

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juin 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

A._____, à Ecublens, recourante, représentée par son tuteur, **B.**_____,
à Renens,

et

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

Art. 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 28 al. 1 LAI et 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. A._____, née en 1963, divorcée et mère de deux enfants adultes, titulaire d'un CFC de coiffeuse sans jamais avoir exercé cette profession, a travaillé comme vendeuse pour le compte de plusieurs employeurs jusqu'en avril 2004. Mise à l'arrêt de travail par son médecin traitant, le Dr S._____, elle a déposé, le 1^{er} juin 2005, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), tendant à des mesures professionnelles, subsidiairement à l'octroi d'une rente.

L'assurée a fait un premier séjour en milieu psychiatrique pendant un mois en 2000 pour un épisode dépressif. Un deuxième séjour s'en est suivi à l'Hôpital psychiatrique H._____ durant quatre mois en 2002, en raison d'une décompensation anxio-dépressive accompagnée d'idées suicidaires, puis un troisième séjour dans ce même hôpital pendant trois semaines en avril 2005 pour idées suicidaires. L'intéressée est sous tutelle volontaire depuis le mois de novembre 2005.

Dans un rapport du 11 juillet 2005, le Dr N._____ de l'Hôpital psychiatrique H._____, qui suit l'assurée depuis fin mars 2005, a posé le diagnostic principal de trouble de la personnalité mixte avec traits émotionnellement labiles de type borderline, traits histrioniques, traits anxieux et dépendants, existant depuis l'adolescence. Il indiquait assister depuis deux à trois ans à une péjoration de l'état de santé de sa patiente, due à une rupture d'étayage autour d'elle avec la perte de nombreux membres de sa famille, et fixait ainsi l'incapacité de travail à 100% du 27 mai 2002 au 28 février 2003, puis dès le 17 avril 2005 pour une durée indéterminée. Il précisait néanmoins que, moyennant une bonne compliance de l'intéressée à son traitement médicamenteux et psychothérapeutique, une reprise d'activité à moyen terme était envisageable.

Le 12 juillet 2005, le Dr S._____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics principaux de dystonie sévère

cervicobrachiale droite depuis novembre 2001, de status post-whiplash cervical depuis décembre 2001 et de dépression majeure depuis 2000. Il attestait une aggravation de l'état de santé de sa patiente et une incapacité de travail totale en raison de ces affections depuis le 21 avril 2004 dans l'ancienne profession de vendeuse. Il estimait toutefois qu'une activité évitant les mouvements répétitifs, les travaux de force et une immobilité prolongée pouvait être exigible à terme à 50 ou 100 pour-cent.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a confié la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire à la Clinique Z._____, laquelle a été réalisée par les Dresses T._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et W._____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et en rhumatologie. Dans leur rapport du 22 mai 2007, ces deux experts n'ont retenu aucun diagnostic somatique ou psychique invalidant, étant d'avis que l'assurée conservait une pleine capacité de travail exigible dans son ancienne activité de vendeuse, ainsi que dans toute autre activité exercée précédemment, sans limitation de rendement. Ils motivaient leur position comme suit :

« L'assurée souffre de cervicalgies et de cervico-scapulalgies bilatérales, à prédominance droite, qui ont débuté en 1997 et qui se sont péjorées en 2001, suite à deux accidents de voiture. En septembre 2005, elle a présenté des paresthésies avec une insensibilité au niveau des deux derniers doigts de la main droite, qui a [été] mise sur le compte d'une cervico-brachialgie irritative C8 droite. D'un point de vue psychiatrique, l'état de l'assurée a nécessité trois hospitalisations entre 2002 et 2005 pour des troubles anxio-dépressifs, réactionnels à un conflit de couple (qui a culminé avec une séparation), au décès de sa sœur et de sa mère d'une maladie de Huntington. Notons que l'examinée a bénéficié en 2000 d'un dépistage génétique pour la maladie de Huntington qui s'est avéré négatif. Après avoir bénéficié entre mai 2005 et juin 2006 d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire à raison d'une séance toutes les deux à quatre semaines, elle est en rémission totale de son dernier épisode dépressif.

Après anamnèse, examen clinique et discussion interdisciplinaire les experts retiennent la présence de cervicalgies fonctionnelles sur un discret trouble statique et d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, affections sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. En effet, l'examen ostéoarticulaire est sans particularités, si l'on excepte un dos plat, des contractures paracervicales et des muscles trapèzes bilatéralement à prédominance droite ainsi que des contractures modérées de la musculature paradorsale à droite. Bien que les mobilités articulaires, tant au niveau des articulations périphériques qu'au niveau axial, soient conservées, toute mobilisation entraîne une "crispation" généralisée de l'assurée. Le status neurologique ne met pas en évidence de syndrome radiculaire ou tronculaire ni d'amyotrophie. On note par contre la présence de 2 signes de non-organicité de

WADDELL sur 5. Une discordance est donc clairement manifeste entre l'importance des plaintes de l'assurée et les constatations objectives rassurantes.

L'examen psychiatrique confirme que le dernier épisode dépressif dont a souffert l'investiguée est en rémission totale et permet d'exclure la présence d'un autre trouble psychiatrique (manifestations psychotiques, troubles anxieux, troubles cognitifs, troubles de la personnalité, somatisation, toxicodépendance). Toutefois, l'assurée a une personnalité fragile non décompensée, révélant des traits émotionnellement labiles de type *borderline*. Elle a donc des difficultés à envisager des aspects de son existence qui pourraient l'angoisser, comme par exemple retrouver une activité professionnelle. Néanmoins, les experts estiment que ses ressources psychiques sont suffisantes pour exercer une nouvelle activité, et prônent un traitement psychiatrique permettant d'éviter les rechutes chez l'intéressée.

Après discussion interdisciplinaire les experts en arrivent à la conclusion que l'assurée conserve une capacité de travail de 100% dans sa dernière activité professionnelle, sans diminution de rendement, la fatigabilité étant en rapport avec le déconditionnement et une certaine surcharge psychogène, éléments sortant du domaine de l'invalidité ».

Dans un rapport complémentaire du 16 juillet 2007, le Dr O. _____ de la Clinique Z. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecine du travail, a apporté les précisions suivantes :

« 1. Sur le plan somatique, depuis son accident en décembre 2001, l'assurée a un certain nombre de plaintes sur le plan rhumatologique avec en particulier des cervico-scapulo-brachialgies bilatérales. Je rappelle que toutes les investigations neurologiques effectuées à l'époque s'étaient révélées négatives. Hormis de très discrètes lésions dégénératives, l'examen radiologique n'avait rien montré de particulier. En fait, on évoquait à l'époque l'existence d'un syndrome douloureux sévère, en l'absence de réelle base organique décelable. Ces douleurs étaient associées à un état d'épuisement et à des troubles du sommeil. Actuellement, à l'exception de douleurs à la palpation de C3-C4 et de contractures paracervicales, l'examen clinique est dans les normes. Le diagnostic de cervicalgies fonctionnelles avec discrets troubles statiques a été retenu lors de l'expertise. On peut donc considérer que sur le plan strictement rhumatologique, une incapacité de travail durable au sens de l'AI n'est pas justifiée, surtout dans des professions qui ne nécessitent pas d'efforts physiques importants ou de travaux de force.

2. Du reste, l'expert rhumatologue relève une importante discordance entre les plaintes multiples de l'explorée et les constatations cliniques objectives. Il a l'impression de difficultés psychiques qui seraient à l'origine d'une majoration des symptômes physiques. Il est donc hautement vraisemblable que l'incapacité de travail totale prescrite par le Docteur S. _____, médecin traitant, se réfère davantage à des problèmes psychiques que somatiques.

3. Au niveau psychiatrique, l'expertisée a présenté trois épisodes dépressifs qui ont nécessité des hospitalisations, soit de mai à juin 2000 à la CLINIQUE [...], de mai à septembre 2002 à l'Hôpital psychiatrique H. _____ et de mars à avril 2005 à nouveau à l'Hôpital psychiatrique H. _____. Comme mentionné dans l'expertise interdisciplinaire, le trouble dépressif est en rémission complète depuis juin 2006. Actuellement, l'examen spécialisé n'a pas

permis de mettre en évidence de trouble de l'humeur actif ou de trouble anxieux. On relève uniquement une personnalité fragile non décompensée avec des traits émotionnellement labiles de type *borderline*. Les baisses occasionnelles de son humeur face à des aspects de son existence vécue comme pénible expliquent en grande partie la diminution du seuil de la douleur et l'inconfort subjectif qui en résulte.

4. Par conséquent, il faut considérer que la capacité de travail de Madame A. _____ est de 100% depuis juin 2006 dans ses anciennes professions, tant sur le plan psychiatrique que somatique.

5. Au niveau somatique, si l'on retient le diagnostic de *whiplash* au moment de l'accident de décembre 2001, en l'absence de trouble neurologique et dans des activités non pénibles physiquement, l'incapacité de travail ne devrait normalement pas excéder six mois.

6. L'aspect psychiatrique est plus complexe en raison des nombreuses hospitalisations. Néanmoins, on peut considérer pour chaque hospitalisation une incapacité de travail totale avec reprise de l'activité professionnelle trois à six mois après le retour à domicile, d'abord à temps partiel à 50%, puis à 100% dans les six mois qui suivent ».

L'OAI a soumis le dossier au Service médical régional AI (ci-après : SMR), qui s'est rallié aux conclusions de l'expertise de la Clinique Z. _____. Dans un rapport d'examen du 10 août 2007, le Dr F. _____ du SMR a ainsi considéré que les cervicalgies n'étaient pas de nature à diminuer la capacité de travail de l'assurée dans les différentes activités déjà exercées par cette dernière, hormis durant les six premiers mois consécutifs au *whiplash* de décembre 2001. Il relevait que le trouble dépressif récurrent diagnostiqué par les experts était en rémission totale depuis juin 2006 et qu'il n'avait pas engendré d'incapacité de travail suivie de plus d'une année. Il retenait par conséquent les incapacités de travail suivantes : 100% du 29 mars 2005, début de l'hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique H. _____, au 28 septembre 2005, 50% du 29 septembre 2005 au 28 mars 2006, puis 0% dès le 29 mars 2006.

Dans un projet de décision du 20 août 2007, l'OAI a considéré que l'assurée avait présenté un degré d'invalidité de 100% à compter du 21 avril 2005, mais que son état de santé s'était ensuite amélioré, de sorte qu'une capacité de travail de 50% pouvait raisonnablement être exigée d'elle dans toute activité dès le 29 septembre 2005, puis de 100% dès le 29 mars 2006. Il a ainsi reconnu à l'intéressée le droit à une rente

entière d'invalidité du 1^{er} avril au 31 décembre 2005, puis à une demi-rente du 1^{er} janvier au 30 juin 2006.

Le Dr S._____ a adressé un courrier au tuteur de l'assurée le 23 octobre 2007, dans lequel il relevait un certain nombre de divergences existant entre les faits figurant dans le rapport d'expertise de la Clinique Z._____ et ses propres constatations. Il craignait que l'omission de nombreux éléments par les experts ne faussât les conclusions de ceux-ci.

Dans un avis du 21 novembre 2007, les Drs F._____ et [...] du SMR ont considéré que les critiques émises par le Dr S._____ concernaient essentiellement des éléments anamnestiques qui ne modifiaient en rien les conclusions de l'expertise interdisciplinaire, lesquelles étaient basées, entre autres, sur des constatations objectives.

Par décision du 15 mai 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 20 août 2007 et octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 31 décembre 2005, puis une demi-rente d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 juin 2006.

B. A._____, représentée par son tuteur B._____, a recouru contre cette décision par acte du 12 juin 2008, en concluant implicitement au maintien de la rente. Elle allègue que ses moyens financiers sont extrêmement limités et se prévaut de l'avis du Dr S._____, ainsi que d'un rapport du Dr C._____ de l'Hôpital psychiatrique H._____ du 9 juin 2008. Dans ce rapport, le Dr C._____ remet en cause tant certains faits que les conclusions de l'expertise interdisciplinaire de la Clinique Z._____ et pose les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de personnalité émotionnellement labile type borderline, de trouble dépressif récurrent avec symptômes somatiques et de dysthymie. Il expose que la fragilité de l'assurée, liée aux problèmes relationnels dus à son trouble de la personnalité et à sa dysthymie, la rend particulièrement sensible au stress et est responsable de ses dépressions itératives. Celles-ci se manifesteraient au moins une fois par année, notamment lorsque l'intéressée reprend une activité professionnelle ou vit

une relation particulièrement significative avec une personne de son entourage. Dans ces conditions, le Dr C._____ est d'avis que la recourante n'est plus apte à travailler.

Dans sa réponse du 24 septembre 2008, l'OAI conclut au rejet du recours, estimant que les arguments développés par la recourante ne sont pas de nature à remettre en cause sa position. Il produit un nouvel avis du SMR du 23 septembre 2008, auquel il se rallie, qui se détermine sur le rapport du Dr C._____ de la manière suivante :

« - F45.4 : *syndrome douloureux somatoforme persistant* : le Dr C._____ n'apporte pas la preuve qu'il soit incapacitant.

- F60.3 : *personnalité émotionnellement labile type borderline* : le Dr C._____ n'apporte pas la preuve qu'il soit décompensé, du moins sur une période suffisamment longue pour être réputé incapacitant. Ceci correspond aux observations faites par les experts de Clinique Z._____.

- F33.11 : *trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique* : bien que le degré ne soit précisé en toute lettre, il est moyen, selon la CIM-10 ; ce diagnostic entre dans le cadre d'une hospitalisation de 12 jours en milieu psychiatrique en février 2008 (la courte durée de ce séjour parle contre un trouble dépressif grave), dans le cadre d'une réaction aux difficultés relationnelles avec son ami. Comme le fait comprendre le Dr C._____, il est en rémission dans un tableau où domine :

- F34.1 : une *dysthymie*, dont on sait qu'elle n'a pas valeur incapacitante, puisqu'il s'agit d'une dépression chronique dont l'intensité est insuffisante pour justifier le diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen.

En conclusion, le Dr C._____ n'apporte pas d'élément nouveau susceptible de modifier les conclusions du rapport d'examen du SMR du 10 août 2007 ».

A l'appui de sa réplique du 24 octobre 2008, la recourante produit un courrier du Dr C._____ du 21 octobre 2008, dans lequel ce dernier maintient que les problèmes de santé psychiques de l'assurée sont clairement sous-évalués. Ce médecin rappelle que le trouble dépressif se manifeste au moins une fois par année par une majoration de l'anxiété, des troubles du sommeil marqués, l'apparition d'idées suicidaires plus ou moins scénarisées, une asthénie et une aboulie, qu'il est donc plus ou moins chronique et constitue ainsi la cause majeure de l'incapacité de travail.

Dans sa duplique du 26 novembre 2008, l'OAI considère qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise de la Clinique Z._____, selon lesquelles le dernier épisode dépressif dont a souffert la recourante est en rémission totale et qui permet d'exclure la présence d'un autre trouble psychiatrique. Il confirme par conséquent ses conclusions tendant au rejet du recours.

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, 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 l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité de la recourante et de son éventuel droit à une rente AI au-delà du 30 juin 2006.

3. a) La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, de même que les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) du 21 mars 2003 (4^e révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe

selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), les circonstances commandent d'examiner le bien-fondé de la décision du 15 mai 2008 à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1^{er} janvier 2003, respectivement au 1^{er} janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Il s'ensuit que les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^e révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige.

b) 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).

c) L'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, prévoyait que l'assuré avait droit à une rente entière si

son taux d'invalidité était de 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il était de 50 % au moins et à un quart de rente s'il était de 40 % au moins, sous réserve du cas pénible (al. 1bis). A la suite de l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^e révision), l'échelonnement des rentes a été affiné et le droit à une rente pour cas pénible supprimé. Selon la nouvelle teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Le droit à la rente prend naissance, en vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007, au plus tôt à la date dès laquelle la personne assurée présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a), ou a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

d) Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens des normes en vigueur, il faut mentionner - outre les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Pour déterminer si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

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. Il existe une présomption que ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et les références citées). 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 (cf. ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents 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 l'assuré. 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). Enfin, 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) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

e) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les

documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. 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 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 ; cf. aussi TF 9C_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_658/2008, 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux 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 notamment 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 et les références citées ; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2).

4. a) En l'espèce, la décision litigieuse se fonde essentiellement sur le rapport d'expertise interdisciplinaire du 22 mai 2007 et son complément du 16 juillet 2007, ainsi que sur le rapport de synthèse du SMR du 10 août 2007.

Selon les experts de la Clinique Z._____, la requérante présente des cervicalgies fonctionnelles sur un discret trouble statique, un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, et une personnalité fragile avec des traits émotionnellement labiles de type borderline non décompensée. Les Desses T._____ et W._____ sont d'avis que ces affections ne limitent pas la capacité de travail de l'intéressée, qui reste à même de reprendre son ancienne profession de vendeuse ou toute autre activité exercée précédemment, sans diminution de rendement. D'un point de vue somatique, elles font notamment état d'un examen ostéoarticulaire sans particularité et relèvent une discordance manifeste entre l'importance des plaintes émises par l'assurée et les constatations objectives, qu'elles qualifient de rassurantes. L'examen psychique confirme quant à lui que le dernier épisode dépressif est en rémission totale et permet d'exclure l'existence de tout autre trouble psychiatrique (manifestations psychotiques, troubles anxieux, troubles cognitifs, troubles de la personnalité, somatisation, toxicodépendance). Le Dr O._____ a admis une incapacité de travail totale pour chaque hospitalisation en milieu psychiatrique, avec une reprise de l'activité professionnelle possible trois à six mois après le retour à domicile, à 50% dans un premier temps, puis à 100% dans les six mois suivants. Il est en outre relevé que les baisses occasionnelles de l'humeur de l'assurée face à des aspects de son existence vécue comme pénible

expliquent en grande partie la diminution du seuil de douleur et l'inconfort subjectif qui en résulte. Le Dr F. _____ du SMR a ainsi conclu à une incapacité de travail de 100% depuis le 29 mars 2005, début de l'hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique H. _____, jusqu'au 28 septembre 2005, puis de 50% du 29 septembre 2005 au 28 mars 2006 et enfin de 0% dès le 29 mars 2006.

Sur la base de ces éléments, l'OAI a reconnu à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} avril au 31 décembre 2005, puis à une demi-rente du 1^{er} janvier au 30 juin 2006. Il a retenu que l'intéressée avait présenté un degré d'invalidité de 100% depuis le 21 avril 2005, soit une année après l'arrêt de travail attesté par le Dr S. _____ (cf. art. 29 al. 1 LAI), puis que son état de santé s'était amélioré, de sorte que sa capacité de travail exigible avait atteint 50% dès le 29 septembre 2005 et 100% dès le 29 mars 2006 dans toute activité.

b) La recourante fait toutefois valoir que sa capacité de travail est fortement limitée, en se prévalant de l'avis de ses médecins traitant, les Drs S. _____ et N. _____, ainsi que de celui du Dr C. _____. Selon ce dernier, l'intéressée est fortement fragilisée par d'importants troubles psychiatriques, qui la rendent particulièrement sensible au stress et provoquent des dépressions itératives à raison d'une fois par année, une reprise d'activité professionnelle n'étant dès lors pas exigible. Toutefois, le SMR expose de manière convaincante, dans son avis du 23 septembre 2008, les raisons pour lesquelles les troubles psychiques signalés par le Dr C. _____ ne peuvent être considérés comme invalidants. De plus, ce dernier ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts. En effet, le psychiatre traitant relève seulement des inexactitudes dans l'anamnèse ou dans les plaintes de sa patiente et conteste les diagnostics retenus par les experts, relevant en définitive que leurs effets ont été sous-estimés. L'expertise psychiatrique a permis d'exclure un trouble de l'humeur actif, un trouble anxieux et un véritable trouble de la personnalité, en l'absence des critères requis au sens des manuels médicaux reconnus (ICD-10, DSM-

IV). Elle a également noté l'absence de troubles cognitifs, de manifestations psychotiques et d'un trouble somatoforme ou apparenté. Le Dr C._____ soutient que la recourante présente un trouble somatoforme douloureux. Il ne se détermine toutefois pas sur son caractère invalidant. L'expertise relève finalement que l'assurée présente des traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline, mais pas de trouble de la personnalité. Elle observe que, lorsque l'assurée est psychologiquement perturbée (anxieuse ou déprimée par moments), il apparaît que ces traits de personnalité ont tendance à se manifester exagérément. Le Dr C._____ n'apporte pas d'éléments nouveaux pour retenir un trouble de la personnalité. Comme l'ont relevé les experts et comme l'admet le Dr C._____, la recourante ne présente pas en permanence tous les critères d'une dépression moyenne. Le Dr C._____ soutient toutefois que la fragilité psychique de l'assurée la rend particulièrement sensible au stress professionnel. Il n'explique cependant pas les raisons pour lesquelles on ne pourrait pas exiger de l'intéressée qu'elle reprenne une activité professionnelle. Enfin, il ne se prononce nullement sur la capacité de travail exigible de sa patiente dans une activité adaptée. Cela étant, son appréciation ne saurait supplanter celle des experts de la Clinique Z._____, qui repose sur une anamnèse détaillée, tient compte des plaintes de la recourante, procède d'exams complets et approfondis et dont les conclusions sont dûment motivées, de sorte qu'elle revêt une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. supra, consid. 3e).

Quant aux Drs S._____ et N._____, dont les avis corroborent celui du Dr C._____, ils ne se prononcent pas plus clairement que leur confrère sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, sans pourtant exclure une reprise d'activité professionnelle à moyen terme. Le Dr N._____ ne saurait être suivi lorsqu'il pose des diagnostics existant depuis l'adolescence et déclare assister depuis deux à trois ans à une aggravation de l'état de santé de l'assurée, quand bien même il ne suit cette dernière que depuis le mois de mars 2005. Le Dr S._____, qui n'est pas psychiatre, met pour sa part l'accent sur les problèmes psychiques de sa patiente, mais ne retient que

des limitations fonctionnelles d'ordre somatique (éviter les mouvements répétitifs, les travaux de force et l'immobilité). Les critiques qu'il émet à l'encontre de l'expertise interdisciplinaire, comme le relève justement le SMR, portent essentiellement sur des aspects de l'anamnèse et non pas sur l'appréciation faite par les experts, laquelle repose également sur des constatations objectives et ne s'en voit dès lors pas affectée. Au demeurant, il sied de rappeler que les conclusions des médecins traitant doivent être admises avec réserve, compte tenu de leur propension naturelle à se prononcer en faveur de leur patient.

c) Par conséquent, c'est à bon droit que l'OAI a mis un terme à ses prestations au 30 juin 2006, sur la base des conclusions de l'expertise de la Clinique Z._____ et du SMR, selon lesquelles la recourante ne présente plus aucune atteinte invalidante à sa santé, tant somatique que psychique, de sorte qu'une pleine capacité de travail est exigible dans toute activité.

5. Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 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 rendue le 15 mai 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais de justice, arrêtés à 250 fr. (deux cent cinquante 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 :

- B._____ (pour A._____),
- 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 :