnie de son mari. Il semblerait qu'une réelle épilepsie organique peut être écartée d'une part en raison des EEG effectués en 1997, 1999 et 2000 indiquant un tracé normal, sans activité épileptogène, et d'autre part, en l'absence de crises depuis 5 ans chez l'assurée ayant mis fin au traitement de DEPAKINE en 1999. Ces pertes de connaissance, avec rigidité, absence de morsure de langue, réveil et conscience immédiate, paraissent appartenir plutôt à un tableau conversif. En effet, à partir de 1996, les manifestations conversives se généralisent : douleurs latéralisées sur la partie gauche du corps avec sensation d'étirement, atteinte motrice avec faiblesse musculaire et atteinte sensitive avec fourmillements, hyperesthésie et trouble auditif. Ces différents éléments permettent de retenir un trouble de conversion avec présentation mixte.

L'intéressée décrit de multiples localisations de douleurs diffuses, sans affection organique, présentes depuis 1996 et s'aggravant en fonction des échecs personnels et professionnels. Le questionnaire de douleur de Saint-Antoine et l'échelle du comportement douloureux mettent en évidence ces douleurs, réapparues début 2002 après une rémission de 1999 jusqu'à cette date. Par conséquent, nous attestons d'un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques.

Dès 2002, l'expertisée présente des attaques de panique, exacerbées en présence de la foule ou dans un lieu clos, ainsi que des conduites d'évitement. Par conséquent, nous relevons la présence d'un trouble panique avec agoraphobie signalé notamment par le questionnaire des attaques de panique spontanées et par

l'échelle d'évaluation de l'agoraphobie indiquant des situations particulièrement anxiogènes, telles que dans la foule, dans un ascenseur et chez soi la nuit. [...]

En 1996, suite à la naissance de son premier enfant, l'expertisée présente un épisode dépressif majeur du post-partum associé à une anorexie. Dans ce contexte, elle nécessite un suivi psychothérapeutique et un traitement antidépresseur prescrit par le Dr N._____, pris brièvement. L'épisode dépressif est suivi d'une rémission complète entre 1999 et 2001. Début 2002, une péjoration thymique est indiquée qui s'aggrave progressivement jusqu'au mois de mars 2003, où elle atteint une gravité majeure et nécessite un traitement antidépresseur. Dès cette date, l'assurée se trouve en incapacité de travail totale. Le 16.07.2004, un trouble dépressif récurrent, d'intensité sévère, est diagnostiqué par le Dr X._____ de la [...] de l'Hôpital psychiatrique X._____. Dès lors, l'état de l'assurée se péjore et conduit à une tentative de suicide au mois de mai 2005 ayant nécessité un séjour à l'Hôpital psychiatrique X._____. Par conséquent, nous retenons un trouble dépressif majeur de nature récurrente, d'intensité actuelle légère, confirmé par l'échelle de Hamilton. Il est probable que l'intéressée est en rémission partielle par rapport aux états antérieurs de 2004 - début 2005. Actuellement, nous ne relevons pas de caractéristiques psychotiques, sans traitement neuroleptique suivi.

Les épisodes de boulimie avec et sans vomissements, avec période de jeûne compensatoire, ayant eu lieu entre 1991 et 1995, indiquent une boulimie, compensée actuellement. [...]

Nous relevons un trouble de la personnalité non spécifié, confirmé par le score globalement significatif du PDQ4+, composé de traits limite-abandonniques. Les manifestations de ces traits se trouvent dans les conduites boulimiques, les craintes de l'abandon, notamment du mari. La tentative de suicide appartient aux traits limite-abandonniques de l'assurée tentant un appel désespéré au mari.

Les limitations fonctionnelles découlent premièrement du tableau conversif et douloureux se manifestant d'une part dans l'atteinte latéralisée à gauche, et d'autre part dans la faiblesse musculaire, les fourmillements, l'hyperesthésie et les troubles auditifs. Quant au tableau anxio-dépressif incluant la nervosité, l'irritabilité, la tendance à la dévalorisation, la tristesse, le désespoir, la fatigue, l'aboulie et l'anhédonie, il implique un aspect limitatif important. Les manifestations neurovégétatives d'anxiété avec accès paroxystiques, la nette agoraphobie, les conduites d'évitement, ainsi que la phobie spécifique faisant partie de l'état régressé limitent fortement les relations avec l'extérieur et empêchent tout emploi dans un lieu clos ou en présence de la foule. A ces limitations s'ajoute le manque de motivation associé à la régression globale de l'intéressée. [...]

Les premières pertes de connaissance avant la venue du fiancé en Suisse en 1994 signalent le début de l'expression du conflit de l'assurée, tiraillée entre ses désirs et ses possibilités d'épanouissement personnel et professionnel. L'intéressée ressent un conflit entre le fait de suivre la tradition familiale, devenir une

épouse, une mère, voire au mieux sur le plan professionnel une ouvrière, ou rester une jeune femme, libre de décider et de construire un avenir correspondant à ses ambitions. La grossesse non désirée et la naissance de son fils en 1996 aménagent le contexte de la première décompensation dépressive avec anorexie de l'intéressée, forcée de devenir une mère, devant renoncer à ses projets personnels et souhaitant inconsciemment un retour à la phase précédente de sa vie. Des phobies infantiles apparaissent alors dans la peur de trouver des serpents cachés derrière les rideaux ou du diable venu faire du mal à son fils. L'assurée bénéficie d'un soutien psychothérapeutique et d'un traitement antidépresseur, pris brièvement, ainsi que d'une médication anti-épileptique pour les pertes de connaissance devenues fréquentes en 1997. Suite à ces traitements, son état s'améliore progressivement jusqu'à une rémission quasi complète en 1999, suivi d'un projet de deuxième enfant né en décembre 2000.

Début 2002, l'assurée reprend un travail d'ouvrière. Dès lors, les conflits internes, majeurs et inconscients, vont s'exprimer par des symptômes douloureux et conversifs de plus en plus intenses. L'assurée éprouve des tiraillements liés à son identité personnelle, d'épouse et de mère, et à son identité professionnelle. D'une part, elle est tiraillée entre la perspective de faire vivre à sa fille, gardée la journée, un abandon pareil à celui vécu dans son enfance et celui de conserver l'emploi valorisé chez L._____. D'autre part, une identité définitive d'ouvrière signerait la fin de ses ambitions plus élevées. Finalement, l'assurée, dont la famille est en Suisse, se sent probablement coupable de ne pas permettre à son époux de vivre auprès de sa famille en Turquie, s'identifiant à son abandon. Dans ce contexte, dès début 2003, l'intéressée présente un deuxième épisode dépressif majeur et se retrouve en incapacité de travail totale. Dès lors, l'expertisée vit un échec aux niveaux professionnel et personnel, engendrant des sentiments de dévalorisation et de culpabilisation. Elle se trouve dans un état fortement régressé, résignée quant à son rôle auprès de son époux et de ses enfants. Depuis 2004, le projet du mari d'épouser une compatriote qui s'occuperait de toute la famille provoque la tentative de suicide au mois de mai 2005 à caractère d'appel désespéré, suivie de l'hospitalisation à Hôpital psychiatrique X._____. L'assurée vit aujourd'hui en retrait total par rapport à la vie, déléguant toute responsabilité, et trouve, de façon inconsciente, un refuge protecteur dans sa maladie."

L'expert conclut que sur le plan psychiatrique l'assurée présente une incapacité totale de travail dans toute activité depuis le 31 mars 2003 et ce probablement sur le long terme, voire de manière définitive. En outre, il estime à 70% l'incapacité de travail en tant que ménagère.

Le 1^{er} février 2006, la Dresse V._____, médecin au Service médical régional AI (ci-après: SMR), indique qu'après analyse de

l'ensemble du dossier qui a été soumis au Dr A._____, psychiatre au SMR, il est mis en évidence une atteinte à la santé psychiatrique, à savoir un trouble dépressif récurrent avec un épisode dépressif d'intensité sévère et de longue durée, ainsi qu'un trouble de la personnalité non spécifié décompensé, qui a une répercussion sur la capacité de travail de mars 2003 à 2005. L'expertise rend compte en effet d'une amélioration, l'état dépressif étant qualifié de léger en octobre 2005 et le trouble de la personnalité étant compensé. La Dresse V._____ estime par conséquent qu'il n'est pas possible de retenir une incapacité de travail au-delà de cette période, le pronostic de la maladie et les facteurs de risque évoqués n'étant pas du ressort de l'AI. Pour les mêmes motifs, le syndrome somatoforme douloureux n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique ayant valeur d'atteinte à la santé, à partir d'octobre 2005. En conclusion, une incapacité totale de travail de durée limitée est à reconnaître chez une assurée dont le trouble de la personnalité s'est décompensé et qui a présenté un épisode dépressif sévère dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent. Les autres diagnostics évoqués ne sont pas de nature à engendrer des répercussions durables sur la capacité de travail conduisant à une invalidité. Il convient ainsi de retenir une incapacité de travail totale de mars 2003 à octobre 2005, l'assurée présentant par la suite une capacité de travail entière dans toute activité.

Par décision du 25 avril 2006, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière de mars 2004 à janvier 2006, l'assurée présentant une capacité de travail nulle de mars 2003 à octobre 2005, puis entière dans toute activité.

A la suite de l'opposition formée par l'assurée, l'OAI a confirmé sa décision dans une décision sur opposition du 15 janvier 2008, laquelle était notamment motivée de la manière suivante:

"[...] Ce dernier (réd: le Dr S._____) [...] estime que, sur le plan psychiatrique, vous présentez depuis le 31 mars 2003 une incapacité de travail totale. Il considère que cette incapacité est de nature durable si ce n'est définitive.

Le pronostic émis par le Dr S._____ quant à l'évolution de votre état de santé et votre regain de capacité de travail est très réservé.

Force est toutefois de constater que ce pronostic trouve pour l'essentiel son explication dans des facteurs d'ordre psychosociaux. Or, ainsi que cela a été mentionné ci-avant, ces facteurs ne figurent pas au nombre des atteintes susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'article 4 alinéa 1^{er} LAI.

De plus, il ressort d'une lecture attentive du rapport précité, ainsi que l'a fait avant nous le Service médical régional AI (SMR), que vous présentiez un état dépressif d'intensité légère au 11 octobre 2005, date de l'examen du Dr S._____. Ce dernier notait par ailleurs expressément que vous vous trouviez en rémission partielle par rapport aux états antérieurs de 2004 - début 2005 (cf. rapport p. 20).

Cet examen n'a pas permis au Dr S._____ de mettre en évidence un trouble obsessionnel-compulsif, pas plus qu'une anxiété généralisée (cf. p. 21).

Quant aux critères retenus par la jurisprudence, permettant d'attribuer à un syndrome somatoforme douloureux une incapacité de réintégrer le monde professionnel, ils ne sont pas réunis. En effet, l'état dépressif que vous présentez n'atteint, à partir d'octobre 2005, pas une sévérité telle qu'il puisse être assimilé à une comorbidité psychiatrique. De plus, votre environnement psychosocial est inchangé et une bonne adhésion au traitement médicamenteux a été constatée. [...]

Au vu des renseignements médicaux en notre possession, nous considérons que votre état de santé s'est effectivement amélioré, autorisant la reprise de votre activité lucrative habituelle à 100 %, à compter de mi-octobre 2005."

B. E._____, agissant par l'intermédiaire des avocats Benoît Morzier et Laurent Damond, a recouru contre la décision sur opposition du 15 janvier 2008, par acte du 15 février suivant, en concluant principalement à son annulation, la rente entière continuant à être versée au-delà du 31 janvier 2006, et subsidiairement à son annulation, le dossier étant renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

En substance, la recourante fait valoir qu'elle présente un processus maladif s'étendant sur plusieurs années et que sa symptomatologie demeure inchangée et s'est même accrue. Elle a en effet présenté plusieurs épisodes dépressifs sévères accompagnés de douleurs. L'assurée considère également souffrir d'une perte d'intégration sociale, dues à son état de santé, et d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique résultant d'un processus

défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique. En outre, la recourante conteste, comme indiqué dans la décision du 15 janvier 2008 de l'OAI qui se fonde sur l'expertise du Dr S._____, avoir présenté une amélioration de son état de santé, faisant valoir que l'intimé n'a pas suffisamment pris en compte la nature fluctuante et aléatoire de l'état dépressif. Elle reproche également à l'OAI de ne pas avoir pris en considération les constatations de l'expert s'agissant des limitations fonctionnelles. Les possibilités objectives de la recourante de se réinsérer professionnellement à court terme sont ainsi plus qu'hypothétiques. La recourante relève encore avoir présenté une demande de prestations AI près de 8 ans après le début de ses affections douloureuses. Ainsi, c'est en dernier ressort qu'elle a demandé une rente, ce qui tend à démontrer que les affections durables présentées par la recourante altèrent profondément sa capacité de gain.

Le 1^{er} avril 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.

La recourante a confirmé ses conclusions le 24 avril 2008.

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009), applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. a LPA-VD), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

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

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est recevable en la forme

(art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]).

2. Seul est litigieux le taux d'invalidité de la recourante.

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

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. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2008, de la 5^{ème} révision de la LAI (pour la période antérieure, cf. l'ancien art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

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.

4. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; TF I 554/06 du 21 août 2006).

Selon l'art. 17 LPGA, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b, 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TF I 755/04 du 25 septembre 2006).

5. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

b) La reconnaissance de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3 et 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité; au contraire, il existe une présomption que ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté (ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas, à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; à cet égard, une simple humeur dépressive ou un état dépressif réactionnel ne suffit pas (TF I 797/06 du 21 août 2007, consid. 4; TF I 129/02 du 29 janvier 2003, consid. 3.2 et les références).

D'autres critères peuvent être déterminants: ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux) ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive) (1), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2), d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (3), ainsi que de l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 précité) (4). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on

admettra le caractère exigible de l'effort de volonté (TF I 506/04 du 22 février 2006, consid. 3; Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St Gall 2003, p. 77).

6. Le juge des assurances sociales 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 trancher la question litigieuse. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références; RAMA 2000 n° KV 124 p. 214).

7. En l'espèce, l'expertise réalisée par le Dr S._____ confirme les constatations et conclusions des Drs D._____, K._____ et X._____. Seule la Dresse V._____, du SMR, qui n'est pas psychiatre et n'a pas examiné la recourante, estime que celle-ci ne présente pas d'incapacité de travail. Ses arguments ne sont toutefois pas convaincants. En effet, la durée d'évolution, la somme des diagnostics et l'intensité de la pathologie démentent l'argument principal du SMR d'une simple aggravation temporaire de l'état de santé de la recourante. La Dresse V._____ évoque une amélioration de l'état de santé de l'assurée en 2005 qui serait signalée dans l'expertise. Il ressort toutefois du rapport du Dr S._____ que la pathologie de la recourante présente une certaine continuité et que l'année 2005 a été marquée par une hospitalisation pour menace de défenestration. L'avis de la Dresse V._____ n'est dès lors pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expert.

Le trouble de conversion, le trouble panique avec agoraphobie, la phobie spécifique et le trouble dépressif majeur récurrent présentés par

la recourante constituent des comorbidités psychiatriques graves. Le trouble somatoforme est une pathologie qui s'ajoute aux autres. Il n'y a dès lors pas lieu d'examiner les critères jurisprudentiels pour déterminer si le trouble somatoforme doit être considéré comme invalidant. Par surabondance, même si l'on considérait que les autres comorbidités n'étaient pas importantes, lesdits critères seraient réunis.

La recourante souffre en effet en sus du trouble somatoforme d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable. Elle présente également une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie: il ressort en effet de l'expertise du Dr S._____ qu'elle continue à vivre en famille, mais ne s'occupe pratiquement plus de ses enfants, ni de son ménage; la recourante vit en quelque sorte isolée, son mari, qui songe à divorcer devant tout prendre en charge; elle n'a plus de contacts avec des personnes à l'extérieur. Le critère de l'état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie) est également réalisé: l'expert précise en effet que l'assurée trouve, de façon inconsciente, un refuge protecteur dans sa maladie. Sur le plan psychique, il y a échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux.

En définitive, les conclusions de l'expert sont bien motivées et convaincantes. En outre, l'expertise, qui comporte une anamnèse, fait état des plaintes de la recourante, est exempte de contradictions et procède d'une étude approfondie du cas de la recourante, a ainsi valeur probante.

En conséquence, la recourante présente une incapacité de travail totale dans toute activité depuis mars 2003, ouvrant droit à une rente entière dès le 1^{er} mars 2004. C'est ainsi à tort que l'intimé a mis fin au versement de la rente en janvier 2006.

8. Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière dès le mois de mars 2004.

9. Obtenant gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. à charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas perçu de frais de justice (art. 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière dès le 1^{er} mars 2004.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** L'intimé versera à la recourante la somme de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Laurent Damond (pour E. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,

- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :