

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 novembre 2009

---

Présidence de     Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :     MM. Jomini et Dind  
Greffière     :     Mme     Trachsel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à Ecublens, recourante, représentée par Me Colette Chable,  
avocate, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8 LPGA ; 28 LAI ; 29 bis RAI**

**E n f a i t :**

**A.** Q.\_\_\_\_\_, née le 31 janvier 1959, d'origine portugaise, a travaillé comme employée de maison du mois de janvier 1999 au mois de janvier 2001 puis a effectué une période de chômage à partir du 1<sup>er</sup> avril 2001, ce jusqu'au 2 mai suivant. Le 20 décembre 2002, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), sollicitant l'octroi d'une rente et indiquant avoir été victime d'un accident de vélo ayant entraîné une atteinte à l'épaule et, par la suite, avoir souffert d'une dépression, qui a débuté après son licenciement abusif. Elle a tout d'abord perçu des indemnités journalières de la part de son assureur-accidents, la SUVA, puis de son assureur perte de gain maladie, la Suisse Assurances.

Dans un rapport médical du 22 août 2001, le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué un status douloureux de l'épaule droite après contusion sévère et lésion post-contusionnelle du tendon sus-épineux. Il a relevé en outre que l'évolution médicale était lentement favorable, que des douleurs résiduelles à l'effort étaient à craindre et que la reprise du travail était prévue pour le mois de septembre 2001. Dans un rapport du 23 janvier 2002, ce même médecin a rendu compte d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressée depuis le mois de novembre 2001, relevant la présence de fibromyalgies trapézo-occipitales, de l'épaule et du coude droits. Il a également souligné l'apparition d'un état anxio-dépressif sous traitement et a attesté une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée.

Le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, dans un rapport du 15 janvier 2002, relève que l'examen neurologique est normal et que la patiente présente des céphalées quotidiennes chroniques et une dépression.

Dans un rapport établi le 7 février 2002, le Dr R.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, constatant que l'évolution de l'état de santé avait d'abord été favorable puis s'était aggravée dès le mois de

novembre 2001, l'assurée présentant des douleurs suggestives de fibromyalgie du membre supérieur droit, a estimé qu'il était prudent de mettre en œuvre un examen neurologique pour exclure une atteinte neurogène à l'origine de la symptomatologie douloureuse. Objectivement, il n'a pas retenu d'amyotrophie de l'épaule droite, admettant que la coiffe des rotateurs était fonctionnelle, que la mobilité active de l'épaule droite était complète et qu'il y avait donc une importante discordance entre les plaintes avancées et les constatations radio-cliniques. Du strict point de vue orthopédique, la reprise d'une activité professionnelle était envisageable, si bien qu'il a attesté une capacité de travail entière du moins pour les seules suites de l'accident.

Le Dr H.\_\_\_\_\_, psychanalyste, dans son rapport au Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 25 avril 2002 parle de "troubles liés à une perte d'objet; licenciement qualifié d'abusif; crises d'angoisses profuses répétées; troubles du sommeil; perte sensible de confiance en soi; crises somatoformes principalement d'ordre rhumatologique; inappétences sexuelles décrites". Il note que "vers la fin de l'année, la patiente va mieux, elle a une bonne compliance médicamenteuse, les crises d'angoisse s'estompent malgré des troubles du sommeil persistants et une vie sexuelle semblant pauvre." Il précise "on assiste à une compensation émotionnelle dans le couple (...). Les troubles somatoformes semblent persistants malgré un suivi médical et un traitement en physiothérapie."

Répondant à un questionnaire pour la Suisse Assurances en date du 3 juin 2002, le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de troubles anxio-dépressifs moyens à sévères, de troubles somatoformes et de troubles du sommeil, existant depuis le mois de janvier 2001 et intervenus suite à un licenciement jugé abusif par la patiente. A la question de la durée de l'incapacité de travail, il a émis un pronostic aléatoire, décrivant une évolution torpide depuis le début de l'année 2001, position qu'il maintiendra d'ailleurs dans ses rapports des 4 novembre 2002 et 6 juin 2006. Dans ce dernier rapport, il relèvera l'existence d'un trouble

dépressif récurrent évoluant dans le sens d'une dépression persistante, d'un trouble anxieux non spécifique, de troubles du sommeil et d'un trouble somatoforme indifférencié et attestera ainsi une incapacité de travail totale.

Dans un rapport du 18 mars 2003, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a mis en évidence une périarthrite scapulo-humérale droite post-traumatique avec tendinite des muscles sus et sous-épineux droit associée à un conflit antéro-supérieur, un état dépressif traité et un status après cholécystectomie en septembre 2000. Il n'a préconisé aucun autre examen complémentaire au niveau de l'épaule et a attesté une capacité de travail complète.

Dans des rapports médicaux des 24 et 29 mars 2003, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH ORL, allergologie, du Centre médico-chirurgical L.\_\_\_\_\_, a fait état d'un état anxio-dépressif sévère existant depuis le mois de juillet 2001 (Dr Y.\_\_\_\_\_), d'un status après accident de la circulation le 2 mai 2001, d'un status après PSH (périarthrite-scapulo-humérale) droite post-traumatique avec tendinite des muscles sus et sous-épineux droit associée à un conflit antéro-supérieur, d'un status après cholécystectomie en septembre 2000, d'une discrète insuffisance veineuse superficielle, d'un excès pondéral et de céphalée quotidienne chronique. Il a relevé que la patiente avait bénéficié d'un arrêt de travail à 100 % dès le 2 mai 2001 jusqu'au 17 février 2002 à la suite de son accident; dès le 18 février 2002 jusqu'au 21 mai 2002 en raison de son affection rhumatologique et psychiatrique et depuis le 21 mai 2002 pour pathologie d'ordre psychiatrique (Dr Y.\_\_\_\_\_. Il a observé que, du point de vue rhumatologique, la situation était stable et que seule la pathologie psychiatrique (état anxio-dépressif sévère) avait des répercussions sur la capacité de travail. Sur cette question, il renvoyait au rapport du Dr Y.\_\_\_\_\_.

**B.** Malgré plusieurs rappels, le Dr Y.\_\_\_\_\_ n'a pas répondu aux demandes de rapport de l'OAI. L'Office a alors décidé de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Mandaté par l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie au Centre médical

W. \_\_\_\_\_ a examiné l'assurée le 17 novembre 2005 et établi un rapport le 9 janvier 2006. Il a posé les diagnostics de dysthymie, de trouble panique avec agoraphobie de gravité légère, d'épisode dépressif majeur récurrent en rémission et de personnalité histrionique. Il a relevé que l'assurée a probablement présenté une réaction anxio-dépressive assez importante fin 2001 - début 2002, en relation d'une part avec une forte blessure narcissique suite à son licenciement, et d'autre part en raison du projet de son époux de retourner s'établir au Portugal et de la prise d'autonomie de sa fille unique. Enfin, les problèmes de santé de son mari qui a bénéficié d'une longue incapacité de travail ont engendré des problèmes économiques. Cette situation a probablement créé un sentiment d'insécurité chez l'expertisée. En effet, le suivi psychothérapeutique et médicamenteux — d'ailleurs l'observance au traitement est bonne — paraît avoir permis un amendement suffisant de la symptomatologie dépressive. Il persiste probablement depuis lors qu'un fond dysthymique. Il existe aussi la notion de trouble panique, une très légère agoraphobie, qui paraît avoir aussi évolué en grande partie favorablement puisque l'évitement phobique semble relativement limité. Le tout se greffe sur une personnalité du registre histrionique qui ne paraît pas pour l'heure décompensée. Par nature, ce type de personnalités a besoin d'un environnement affectif très sécurisant sur lequel elles peuvent s'appuyer. Secondairement, elles utilisent souvent leur problème de santé, que ce soit des symptômes psychiques ou physiques, afin d'attirer l'attention de leur entourage sur eux, et trouver des solutions à leurs difficultés existentielles, palier à leur manque et insuffisance. Enfin l'expert ne retient pas en priorité un trouble somatoforme indifférencié car les plaintes somatiques semblent être plus une des manifestations de la symptomatologie anxio-dépressive sous-jacente qu'une pathologie en soi. Le corps d'ailleurs reste un des champs privilégiés d'expression de la souffrance psychologique chez la personnalité histrionique.

Selon ce spécialiste, si l'incapacité de travail complète se justifiait du 1<sup>er</sup> juillet 2001 jusqu'au 31 décembre 2001, pour des motifs essentiellement d'ordre psychique, l'évolution a été favorable depuis probablement début 2003. A ce sujet, il s'est référé à l'avis du Dr

H.\_\_\_\_\_, psychanalyste, qui avait souligné dans un rapport du 25 avril 2002 que les crises d'angoisse s'estompaient, malgré les troubles du sommeil persistant et une vie sexuelle pauvre. Ce dernier précisait que l'on assistait à une compensation émotionnelle dans le couple. L'expert P.\_\_\_\_\_ a mis en évidence une personnalité histrionique, qui a probablement été décompensée en 2001-2002 suite à des problèmes professionnels, familiaux et conjugaux et qui persiste actuellement sous forme d'accoutumance hystérique. Autrement dit, l'assurée reste volontiers ancrée dans un statut de malade qui procure attention, gratification de la part de son entourage. A ce titre, l'environnement familial, social et économique est tout à fait adéquat, sans facteurs de stress aigu ou chronique actuellement. En d'autres termes, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, il a considéré que l'intéressée était apte à pouvoir reprendre une activité de femme de ménage chez des particuliers à plus de 70 %. Il relève à cet égard que lorsque l'on est face à une maladie chronique, il ne faut pas hésiter à programmer une reprise du travail, même si le trouble psychique n'est pas complètement guéri. Dans le cas d'une dépression sévère, l'incapacité devient évidente, mais ce n'est pas le cas actuellement, car les symptômes dépressifs sont tout au plus légers, modérés, sans répercussion majeure sur les activités quotidiennes. Le problème ici est surtout psychologique, mais aussi pédagogique. Avec ce type de personnalité, il y a donc peu d'espoir de succès avec de simples mesures incitatives. Il s'agit aussi alors de fixer des limites à leurs attentes que ce soit aux espoirs de guérison complète ou de sa demande de dispense de ses obligations professionnelles. En effet, à moyen terme, l'inactivité risque de la conduire à une impasse aggravation de son comportement régressif; épuisement de l'entourage. Du point de vue médical le traitement ad hoc a été entrepris. L'observance au traitement est bonne. Le pronostic est a priori favorable même si ce type de sujet est facilement plaintif, parfois même revendicateur.

Dans un rapport d'examen du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) établi le 21 février 2006, la Dresse T.\_\_\_\_\_, se fondant sur l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, a retenu que l'assurée a présenté une incapacité de travail de 100 % du 2 mai 2001 au 31 décembre 2002,

justifiée sur le plan médical et que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, elle est de 70 % dans l'ancienne activité comme dans toute activité adaptée à ses compétences professionnelles.

Par décision du 8 mai 2006, dont la motivation a fait l'objet d'un courrier séparé, l'OAI a octroyé à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2002 au 31 mars 2003, constatant qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003, sa capacité de travail était de 70 %. L'office intimé a ainsi tenu compte de l'application de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), soit de la suppression de la rente en raison d'une amélioration notable après trois mois.

Le 8 juin 2006, Q. \_\_\_\_\_ s'est opposée à cette décision par acte de son conseil, opposition qui a été motivée le 14 juillet suivant. Elle a fait valoir que le rapport d'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ était gravement lacunaire et que l'OAI l'avait préféré à tort à tous les autres rapports médicaux au dossier. Elle a rappelé souffrir de troubles physiques invalidants (traumatisme à l'épaule), de fibromyalgie (clairement attestée par les Drs C. \_\_\_\_\_, dans ses rapports des 23 janvier et 17 juillet 2002 et R. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 7 février 2002) et de troubles anxio-dépressifs attestés par l'ensemble des médecins l'ayant examinée ou traitée. Ainsi, écartant les conclusions de l'expert P. \_\_\_\_\_, elle a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2002 pour une durée indéterminée, subsidiairement à la reprise de l'instruction du dossier par la mise en œuvre d'une contre-expertise psychiatrique, plus subsidiairement encore par la mise en œuvre d'un complément d'expertise. En outre, elle a produit un rapport du Dr Y. \_\_\_\_\_ daté du 13 juin 2006, qui mettait en évidence plusieurs diagnostics, tels qu'un trouble dépressif récurrent, évoluant dans le sens d'une dépression persistante, des troubles anxieux non spécifiques, un trouble du sommeil et un trouble somatoforme indifférencié. Il indiquait également que l'intéressée présentait divers symptômes somatiques (cervicalgies, lombalgies, céphalées, vertiges) et que la symptomatologie anxio-dépressive comportait notamment des angoisses fréquentes, voire continues, des insomnies marquées, une fatigue excessive surtout matinale, des troubles

de la mémoire, une tristesse persistante avec crises de larmes, une perte de toute envie. Ce médecin attestait par ailleurs une incapacité de travail de 100 % dès le début de la prise en charge (avril 2002), sans modification depuis lors, l'évolution étant défavorable.

Selon le rapport du Dr N. \_\_\_\_\_ du 2 août 2006, la patiente ne peut pas entreprendre une activité lucrative en raison essentiellement de son affection psychiatrique.

Par décision sur opposition du 1<sup>er</sup> février 2008, l'OAI, se référant aux termes de l'expertise effectuée par le Dr P. \_\_\_\_\_ et expliquant pour quelles raisons les conclusions des divers médecins consultés ne pouvaient être retenues, a conclu au rejet de l'opposition, confirmant ainsi sa décision du 8 mai 2006.

**C.** Q. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision le 5 mars 2008, concluant à son annulation, une rente entière lui étant octroyée à partir du 1<sup>er</sup> mai 2002 pour une période indéterminée, subsidiairement, au vu de la mauvaise évaluation de son état de santé, et, par voie de conséquence, au droit à une rente d'invalidité, à la reprise de l'instruction du dossier, en ce sens qu'une contre-expertise psychiatrique est ordonnée, ainsi qu'une expertise médicale multidisciplinaire permettant d'établir si elle souffre de fibromyalgie. A l'appui de son recours, Q. \_\_\_\_\_ a produit son dossier médical, dont un rapport médical du département de psychiatrie du Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_, établi le 11 janvier 2008 par le Dr F. \_\_\_\_\_ et la Dresse J. \_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique et médecin assistante, qui ont examiné l'assurée suite à un tentamen médicamenteux dans le contexte d'un conflit conjugal. Ces praticiens ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et de fibromyalgie. Ils ont noté que la patiente présentait un ralentissement psycho-moteur important, que son discours était cohérent, sans trouble du cours de la pensée, que la thymie était très abaissée. Ils ont également constaté des pleurs, des crises d'angoisse importantes, des troubles du sommeil, de l'appétit, de la concentration et de la mémoire. En outre, la patiente leur a signalé une très nette augmentation des douleurs

articulaires et musculaires (fibromyalgie) ces derniers jours et des idées suicidaires.

Par avis médical du SMR du 15 mai 2008, le Dr G.\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint, a souligné que la consultation au CHUV avait été motivée par un tentamen médicamenteux réactionnel au retour du mari au Portugal et qu'il s'agissait donc d'un état réactionnel, diagnostiqué comme « épisode dépressif » et non pas comme un trouble dépressif récurrent. Il a expliqué que cette atteinte ne saurait augurer d'une incapacité de travail de longue durée, la très grande majorité de ces épisodes dépressifs étant résolus en moins d'une année.

Dans ses déterminations du 26 mai 2008, l'OAI a maintenu ses conclusions et proposé le rejet du recours, relevant que le Dr P.\_\_\_\_\_, a expliqué clairement les raisons pour lesquelles il n'a pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie mis en évidence par la recourante.

Dans ses déterminations du 20 juin 2008, la recourante a également maintenu ses conclusions, tout comme l'OAI, par ses nouvelles déterminations du 7 août suivant.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, est immédiatement applicable à la présente cause (art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** Interjeté le 5 mars 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du

droit des assurances sociales ; RS 830.1]). Il est en outre recevable en la forme.

**c)** Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 466 consid. 1; 126 V 134 consid. 4b et les références). Par faits juridiquement déterminants, on entend l'état de fait fixé par une décision, en règle générale, une décision administrative (cf. Kieser, ATSG - Kommentar, Zurich, 2<sup>ème</sup> éd. 2009, ad art. 82 LPGA, p. 1017). En outre, le Tribunal fédéral des assurances apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b).

**2.** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante souffre d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi et, le cas échéant, si celle-ci ouvre le droit à une pleine rente AI.

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

En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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.

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

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré avait droit à un quart de rente, s'il était invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50 % au moins et à une rente entière s'il était invalide à 66 2/3 % au moins. Selon la teneur de cette disposition en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 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.

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

**b)** Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la

valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid 3a p. 352, TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1).

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 ; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les réf.; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc). 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, consid. 5.2).

**c)** On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175 ; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

Comme on le verra ci-dessous, tel n'est pas le cas en l'espèce.

**3.** La recourante conteste la décision de l'OAI, en critiquant les conclusions de l'expert P.\_\_\_\_\_. Elle fait valoir que l'expertise effectuée par ce spécialiste ne satisfait pas aux exigences requises par la jurisprudence. Elle estime que l'appréciation médicale est incomplète, que l'expert ne retient pas le diagnostic de fibromyalgie pourtant posé par plusieurs médecins. Elle indique par ailleurs que son état de santé s'est aggravé depuis ladite expertise, en particulier que ses troubles dépressifs récurrents évoluent dans le sens d'une dépression persistante. Elle se réfère principalement aux conclusions des Drs Y.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_.

**a)** En premier lieu, il faut constater que la recourante n'émet pas de revendication du point de vue somatique. A cet égard, le Dr C.\_\_\_\_\_ a admis que la couverture accident avait pris fin au 17 février 2002. De même, le Dr Z.\_\_\_\_\_, qui l'a examinée encore le 6 mars 2003, a précisé que l'examen actuel de l'épaule ne comptait aucune particularité. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a précisé à plusieurs reprises que l'incapacité de travail était essentiellement due à des problèmes psychiques. Il convient donc uniquement d'examiner si Q.\_\_\_\_\_ présente, comme elle le prétend, une atteinte psychique à caractère invalidant.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité. On ne considère cependant 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; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 as consid. 5.3 et consid. 6).

En ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Il se justifie donc, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65, consid. 4.1).

Ainsi, 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 130 V 352, 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 131 V 49). Pour les raisons qui viennent être exposées ci-dessus, il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie. La jurisprudence 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 130 V 352 et 131 V 49 précités). 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 (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 précité, consid. 3.3.1 et la référence).

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. En

présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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 ; critères dits de Mosimann). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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).

**b)** La recourante se réfère aux conclusions du Dr Y. \_\_\_\_\_ et du Dr N. \_\_\_\_\_. Le premier médecin diagnostique des troubles anxio-dépressifs moyens à sévères, des troubles somatoformes et des troubles du sommeil, existant depuis le mois de janvier 2001 et intervenus suite à un licenciement jugé abusif par la patiente. A la question de la durée de l'incapacité de travail, il émet un pronostic aléatoire, décrivant une évolution torpide depuis le début de l'année 2001, description qu'il maintiendra dans ses rapports des 4 novembre 2002 et 6 juin 2006. Dans ce dernier rapport, il relève l'existence d'un trouble dépressif récurrent évoluant dans le sens d'une dépression persistante, d'un trouble anxieux non spécifique, de troubles du sommeil, d'un trouble somatoforme indifférencié et atteste ainsi une incapacité de travail totale. Il indique également que l'intéressée présente divers symptômes somatiques (cervicalgies, lombalgies, céphalées, vertiges) et que la symptomatologie anxio-dépressive comporte notamment des angoisses fréquentes, voire continues, des insomnies marquées, une fatigue excessive surtout matinale, des troubles de la mémoire, une tristesse persistante avec crises de larmes, une perte de toute envie. Quant au Dr N. \_\_\_\_\_, il a attesté

une incapacité de travail entière du 2 mai 2001 au 17 février 2002, en raison des séquelles de l'accident de vélo, puis, dès le 17 février 2002, en se basant sur le rapport du Dr Y.\_\_\_\_\_, qui pose le diagnostic d'état anxio-dépressif sévère.

La décision de l'OAI se fonde sur les conclusions de l'expert P.\_\_\_\_\_, qui a rendu son rapport d'expertise le 9 janvier 2006 et qui a admis pour l'essentiel, comme le Dr Y.\_\_\_\_\_, qu'entre fin 2001 et début 2002, la recourante avait effectivement souffert de troubles psychiques, en développant une réaction anxio-dépressive d'intensité assez importante. Grâce à l'aide d'un suivi psychothérapeutique et médicamenteux adéquat, il estime cependant que cet épisode dépressif s'est amendé pour ne laisser persister dès le mois de janvier 2003 qu'une dysthymie et une légère agoraphobie. Selon lui, cette symptomatologie anxio-dépressive, renforcée par une personnalité de type histrionique décompensée en 2001-2002 suite à des problèmes professionnels, familiaux et conjugaux, persiste actuellement sous la forme d'une accoutumance hystérique. Selon lui, cette symptomatologie anxio-dépressive, renforcée par une personnalité de type histrionique, se trouve très vraisemblablement à l'origine des diverses douleurs somatiques. Du point de vue anxieux, il indique, tout comme le Dr Y.\_\_\_\_\_, que l'intéressée semble présenter des bouffées anxieuses lors d'événements jugés comme stressants et quelques légers éléments claustro-agoraphobiques. Il ne met pas en évidence d'autres éléments phobiques, en particulier de troubles obsessionnels compulsifs, ni d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique. Lorsqu'il invite l'assurée à s'exprimer sur ses problèmes de santé, celle-ci répond qu'elle est très désécurisée pour envisager de reprendre une activité comme gouvernante, même à proximité de chez elle. Elle lui paraît toutefois ambivalente dans ses propos. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a pu constater un phénomène d'amplification des symptômes. Elle affirme manquer de confiance en elle, avoir peur d'être seule et avoir besoin d'être entourée. Elle se plaint en outre d'une fatigabilité, parfois d'un manque de motivation. L'expert précise encore que du point de vue médical, un traitement ad hoc a été entrepris, que l'observance au traitement est

bonne, et que tout au plus, d'autres alternatives thérapeutiques pourraient être entreprises. Par ailleurs, il ne met pas en évidence de signes florides de la lignée psychotique et émet finalement un pronostic d'évolution a priori favorable, même si la recourante est facilement plaintive, voire même revendicatrice. Se référant au surplus aux conclusions du Dr H. \_\_\_\_\_ qui admet notamment dans son rapport du 25 avril 2002, que les crises d'angoisse s'estompent, il considère qu'une incapacité de travail entière est justifiée pour cette dernière période (2001 - 2002) mais que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, l'évolution de l'état de santé est favorable et que la recourante est apte à reprendre une activité de femme de ménage chez des particuliers à 70 % au moins ou dans toute autre activité adaptée à ses compétences professionnelles.

**c)** En l'espèce, il convient d'accorder valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus à l'expertise réalisée par l'expert P. \_\_\_\_\_ ; elle est suffisante pour permettre à l'autorité de céans de statuer en pleine connaissance de cause. En effet, force est de constater que les conclusions dudit expert sont fondées sur des examens complets de l'état de santé de la recourante. Il a tenu compte des avis médicaux de tous les médecins consultés par l'assurée, des plaintes exprimées par la recourante ; il a par ailleurs lui-même fait procéder à des tests psychométriques dont les résultats démontrent que l'intéressée a une tendance à dramatiser sa situation. L'anamnèse est fouillée. Les constatations objectives sont clairement exposées et les conclusions sont dûment motivées, en ce sens qu'elles ne contredisent pas celles des expertises effectuées par les autres médecins consultés par l'assurée, l'expert admettant d'ailleurs que la recourante a bel et bien développé une réaction anxio-dépressive d'intensité importante entre la fin de l'année 2001 et le début de l'année 2002. Il convient encore de préciser que le dossier a été soumis à l'examen du Service médical régional AI (SMR). Ce dernier s'est rallié à l'appréciation du Dr P. \_\_\_\_\_, ainsi que cela ressort de son rapport d'examen du 21 février 2006.

A l'examen de l'ensemble des pièces au dossier, la présence d'un trouble psychiatrique, singulièrement d'un trouble associé à la

fibromyalgie, a été évoquée pour la première fois à la suite de l'accident du 2 mai 2001. En effet, les plaintes persistantes ne pouvaient être attribuées à un substrat organique. Or, cette déduction était le fait de médecins au bénéfice d'aucune spécialisation en psychiatrie, alors qu'il est admis que l'aspect psychiatrique est une composante essentielle de la fibromyalgie. Rien ne permet dès lors, sur la base de ces seuls avis, d'affirmer que la recourante présente effectivement à cette époque une telle atteinte ou finalement tout autre atteinte d'ordre psychiatrique. La recourante a toutefois bénéficié d'un suivi spécialisé depuis juillet 2001, lequel a été assuré tout d'abord par le Dr H.\_\_\_\_\_, puis par le Dr Y.\_\_\_\_\_, depuis 2002. Dans son rapport du 25 avril 2002, le Dr H.\_\_\_\_\_ indique qu'il est intervenu alors que la recourante présentait des troubles d'angoisse à caractère dépressif. A la fin de l'année 2002, il a pu observer un état général amélioré, sous la forme d'une bonne compliance médicamenteuse, d'une atténuation des crises d'angoisse malgré des troubles du sommeil persistants et une vie sexuelle semblant pauvre. Ce dernier ne s'est pas déterminé sur la capacité de travail de la recourante. Le Dr Y.\_\_\_\_\_, dans son courrier du 13 juin 2006, pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, évoluant dans le sens d'une dépression persistante, de troubles anxieux non spécifiques, de troubles du sommeil et d'un trouble somatoforme indifférencié. Considérant les observations faites tout au long de la prise en charge, et surtout l'évolution défavorable de l'état de santé, le Dr Y.\_\_\_\_\_ estime qu'une incapacité de travail totale depuis avril 2002 est justifiée. Ainsi, exception faite du ce dernier médecin, les spécialistes qui ont pu examiner la recourante, respectivement les Drs H.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, reconnaissent qu'une amélioration globale de son état de santé intervient à la fin de l'année 2002. A ce stade, et compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que la décision querellée reconnaît que la recourante pouvait reprendre son ancienne activité de femme de ménage ou l'exercice d'une autre activité adaptée à ses compétences professionnelles à 70 % au moins à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003.

Une expertise judiciaire complétant une expertise administrative ne peut être accordée, en principe, que lorsque la partie qui

la requiert fournit des éléments sérieux permettant de mettre en doute soit l'impartialité de l'expert, soit la valeur des méthodes utilisées, ou si le rapport déposé apparaît comme insuffisant ou contradictoire. En l'espèce, les éléments avancés par la recourante concernant une hypothétique partialité de l'expert sont clairement insuffisants pour qu'on puisse parler d'une apparence de prévention. Il s'agit en effet d'éléments subjectifs tirés du texte même de l'expertise, interprétés comme tels par la recourante, et non des indices objectifs permettant de mettre en doute l'impartialité de l'expert. Par ailleurs, le fait que le Dr P.\_\_\_\_\_ ne se soit pas renseigné auprès des médecins traitants de la recourante afin de connaître l'évolution de l'état de santé n'est pas de nature à qualifier l'expertise de lacunaire. Il convient ici de noter que les praticiens en question, à savoir les Drs C.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, ne sont pas des psychiatres. De plus, les seuls rapports du Dr Y.\_\_\_\_\_ à disposition du Dr P.\_\_\_\_\_, soit les rapports pour la Suisse Assurance du 3 juin et du 4 novembre 2002, font état d'une incapacité de travail totale en raison d'un trouble anxieux et dépressif moyen à sévère ainsi que d'un trouble somatoforme douloureux. Ceci est confirmé par l'expert, lequel reconnaît une incapacité totale de travail de mai 2001 à fin 2002 pour des raisons psychiatriques. Par contre, ces diagnostics ne se retrouvent pas lors de l'examen clinique du 9 janvier 2006. Sur ce point, le Dr P.\_\_\_\_\_ explique de manière claire et convaincante les raisons pour lesquelles il pose le diagnostic de personnalité du registre histrionique et ne retient pas de trouble somatoforme douloureux. Il estime en effet que "les plaintes somatiques semblent être plus une des manifestations de la symptomatologie sous jacente qu'une pathologie en soi. Le corps d'ailleurs reste un des champs privilégiés d'expression de la souffrance psychologique chez la personnalité histrionique". Dès lors, la seule atteinte susceptible de limiter la capacité de travail de la recourante est sa personnalité histrionique.

Le rapport du 29 mars 2003 du Dr N.\_\_\_\_\_, ainsi que les pièces annexées (rapports des Drs Z.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_) confirment que, du point de vue somatique, la recourante ne souffre d'aucune atteinte ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Du point de

vue psychiatrique, il n'est par contre pas possible d'en tirer des conclusions. En effet, bien que ces médecins mentionnent des troubles dépressifs, ceux-ci doivent être confirmés par un spécialiste en psychiatrie. On ne saurait dès lors admettre, sur cette base, une incapacité de travail. En ce qui concerne le rapport du Dr Y.\_\_\_\_\_ du 13 juin 2006, il ne saurait remettre en cause les conclusions de l'expert. Certes, ce praticien a constamment attesté une incapacité de travail totale, cependant, les appréciations de ce médecin ne contiennent qu'une motivation sommaire et apparaissent fondées pour l'essentiel sur les plaintes subjectives de la recourante.

Même si on retenait le diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux, force est de constater qu'il ne serait pas invalidant. En effet, au vu des éléments décrits ci-dessus, on peut conclure à l'absence de comorbidité psychiatrique. L'état anxio-dépressif de la recourante est en rémission, celui-ci s'étant amendé pour ne laisser place qu'à une dysthymie et à une légère agoraphobie. Il est en outre établi que cette dernière ne présente pas d'affections corporelles, toutes affections somatiques ayant été écartées par les Drs C.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_. Socialement, l'intéressée semble bien intégrée puisqu'elle est en contact avec des connaissances. Elle entretient du reste d'excellents rapports avec sa fille, qu'elle voit régulièrement. On ne peut pas parler d'échec des traitements entrepris dans la mesure où d'autres alternatives aux traitements peuvent encore être explorées.

**d)** C'est ainsi à juste titre que l'OAI a reconnu à la recourante une rente entière d'invalidité du 2 mai 2001 au 31 décembre 2002, puis a mis fin à ce droit dès le 31 mars 2003 (art. 88a al. 1 RAI), dès lors qu'une capacité de travail à 70 % était à nouveau exigible. Le taux d'incapacité de travail étant de 70 % dans toute activité, y compris dans l'activité d'employée de maison, l'invalidité se confond donc avec celui-ci. Le droit à la rente n'est dès lors pas ouvert, le taux d'invalidité étant inférieur à 40 %.

**4.** La recourante fait finalement valoir que son état s'est encore détérioré suite à une tentative de suicide qui a conduit à une hospitalisation en clinique psychiatrique le 7 janvier 2008.

**a)** Selon l'art. 29 bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi.

**b)** Le Dr F. \_\_\_\_\_ et la Dresse J. \_\_\_\_\_ du département de psychiatrie du Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_ ont examiné l'assurée le 11 janvier 2008, suite à un tentamen médicamenteux dans le contexte d'un conflit conjugal. Ces praticiens ont posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et de fibromyalgie.

Dans son rapport du 15 mai 2008, le Dr G. \_\_\_\_\_ du SMR précise à ce sujet qu'il s'agit a priori d'une nouvelle atteinte, soit d'un état dépressif réactionnel et non pas d'un trouble dépressif récurrent. Selon ce dernier, cet épisode dépressif ne saurait, partant, inaugurer d'une incapacité de travail de longue durée, la très grande majorité des états dépressifs réactionnels étant résolus en moins d'une année. Ce médecin relève qu'au-delà de trois ans après l'extinction du droit aux prestations, il faut considérer, comme c'est le cas en l'espèce, qu'il s'agit d'une nouvelle atteinte. Il ressort de l'anamnèse qu'il s'agit effectivement dans ce cas d'un état réactionnel en raison du retour du mari au Portugal, diagnostiqué comme un "épisode dépressif", par opposition à un "trouble dépressif récurrent" comme le soutient le Dr Y. \_\_\_\_\_. Ceci tend ainsi à confirmer les conclusions du Dr P. \_\_\_\_\_, selon lequel la recourante a souffert d'un trouble anxio-dépressif de mai 2001 à fin 2002, trouble qui s'est par la suite amendé.

**c)** Cela étant, s'il s'avère que cette atteinte perdue, il appartiendra à l'OAI d'examiner si la recourante souffre d'une nouvelle atteinte invalidante au sens de la LAI et, le cas échéant, si elle lui ouvre un nouveau droit aux prestations. Cette question n'a pas à être traitée dans la présente procédure.

**5.** En définitive, au vu des éléments exposés ci-dessus, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée sans mesures d'instruction complémentaires.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de l'OAI du 1<sup>er</sup> février 2008 est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Colette Chable, avocate, (pour Q. \_\_\_\_\_) ;
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud ;
- Office fédéral des assurances sociales ;

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :