

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 août 2011

Présidence de M. DIND
Juges : Mme Rossier et Mme Moyard, assesseurs
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 3 et 16 LPG; 28 al. 2 LAI; 27 et 27bis RAI

E n f a i t :

A. a) L._____, née en 1952, de nationalité [...], est arrivée en Suisse en 1988. Mariée, elle est mère de cinq filles et trois garçons. Le premier fils est décédé en 1975 lors d'un accident en [...] et les deux autres le 15 janvier 2002, happés par un train en gare de [...] alors qu'ils traversaient la voie ferrée. L'assurée n'a pas été scolarisée et est sans formation professionnelle. En Suisse, elle a notamment travaillé depuis le 29 décembre 1999 en qualité d'employée d'entretien à raison de deux heures par jour auprès de [...] SA à [...]. Depuis le décès de ses deux derniers fils, elle a présenté une totale incapacité de travail. Son cas a été pris en charge par N._____, assureur perte de gain de l'employeur.

L'intéressée a déposé le 28 mars 2003 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une importante dépression nerveuse suite au décès accidentel de deux de ses enfants. Le 16 avril 2003, elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % dans le cadre de travaux de nettoyage par nécessité financière et ce, depuis 5 ans et demi (formulaire 531bis).

Dans un rapport médical du 16 mai 2003, le Dr Q._____, chef de clinique du Centre S._____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif majeur et de deuil et a attesté une incapacité de travail totale dès le 28 janvier 2002 pour une durée indéterminée. Il a ajouté que la symptomatologie de sa patiente devait être réévaluée une année plus tard afin de déterminer son impact sur la capacité de travail.

Dans un rapport médical du 8 novembre 2003, le Dr G._____, médecin généraliste et médecin traitant de l'assurée, a retenu que les diagnostics d'épisode dépressif majeur réactionnel à un deuil avec effondrement cognitif global et de céphalées quotidiennes chroniques avaient des répercussions sur la capacité de travail de sa

patiente. Par contre, les diagnostics de troubles statiques et dégénératifs du rachis, de polyarthralgies diffuses dans un contexte d'état dépressif réactionnel important, d'hypertension artérielle, de diabète type II, de dyslipidose, d'obésité, de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) sur tabagisme important, de syndrome dyspnétique avec reflux gastro-oesophagiens, de probable syndrome d'apnée du sommeil, de sinusite chronique et de tabagisme n'avaient aucun effet sur la capacité de travail de sa patiente. Il a attesté une incapacité de travail à 100 % du 28 janvier au 5 mai 2002, à 50 % du 6 mai au 4 juillet 2002, puis à 100 % dès le 5 juillet 2002.

Au vu de ces éléments, l'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage afin de déterminer si et dans quelle mesure l'atteinte subie par l'assurée l'affectait dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Dans le cadre de l'enquête effectuée le 24 février 2005 (rapport d'enquête économique sur le ménage du 28 février 2005), l'enquêtrice a proposé de retenir le statut de 50 % active et 50 % ménagère, en mentionnant ce qui suit :

"Statut : je suis d'avis de retenir un statut 50 % active sur la base de l'activité moyenne antérieure. On pourrait augmenter pour le 100 % vu le chômage du mari et leurs très faibles revenus, mais il ne m'a pas semblé que c'est pour cette raison qu'ils ont indiqué 100 % au 531 bis.

L'incapacité de travail est sans aucun doute totale, elle est bloquée dans son deuil et hors réalité.

Au ménage, les empêchements sont massifs aussi, et le peu de travail qu'elle fait encore n'est pas du travail autonome, elle doit être stimulée et surveillée. Vu l'étendue des empêchements, la question du statut n'a dans la pratique que peu d'importance, son incapacité dépasse largement la limite de 70 % partout".

Dans un rapport médical du 14 avril 2005, la Dresse O._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie au Centre S._____ et psychiatre traitante de l'assurée jusqu'au 12 octobre 2004, a indiqué que sa patiente présentait un épisode dépressif sévère dans le cadre d'un deuil pathologique sans symptômes psychotiques avec une incapacité de travail totale depuis janvier 2002 dans toute activité. Malgré une prise en charge psychiatrique soutenue et différents changements

d'antidépresseurs, il n'y avait pas eu d'amélioration de son état de santé psychique.

Dans un rapport médical du 12 août 2005, la Dresse Y._____, médecin assistante à l'Association A._____, à [...], a notamment fait état d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.29), d'amnésie dissociative (F44.0) et de difficultés liées au décès de deux membres de la famille (Z63.4). Elle a attesté une incapacité de travail à 100 % estimant qu'il était illusoire d'exiger une quelconque activité suivie. Au niveau des constatations objectives, elle a exposé ce qui suit :

"Agée de 52 ans, la patiente en paraît bien davantage. Elle se présente vêtue entièrement de noir, avec un foulard noir sur la tête, qu'elle ne portait pas avant le drame, et elle donne la curieuse et glaçante impression que la "mort" est entrée dans la pièce. Elle est vigile, calme, orientée aux 3 modes. Elle ne parle pas le français et nous la voyons avec une interprète de [...] ou de [...]. Elle n'est souvent pas en mesure de répondre à certaines questions en raison de troubles mnésiques, disant avoir oublié, par exemple si un de ses enfants est né avant ou après l'autre, ou les circonstances de la rencontre avec son mari, et les dates importantes. Son discours semble cohérent, pour autant que nous puissions en juger, car traduit, mais la patiente présente parfois des réponses à côté. La thymie est dépressive, avec fatigabilité, ralentissement, anhédonie, troubles de la concentration et de l'attention, réveils nocturnes, diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, idées de culpabilité, sentiment de tristesse et pleurs, attitude morose et pessimiste face à l'avenir, et envie de mourir. Elle ne présente aucun signe en faveur d'une décompensation psychotique floride".

Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité l'avis de son service médical régional (SMR). La Dresse T._____ du SMR a ainsi relevé que le rapport de la Dresse Y._____ ne contenait aucun renseignement sur un traitement psychotrope éventuel, ni sur les ressources de cette assurée, raison pour laquelle elle a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de déterminer de manière objective la capacité de travail de cette assurée (avis médical du 2 décembre 2005).

En date du 12 mai 2006, le Dr C._____, nouveau médecin traitant de l'assurée a transmis un rapport du 3 avril 2006 de la Dresse Z._____, chef de clinique adjointe au service de rhumatologie, médecine

physique et réhabilitation du U._____, qui a posé le diagnostic principal d'algoneurodystrophie du membre supérieur droit et les diagnostics secondaires et de comorbidités de syndrome douloureux chronique dans le cadre d'un deuil pathologique, de diabète de type II, d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie et d'anémie normocytaire normochrome discrète. S'agissant de l'évolution du cas, la Dresse Z._____ a considéré ce qui suit :

"Madame L._____ est donc une patiente déjà connue du service pour un précédent séjour en novembre 2005 qui présente une aggravation depuis quelques semaines avec présence de douleurs au niveau des deux MS, du rachis lombaire et cervical des deux genoux.

Dans l'idée d'une aggravation de l'algoneurodystrophie, nous faisons pratiquer une nouvelle scintigraphie osseuse qui, comparée à novembre 2005, montre plutôt une amélioration du statut osseux avec persistance d'une discrète asymétrie au niveau du coude D. Au vu de cet examen scintigraphique et du caractère diffus et quasi généralisé des douleurs, avec présence de points de fibromyalgie positifs, nous retenons plutôt un syndrome douloureux chronique dans un contexte psychique chargé (...).

Nous profitons du séjour pour faire évaluer la patiente par le psychiatre de liaison. Celui-ci retient un épisode dépressif sévère, sans symptôme psychotique, de type deuil pathologique avec un syndrome douloureux somatoforme persistant. Une poursuite du suivi psychiatrique à l'Association A._____ est préconisée ainsi que la poursuite du traitement antidépresseur habituel".

Dans l'intervalle, l'OAI a mandaté la Dresse B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise psychiatrique. Dans un rapport du 15 novembre 2006, l'experte a retenu un épisode dépressif moyen avec un trouble douloureux somatoforme persistant d'accompagnement. Elle a attesté une capacité résiduelle de travail de 60 % dans une activité lucrative à 100 % et de 70 % dans l'activité de ménagère. L'experte a en effet indiquée que l'anhédonie, les ruminations, les pensées obsédantes, l'impossibilité de se projeter dans l'avenir, le vécu de douleurs psychiques et physiques interféraient en partie avec l'activité exercée jusqu'alors. Dans ce contexte, l'activité de nettoyeuse était encore exigible à raison de 5 heures par jour.

Dans un rapport médical du 23 janvier 2007, la Dresse Z._____ a estimé que les diagnostics d'algoneurodystrophie du MSD depuis novembre 2005 et de syndrome douloureux chronique dans le cadre d'un deuil pathologique avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Elle a indiqué que l'intéressée présentait une incapacité de travail à 100 % depuis la date de la première hospitalisation, soit depuis le 16 novembre 2005 jusqu'à la sortie de la 2^{ème} hospitalisation, soit le 17 mars 2006, date à laquelle l'assurée a été évaluée pour la dernière fois par ses soins. Elle a relevé des points de fibromyalgie et des douleurs qui s'étendaient. Elle a confirmé que lors de l'examen de sa patiente, il y avait une nette diminution du rendement dans l'activité d'employée d'entretien qui n'était plus exigible.

En date du 4 juin 2007, la Dresse Y._____ a transmis à l'OAI deux rapports des 14 février et 30 mars 2007 relatifs à un bilan mémoire établis par le Service D._____ mettant en évidence une atteinte diffuse et massive des fonctions cognitives difficiles à interpréter en raison des différentes étiologies possibles (niveau d'acquisition scolaire très bas, composante thymique très probable, éventuel processus neurovégétatif). Les Drs J._____, médecin associé et X._____, médecin assistant, ont en outre indiqué ce qui suit dans le cadre de la discussion du cas :

"(...) Nous sommes frappé par la sévérité de l'actuel état dépressif de type mélancolique survenu après le décès de ses deux enfants, pour lequel nous proposons une hospitalisation en milieu psychiatrique d'autant plus que la compliance thérapeutique n'est peut-être pas garantie. Nous ne sommes actuellement pas en mesure d'exclure une origine neuro-dégénérative - l'atrophie à l'imagerie n'est pas suffisamment spécifique - au vu de l'importante influence des troubles psychiatriques sur la cognition de la patiente. Une composante métabolique sur le diabète semble peu probable au vu du bon contrôle glycémique confirmé par une hémoglobine glyquée dans la norme et le peu d'atteinte vasculaire à l'imagerie.

Un bilan mémoire serait souhaitable en présence d'une évolution favorable du trouble thymique afin de revoir le diagnostic. L'atteinte thymique est de nature à laisser quelques séquelles cognitives même en cas d'évolution favorable de la dépression".

En l'absence de précision quant à la capacité de travail actuelle de l'assurée, l'OAI a mandaté le Dr H. _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne pour la réalisation d'une expertise rhumatologique. Dans un rapport du 22 juin 2007, l'expert a considéré que d'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée était de 75 % dans une activité de nettoyeuse à 100 % y compris la diminution de rendement. Dans une activité légère, excluant les travaux lourds et répétitifs impliquant le membre supérieur droit, principalement au-dessus de l'horizontale, la capacité de travail était entière. S'agissant de l'appréciation du cas, le Dr H. _____ a notamment précisé ce qui suit :

"Les examens radiologiques sont rassurants, ne révèlent pas de trouble dégénératif ou statique manifeste de la nuque ni de la colonne lombaire, notifiant de la discussion et évolution de la lettre de sortie d'hospitalisation du service de rhumatologie du Centre U. _____ annexé au dossier d'expertise de mars 2006, une scintigraphie osseuse montrant une amélioration du status osseux avec persistance d'une discrète asymétrie au niveau du coude droit.

Ni l'examen clinique ni les examens radiologiques ne permettent donc d'expliquer la globalité des symptômes présentés par Mme L. _____, leurs intensités, leurs localisations et leurs retentissements sur son fonctionnement. L'examen clinique reste marqué par de nombreux signes de surcharges fonctionnels restant évocateurs d'un syndrome douloureux chronique tel que déjà notifié des documents annexés au dossier d'expertise par divers praticiens de spécialités différentes qui ont eu l'occasion d'examiner l'assurée par le passé".

Dans un rapport d'examen du 1^{er} octobre 2007, le Dr P. _____ du SMR a retenu comme atteinte principale à la santé les diagnostics d'épisode dépressif sévère depuis janvier 2002, évoluant vers un degré moyen et de syndrome somatoforme douloureux persistant, depuis environ 2003. Il a considéré que l'assurée présentait une totale incapacité de travail depuis le 28 janvier 2002. Toutefois, dès le 15 novembre 2006, la capacité de travail de l'assurée était de 60 % dans l'activité professionnelle habituelle ou adaptée et de 70 % dans l'activité ménagère compte tenu des limitations fonctionnelles, soit les travaux lourds du MSD, surtout au-delà de 90°, l'anhédonie, les pensées obsédantes, le vécu des douleurs psychiques et physiques et

l'impossibilité de se projeter dans l'avenir. Le Dr P._____ a notamment indiqué que l'assurée avait développé une algoneurodystrophie à la fin 2005 dont l'évolution était favorable après 6 mois. Il s'est en outre référé aux conclusions du Dr H._____ qui a retenu pour l'essentiel des douleurs ubiquitaires de la musculature et du squelette. Le Dr P._____ a considéré que le pronostic pour une reprise de travail était peu favorable, chez une assurée sans formation professionnelle, ne parlant quasiment pas le français après 19 ans passés en Suisse, ne sachant enfin ni lire, ni écrire.

b) En date du 14 novembre 2007, l'OAI a soumis à l'assurée un projet d'acceptation d'une rente entière d'invalidité limitée à la période allant du 1^{er} janvier 2003 (compte tenu du délai d'attente d'un an) au 28 février 2007 (soit après 3 mois d'amélioration de l'état de santé psychique). Il a ainsi considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée ne travaillerait qu'à 50 %, les 50 % restant étant consacrés à la tenue de son ménage. Compte tenu d'un empêchement totale dans l'activité professionnelle, exercée à 50 %, et d'un empêchement de 82.6 % % dans l'activité ménagère, exercée à 50 %, l'OAI a constaté que l'invalidité globale se montait à 91.3 %. Toutefois, à la suite d'une amélioration de l'état de santé psychique de l'assurée, se traduisant par l'absence d'empêchement dans l'activité professionnelle, exercée à 50 %, et d'un empêchement de 30 % dans l'activité ménagère, exercée à 50 %, l'invalidité globale de l'intéressée se montait à 15 %, ce qui était insuffisant pour maintenir le droit à une rente. Le terme de la rente a en conséquence été fixé au 28 février 2007, soit après trois mois complets d'amélioration.

Dans sa contestation du 13 décembre 2007, l'assurée a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à l'évaluation des répercussions du trouble somatoforme douloureux sur sa capacité de travail. Elle a en outre produit une attestation médicale du 7 décembre 2007 de la Dresse Y._____, faisant état d'un diagnostic de syndrome démentiel d'origine affective, en plus du diagnostic d'épisode

sévère de type mélancolique au vu du rapport du 30 mars 2007 du Service D._____. Selon la Dresse Y._____, un syndrome démentiel apparaissait ainsi peu compatible avec une activité professionnelle, la patiente n'étant plus capable de cuisiner à domicile, ne se souvenant plus des recettes, alors qu'elle était une bonne cuisinière. Une origine neuro-végétative de la démence n'était au demeurant pas exclue.

Dans ce contexte, l'OAI a soumis le cas de l'assurée au SMR afin qu'il examine si les rapports du Service D._____ contenaient des éléments permettant de revoir la position de l'intimé. Par avis médical du 30 octobre 2008, le Dr P._____ a relevé que le Dr H._____ n'avait pas fait état dans son rapport d'expertise du 22 juin 2007 d'une pathologie psychiatrique aussi grave que celle mise en évidence par la Dresse Y._____ depuis février 2007, si bien que l'on pouvait s'interroger quant à une éventuelle amélioration. Le Dr P._____ a dès lors mandaté le Centre W._____, fonctionnant en tant que COMAI, pour la réalisation d'une expertise rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique afin de considérer l'état de santé d'un point de vue évolutif et préciser l'exigibilité médicale.

Dans un rapport de synthèse du 6 mars 2009, les Drs K._____, spécialiste FMH en rhumatologie et V._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que Madame F._____, neuropsychologue FSP, ont retenu que les diagnostics de troubles statiques et dégénératifs banals du rachis lombaire (dès 2002), de probable gonarthrose gauche débutante (2004) et d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.10) depuis 2002 avaient des répercussions sur la capacité de travail de l'expertisée. Ils ont toutefois considéré que les autres affections n'engendraient pas d'incapacité de travail prolongée, soit l'hypertension artérielle, le diabète type II, la dyslipidémie, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) sur tabagisme actif, la surcharge pondérale, le status après algodystrophie du membre supérieur droit, ainsi que le syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) présent depuis 1999. Ils ont retenu sur le plan somatique une pleine capacité de travail comme nettoyeuse avec un

rendement légèrement diminué d'au plus de 30 % en raison des douleurs ostéoarticulaires dégénératifs. Dans une activité adaptée moins pénible, l'exigibilité était complète. Sur le plan psychique, se référant à l'appréciation de la Dresse B._____, ils ont attesté une incapacité de travail de 40 % tant dans l'activité de nettoyeuse que dans une activité adaptée et de 30 % comme ménagère compte tenu d'une restriction du champ de la pensée sur le deuil (rapport d'expertise p. 34 et 35). S'agissant de l'appréciation de la sévérité du tableau clinique, les experts ont exposé que :

"Sur la base des éléments cliniques, nous retenons le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F 32.10). La tristesse est d'intensité légère et on n'observe pas de fatigue. L'assurée présente un ralentissement psychomoteur modéré, mais lorsqu'on la confronte à son manque de collaboration, ce ralentissement psychomoteur s'atténue fortement et l'assurée se mobilise mieux.

Elle est encore capable d'éprouver du plaisir en s'occupant de ses petits-enfants. Cette appréciation est conforme à celle de la Doctoresse B._____ et il y a même une amélioration clinique, probablement en raison d'une prise médicamenteuse plus régulière. En revanche elle ne correspond pas à celle des médecins traitants, ces derniers décrivant constamment un état dépressif sévère. Même si une hospitalisation a été proposée en 2007, il est étonnant de constater que depuis 2006 au moins, le traitement antidépresseur n'a pas été adapté, alors que ce trouble est susceptible d'être amélioré.

L'assurée décrit une certaine labilité émotionnelle, surtout plus marquée durant les deux ou trois premières années suivant le décès de ses enfants. A notre avis il y a une amélioration dans le temps, soit au moins à partir de l'évaluation psychiatrique de la Doctoresse B._____.

Nous retenons aussi un syndrome douloureux somatoforme (F 45.4). Les premières manifestations somatiques remontent au moins à 1999. Le trouble de l'humeur abaisse certainement le seuil subjectif de perception de la douleur. Un comportement de majoration a aussi été décrit.

Nous ne sommes pas convaincus par la présence d'un syndrome démentiel. L'examen neuropsychologique de 2007 montrait une atteinte diffuse et massive des fonctions cognitives, mais seul un examen partiel a pu être réalisé. Les lésions observables à l'IRM cérébrale n'étaient pas suffisamment spécifiques. L'appréciation diagnostic tenait compte de l'atteinte fonctionnelle dans les AVQ. Il s'agit

d'éléments anamnestiques, chez une patiente adoptant un comportement très régressif de longue date.

Comportement

L'assurée a un comportement très régressif, parfois démonstratif, moyennement collaborant. L'incitation ou l'encouragement permet d'obtenir une meilleure collaboration ce qui atténue d'autant la sévérité des troubles mnésiques. L'état psychique est totalement cristallisé autour de ce deuil ce qui l'amène à se vêtir de noir depuis plusieurs années, bien que cela ne corresponde pas à ses habitudes culturelles. Par ces comportements, l'assurée obtient incontestablement des bénéfices secondaires sous la forme d'une grande sollicitude de la part de ses filles".

Par avis médical du 25 mars 2009, le Dr P. _____ a retenu, au vu du rapport fouillé du Centre W. _____ une capacité de travail de 60 % dans une activité lucrative et de 70 % en qualité de ménagère. En plus des limitations fonctionnelles déjà évoquées en octobre 2007, le Dr P. _____ a exclu le port de charges moyennes à lourdes, la montée-descente fréquente d'escaliers et marche en terrains instables, le porte-à-faux répété du rachis et l'accroupissement répété. Il a enfin, comme les experts, préconisé une aide au placement pour ménager l'assurée par rapport à la perte de bénéfice secondaire engendrée par la mise en place d'une activité lucrative.

c) Par décision du 30 mars 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 14 novembre 2007, considérant que l'expertise du Centre W. _____ n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position, laquelle était conforme aux dispositions légales et reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique.

B. a) Par acte de son mandataire du 28 avril 2009, L. _____ interjette recours contre cette décision et conclut à l'admission du recours et à la réforme de la décision attaquée, en ce sens qu'elle a droit principalement à une rente entière d'invalidité au-delà du 28 février 2007, subsidiairement à une rente d'invalidité calculée sur un taux d'invalidité de 45 % au minimum, plus subsidiairement à l'annulation de la décision

entreprise et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle ne conteste pas le statut d'active à 50 % et ménagère à 50 % retenu par l'intimé, de même que l'évaluation de l'invalidité pour la période allant du 28 janvier 2002 au 15 novembre 2006. Elle conteste toutefois toute amélioration de sa capacité de travail dès le 15 novembre 2006, dans la mesure où cette date ne correspond à aucun événement particulier, mais uniquement à la date du rapport d'expertise de la Dresse B._____. Elle allègue que son état de santé s'est au contraire péjoré. Son dossier comporte en outre des lacunes, puisque s'agissant du trouble somatoforme douloureux persistant, les experts n'ont pas tiré les conclusions qui s'imposaient au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral. Même si la présence d'une comorbidité psychiatrique devait être niée, elle estime qu'elle remplit plusieurs des critères dégagés par la jurisprudence. Par ailleurs, elle n'a pas les ressources nécessaires pour mettre en œuvre une éventuelle capacité de travail. Dans ces conditions, son incapacité de travail est entière, et ce dans quelque activité que ce soit. Si l'autorité de céans ne s'estime pas suffisamment renseignée, il lui incombe de mettre en œuvre une expertise psychiatrique répondant aux directives émises par le Tribunal fédéral dans sa jurisprudence au sujet de l'évaluation de la capacité de travail chez les personnes atteintes d'un tel trouble. S'agissant de son activité de ménagère, elle constate que la Dresse B._____ retient une capacité de 70 % sans égard à l'enquête ménagère effectuée en février 2005, qui concluait à une incapacité de 82.6 % après un calcul pondéré et dûment motivé par des explications dont ni la Dresse B._____, ni les experts du Centre W._____ ne disent en quoi elle serait erronée. En définitive, il n'y a pas lieu de s'écarter du taux total d'invalidité auquel l'intimé est parvenu dans un premier temps, en l'absence d'amélioration de son état de santé. L'appréciation de la Dresse B._____ sur ce point ne repose sur rien et procède d'une appréciation arbitraire de la situation. Si l'on devait se rallier aux conclusions des médecins mandatés par l'intimé, il y aurait lieu de lui octroyer un quart de rente d'invalidité, compte tenu d'un taux d'invalidité de 60 % dans la part active et de 30 % dans la part ménagère ($50 \% \times 60 \%$) + ($50 \% \times 30 \%$) = 30 % + 15 %, soit 45 %.

b) Par décision du 12 mai 2009, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis l'assurée au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure en cours avec effet au 1^{er} juin 2009 et désigné Me Anne-Sylvie Dupont en qualité d'avocat d'office.

c) Dans sa réponse du 23 juin 2009, l'intimé conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, le trouble somatoforme douloureux ne pouvant être considéré comme invalidant. En résumé, l'intimé a relevé que l'assurée ne présentait pas de comorbidité psychiatrique d'une acuité importante. Il n'y avait pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, puisqu'elle aimait passer du temps avec ses petits-enfants et ses filles et qu'elle faisait les courses avec son mari. Toutes les possibilités thérapeutiques n'avaient pas encore été épuisées, puisque son traitement n'avait pas été modifié depuis 2006 et qu'il pourrait être encore amélioré.

d) Dans sa réplique du 24 septembre 2009, la recourante a fait état d'une dichotomie totale entre la patiente décrite (complètement effondrée), le pronostic quant à l'avenir professionnel (sombre) et la conclusion d'une compatibilité de cet état avec une pleine capacité de travail. Ces contradictions, ainsi que celles entre les rapports d'expertise et le rapport d'enquête ménagère justifient sa demande d'expertise.

e) Dans sa duplique du 15 octobre 2009, l'intimé a confirmé sa décision, ainsi que son écriture du 23 juin 2009.

f) En date du 6 mai 2010, la recourante a transmis un certificat médical du 6 mai 2010 établi par Madame R._____, thérapeute de famille et visé par la Dresse M._____, médecin responsable à l'association A._____, qui a considéré que l'état de la patiente était stationnaire depuis le dernier rapport médical du 7 décembre 2007. Son traitement médicamenteux était toujours assuré par le médecin généraliste. Comme diagnostics psychiatriques, elle a fait état d'un

épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques chronifiés, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'amnésie dissociative et de difficultés liées au décès de deux membres de la famille. Le pronostic restait très réservé, l'assurée vivant un deuil pathologique et un conflit de couple persistant.

g) Par courrier du 7 juin 2010, l'intimé s'est référé à l'avis médical du SMR du 31 mai 2010 auquel il se ralliait. Le Dr P._____ a ainsi constaté que le certificat médical produit par la recourante n'apportait aucun élément médical nouveau et a dès lors maintenu ses conclusions de mars 2009.

h) Par décision du 23 février 2011, la Cour de céans a fixé l'indemnité d'office de Me Dupont à 2'110 fr 10 (débours et TVA compris), conformément à la lettre de Me Dupont demandant le versement de ses honoraires suite à l'augmentation de la TVA en 2011.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr.

2. Le présent litige concerne le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, au-delà du 28 février 2007.

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1er in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa

santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

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

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

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 56 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire

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

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, 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 (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (arrêt 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

3. En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante n'a plus assumé d'activité lucrative depuis le 14 janvier 2002 (questionnaire pour l'employeur du 26 février 2004). Selon ses déclarations (formulaire 531bis du 16 avril 2003), elle aurait toutefois repris un emploi à 100 % depuis trois ans et demi pour des motifs financiers. Lors de l'enquête économique sur le ménage (rapport d'enquête daté du 28 février 2005), il est apparu que le taux avancé par l'assurée n'était pas effectif. Dans ce contexte, le statut de 50 % active et 50 % ménagère tel que finalement retenu par l'intimé, ne saurait être remis en question, élément qui n'est d'ailleurs pas contesté par la recourante.

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré selon la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 al. 2^{ter} LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Concrètement, lorsque l'assuré ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'il effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'il aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'il pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu sans invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que l'assuré aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'il aurait pu réaliser s'il avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb p. 157) - est comparé au gain hypothétique qu'il pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement

à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a p. 154).

4. Il s'agit à présent de déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assurée (part active).

a) Sur le plan somatique, il résulte du rapport d'examen clinique bidisciplinaire du Centre W._____ du 6 mars 2009 que la recourante présente des troubles statiques et dégénératifs banals du rachis lombaire, ainsi qu'une probable gonarthrose gauche débutante, qui entraînent les limitations fonctionnelles décrites dans le rapport en question, éléments repris par le SMR (avis médical du 25 mars 2009). Les experts du Centre W._____ ont exclu, sur la base de l'examen rhumatologique pratiqué, le diagnostic de fibromyalgie évoqué dans le dossier (rapports de la Dresse Z._____ des 3 avril 2006 et 23 janvier 2007, rapport d'expertise du Dr H._____ du 22 juin 2007, p.6), en raison de l'absence de points algiques à la palpation typiques avec mouvement de retrait, sursauts ou protestations verbales (rapport Centre W._____, p. 22). Le Dr H._____ a confirmé que les examens radiologiques étaient rassurants, qu'ils ne révélaient pas de trouble manifeste de la nuque ni de la colonne lombaire.

Compte tenu des éléments ostéoraticulaires dégénératifs et statiques banals, les experts du Centre W._____, comme le Dr H._____ ont estimé que l'assurée présentait une pleine capacité de travail comme nettoyeuse, mais avec une diminution de rendement de 30 % au plus au vu de la pénibilité de l'activité. Toutefois, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites (soit excluant le port de charges moyennes à lourdes, la montée-descente fréquente d'escaliers et marche en terrains instables, le porte-à-faux répété du rachis et l'accroupissement répété), l'exigibilité était entière.

b) Comme le relève le Dr H._____ (rapport, p. 8), ni l'examen clinique, ni les examens radiologiques ne permettent d'expliquer la globalité des symptômes présentés par la recourante, ni leur intensité,

leur localisation et leur impact sur son fonctionnement. Tant le Dr H. _____ que les experts du Centre W. _____ ont retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), lequel ne peut toutefois se voir reconnaître exceptionnellement un caractère invalidant qu'aux conditions posées par la jurisprudence (exposées ci-après). Sur ce point, la recourante, contrairement à l'avis des experts, soutient que cette atteinte a des répercussions sur sa capacité de travail.

Ainsi, 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 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). 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; 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 desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). 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 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); 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 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

Le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^e éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

c) Sur le plan psychiatrique, le dossier comprend un rapport d'expertise du Centre W. _____ du 6 mars 2009, qui retient uniquement

un diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10), ce qui rejoint les constatations faites antérieurement par la Dresse B._____ dans son rapport d'examen psychiatrique du 15 novembre 2006. Les experts psychiatres ont examiné l'assurée plusieurs années après le début de sa dépression réactionnelle suite au décès de ses deux fils. S'ils n'ont pas remis en cause l'apparition dès 2002 d'un épisode dépressif sévère réactionnel, les experts psychiatres ont toutefois constaté que la dépression avait évolué dans le sens d'un épisode dépressif moyen et ce au plus tard dès l'examen clinique de l'assurée en 2006 par la Dresse B._____, élément qui est manifestement à l'avantage de l'intéressée (sous forme de l'octroi d'une rente entière d'invalidité jusqu'au 28 février 2007), puisqu'il n'est pas exclu que cette amélioration soit intervenue à une date antérieure. Ce diagnostic est corroboré par le Dr V._____ du Centre W._____ qui a observé une attitude assez plaintive, souvent très passive, avec la capacité de mieux se mobiliser en cas d'insistance, une tristesse d'intensité légère à modérée, sans comportement algique, troubles de la concentration, de labilité émotionnelle, ni de fatigue en fin d'entretien (rapport d'expertise du Centre W._____, p. 30). A ces avis médicaux concordants s'opposent ceux des psychiatres traitants, tels qu'exprimés dès 2006 (la présence d'un épisode dépressif sévère n'étant pas remis en cause avant cette date) par la Dresse Y._____ dans sa lettre de 7 décembre 2007 et la Dresse M._____ dans son courrier du 6 mai 2010 adressés au conseil de la recourante. En effet, ces médecins retiennent quant à eux les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques chronifié (F32.2), de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'amnésie dissociative et de difficultés liées au décès de deux membres de la famille sans évaluer la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, mentionnant tout au plus qu'un syndrome démentiel ne semblait pas compatible avec une activité professionnelle.

Le rapport d'expertise psychiatrique du Centre W._____ du 27 juin 2008 repose sur des examens particulièrement complets et son contenu répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en ce qui concerne la valeur probante des expertises médicales (cf. consid. 2b

supra). Il décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants, l'appréciation de la situation médicale est bien expliquée et les conclusions de l'expert sont parfaitement motivées. Les raisons pour lesquelles un épisode dépressif moyen, selon la terminologie de la CIM-10, est le mieux à même de décrire la psychopathologie de la recourante font l'objet d'une démonstration convaincante. Il en va de même des raisons pour lesquelles les experts considèrent que l'on peut écarter un syndrome démentiel qui aurait valeur incapacitante en soi. Ce rapport d'expertise, dont les conclusions rejoignent celles de la Dresse B._____ et du Dr H._____ qui avaient examiné la recourante respectivement en 2006 et 2007, doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

c) Par ailleurs, les différents avis des Dresses Y._____ et M._____ ne font pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du Centre W._____ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette expertise. Les différents courriers de ces médecins, très succincts et dépourvus de toute motivation quant à l'impact des troubles retenus sur la capacité de travail de leur patiente, ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions parfaitement argumentées de l'expertise du Centre W._____, ni sur le chapitre des troubles de l'humeur, ni sur celui du syndrome démentiel. Enfin, la Dresse Y._____ a confirmé que la recourante n'avait jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique et que le traitement médicamenteux, assuré par le médecin généraliste (courrier du 6 mai 2010 de la Dresse M._____), n'avait pas été modifié, malgré un état clinique qualifié de sévère par les psychiatres traitants.

En ce qui concerne les troubles de l'humeur, ni la Dresse Y._____, ni la Dresse M._____ n'ont décrit les plaintes de la recourante. Dans ce contexte, les conclusions du Centre W._____ apparaissent plus objectives dès lors qu'elles se fondent non seulement sur les seules plaintes de l'expertisée, mais aussi sur les constatations objectives et l'anamnèse, qui ont conduit les experts, de manière convaincante, à retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen, entraînant une incapacité de travail de 40 % dans le cadre d'une activité

de nettoyeuse ou dans une activité adaptée. Pour ces motifs, il convient de privilégier l'appréciation des experts, qui est bien plus solidement étayée que celle des psychiatres traitants.

En ce qui concerne le syndrome démentiel, les experts du Centre W. _____ ont indiqué que la capacité de travail dépendait surtout de l'interprétation médicale des troubles neurologiques. Ils ont déclaré ne pas être convaincus par la présence d'un syndrome démentiel. Un examen neuropsychologique réalisé par la neuropsychologue F. _____ a mis en évidence une atteinte diffuse et massive des fonctions cognitives. Les lésions observables à l'IRM cérébrale n'étaient pas suffisamment spécifiques, alors que la Dresse Y. _____ confirmait qu'aucune IRM ultérieure n'avait été pratiquée (rapport d'expertise, p. 32). Par ailleurs, l'appréciation diagnostic tenait compte de l'atteinte fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne, éléments anamnestiques dans le cas d'une patiente adoptant un comportement très régressif de longue date (rapport du Centre W. _____, p. 29-31).

d) Comme on l'a vu, il y a lieu de retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Cela étant, il sied de relever que tant les experts du Centre W. _____ que les Drs B. _____ et H. _____ ont précisé que même si l'on devait retenir un diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant, les conclusions assécurologiques, selon lesquelles une pleine capacité de travail est pleinement exigible sur le plan psychopathologique, n'en seraient pas modifiées.

e) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, sur le plan psychiatrique, le seul diagnostic d'épisode dépressif moyen. Un tel diagnostic ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence relative à la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. consid. 2b supra). Les autres critères déterminants pour reconnaître exceptionnellement le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail n'apparaissent pas davantage remplis en l'espèce. S'agissant en particulier d'une perte

d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, on ne saurait manifestement la retenir sur le vu des renseignements contenus tant dans le rapport d'expertise du Centre W._____ que dans celui de la Dresse B._____. En effet, malgré un retrait social marqué, l'assurée bénéficie d'une vie familiale conservée dès lors qu'elle vit avec son mari, que ses belles-filles vivent dans les alentours, qu'elle a beaucoup investi de ses petits-enfants issus d'un des fils décédés, que ses filles se rendent à son domicile afin de l'aider journalièrement dans son ménage et qu'elle rencontre parfois des compatriotes lorsqu'elle va s'acheter des cigarettes. On ne saurait par ailleurs considérer que la symptomatologie présentée actuellement par l'assurée ne serait plus susceptible d'évolution sur le plan thérapeutique. Certes, elle bénéficie, sans effets apparents, d'une psychothérapie de soutien à raison d'une séance toutes les trois semaines. Il ressort cependant du dossier que le traitement antidépresseur, assuré par le médecin généraliste, n'a pas été modifié depuis 2006, en ce sens que les suggestions médicamenteuses mentionnées dans le rapport de la Dresse B._____ (p. 18) n'ont pas été mises en oeuvre. Enfin, l'intéressée n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique, son encadrement à domicile étant assuré par ses proches.

f) Au vu de ce qui précède, il apparaît que le trouble somatoforme ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur complète de la capacité de travail de l'assurée ne peut plus être raisonnablement exigée de sa part. L'appréciation de l'intimé se révèle par conséquent bien fondé.

5. En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante conserve une pleine capacité de travail pour une part active de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques, puisqu'une capacité de travail de 60 % doit être reconnue selon les experts (rapport d'expertise, p. 31 in fine), la Dresse B._____ précisant que l'assurée pouvait assumer un emploi de nettoyeuse à raison de cinq heures par jour (rapport d'expertise, p. 25). Cela signifie que la recourante est pleinement à même d'exercer une

activité professionnelle aménagée à 50 %, en occupant un poste à 50 % et ainsi de travailler avec un bon rendement sur un mi-temps.

Toutefois, l'intimé n'a pas procédé à l'évaluation de l'invalidité selon la méthode ordinaire de la comparaison des revenus entre l'activité habituelle de nettoyeuse et l'activité adaptée aux limitations fonctionnelles mentionnées par les experts. En effet, d'après la jurisprudence (ATF 124 V 321), le revenu avec invalidité doit, en l'absence de salaire effectif, être arrêté à la lumière des statistiques salariales ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires publiée par l'Office fédéral de la statistique, alors que le revenu sans invalidité doit être déterminé en partant du dernier revenu obtenu avant la survenance de l'atteinte à la santé (TFA I 225/99 du 11 février 2000, in VSI 2000 p. 310). Ainsi, en l'espèce, les éléments nécessaires à la détermination du revenu d'invalidité (c'est-à-dire le salaire susceptible d'être versé à la recourante) et du revenu sans invalidité font défaut, si bien que le taux d'invalidité dans l'activité lucrative ne peut être déterminé. Il incombera à l'intimé de procéder aux calculs y relatifs, dans la mesure où le dossier de l'assuré doit également être renvoyé pour un autre motif (cf. consid. 6 ci-après).

6. La recourante reproche ensuite à l'intimé d'avoir justifié la pondération des champs d'activité et le taux d'empêchement rencontré dans l'exécution des tâches ménagères en se référant largement aux pièces médicales

a) Considérée comme une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements à accomplir les travaux habituels à la condition qu'elle remplisse les exigences relatives à la valeur probante (cf. TFA I 90/02 du 30 décembre 2002 consid. 2.3.2 non publié in ATF 129 V 67, publié in VSI 2003 p. 218; ATF 128 V 93), l'enquête économique sur le ménage (cf. art. 69 al. 2 RAI) permet d'abord d'estimer l'étendue d'empêchements dus à des troubles physiques. Elle conserve néanmoins valeur probante lorsqu'il s'agit d'évaluer les empêchements que

l'intéressée rencontre dans l'exercice de ses activités habituelles en raison de troubles psychiques (cf. TF 9C_108/2009 du 29 octobre 2009, consid. 4.1). Ce n'est qu'en cas de divergences entre les résultats de l'enquête à domicile et les constatations d'ordre médical que celles-ci ont, en général, plus de poids (cf. TF 8C_671/2007 du 13 juin 2008 consid. 3.2.1 et TFA I 311/03 du 22 décembre 2003 consid. 4.2.1 in VSI 2004 p. 137). Cette priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et des empêchements qui en résultent (TFA I 733/03 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3). Pour l'application du droit dans le cas concret, cela signifie qu'il convient d'évaluer à la lumière des exigences développées par la jurisprudence la valeur probante des avis médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3 p. 352) et du rapport d'enquête économique sur le ménage (consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 218 de l'ATF 129 V 67 [arrêt I 90/02 du 30 décembre 2002]), puis, en présence de prises de position assorties d'une valeur probante identique, d'examiner si elles concordent ou se contredisent. Dans cette seconde hypothèse, elles doivent être appréciées au regard de chacune des questions particulières, plus de poids devant cependant être accordé aux rapports médicaux dans la mesure où il s'agit d'évaluer un aspect médical (TFA I 733/03 du 6 avril 2004 consid. 5.1.3).

Il découle logiquement de ce qui précède qu'étant donné les exigences en matière de valeur probante, la jurisprudence citée n'interdit pas à l'autorité amenée à statuer de s'écarter sur certains points particuliers d'un rapport d'enquête économique sur le ménage reconnu globalement comme probant, y compris lorsque les atteintes incapacitantes sont d'ordre somatique, dès lors que les documents médicaux disponibles mettent en évidence des contradictions qu'il faut trancher en faveur de l'avis spécialisé d'un médecin (TF 9C_512/2010 du 14 avril 2011 consid. 2.2.3).

b) A l'issue de son enquête économique, l'administration a fixé à 82.6 %, soit à 41.3 % pour un statut de ménagère à 50 % l'empêchement global dans les activités habituelles (rapport du 28 février 2005),

considérant que les empêchements étaient massifs et le peu de travail qu'elle pouvait encore faire n'était pas autonome. L'assurée devait dès lors être stimulée et surveillée. Lors de l'examen psychiatrique du 6 novembre 2006, la recourante a mentionné à la Dresse B. _____ qu'il lui était possible de s'habiller, préparer un café ou aller chercher de l'eau et couper des légumes. Les tâches difficiles étaient de faire sa toilette, s'occuper de la lessive et se rendre en commission (accompagnée). Les tâches impossibles étaient de faire des nettoyages, le repassage et les tâches physiques conséquentes (rapport d'expertise du 15 novembre 2006, p.16 in fine). La capacité actuelle dans l'activité ménagère a été évaluée à 70 %. Dans leur rapport du 6 mars 2009 (p. 30), les experts du Centre W. _____ ont indiqué que la recourante ne participait plus à l'entretien du ménage (au plan psychique) et qu'elle présentait une altération des capacités dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (au plan neuropsychologique). Sur le plan psychique, ils ont retenu une diminution de rendement de 30 %.

Toutefois, sur le plan physique, les experts ne se sont pas prononcés spécifiquement sur l'accomplissement des tâches ménagères, c'est-à-dire qu'ils ne se sont pas déterminés quant à la répercussion des affections somatiques sur les activités ménagères (p. 29). Le Dr K. _____ du Centre W. _____ s'est limité à considérer que l'activité exercée de nettoyeuse étant plutôt pénible, au vu des éléments ostéo-articulaires dégénératifs et statiques, la capacité de travail était complète avec une diminution de rendement de 30 % pour les activités nécessitant des efforts physiques. Le Dr H. _____ a, quant à lui, retenu une diminution de rendement de 25 % dans l'activité de nettoyeuse sans se prononcer quant à l'accomplissement des tâches ménagères (rapport d'expertise du 22 juin 2007, p. 8 et 9 relatif à l'appréciation du cas). En tout état de cause, une activité de nettoyeuse professionnelle ne saurait être comparée à la tenue du foyer familial qui, selon les critères posés par les Circulaires concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établies par l'OFAS (CIIAI), recouvre nombre d'activités sans exigence physique particulière (planification, organisation, répartition du travail, contrôle) ou dont les exigences dépendent directement de la taille du ménage et du nombre de

ses occupants (préparation des repas, entretien du linge, emplettes etc.). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (TFA I 593/03 du 13 avril 2005).

Il résulte de ce qui précède qu'il n'est pas possible, en l'état du dossier, de déterminer si, et dans l'affirmative dans quelle mesure, l'assurée est empêchée sur le plan somatique d'accomplir ses travaux habituels et quel taux global il y a lieu de retenir compte tenu des affections psychiques et physiques. Dans le cas présent, l'enquête économique sur le ménage n'a manifestement pas permis à la personne chargée de l'enquête de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique dont est affectée la recourante et des empêchements qui en résultaient, compte des contradictions entre les déclarations de l'assurée et les constatations médicales sur le plan psychique. Sur ce point, le jugement entrepris doit par conséquent être annulé et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il procède aux mesures d'instruction nécessaires, en sollicitant par exemple un complément d'informations auprès du Centre W._____.

c) Au vu de ce qui précède, il s'avère que le dossier tel qu'il est constitué ne permet pas de statuer en connaissance de cause sur l'incapacité de gain tant dans la part active que dans les activités usuelles du ménage. Le résultat obtenu par la méthode mixte permettra de connaître le taux d'invalidité économique global et de conclure ou non au maintien du versement d'une rente au-delà du 28 février 2007.

7. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices

chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. La recourante voit ses conclusions admises, pour la période au-delà du 28 février 2007, raison pour laquelle il ne sera pas perçu de frais dans le cadre de la présente procédure.

b) Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr., compte tenu des opérations nécessaires effectuées par son avocat (art. 7 al. 1 du Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales [TFJAS; RSV 173.36.5.2]), ce montant couvrant la somme réclamée par le conseil de la recourante à titre d'indemnité AJ (lettre du 20 janvier 2011). Il n'y a dès lors pas lieu de fixer la rémunération de l'avocat d'office dans le cadre de l'assistance judiciaire. Toutefois, par décision du 23 février 2011, la Cour de céans a d'ores et déjà versé la somme de 2'110 fr. 10 (débours et TVA compris) au titre de l'assistance judiciaire, Me Dupont ayant demandé le versement de ses honoraires suite à l'augmentation de la TVA en 2011. Or, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD), ce qui n'est pas le cas pour l'indemnité de dépens. Par mesure de simplification, il y a lieu de révoquer la décision de 23 février 2011 relative à l'indemnité d'office de Me Dupont et d'inviter l'intimé à verser la somme de 2'110 fr 10 au titre de créance compensatoire directement au Service juridique et législatif qui possède actuellement une créance envers la recourante au titre de l'indemnité d'office. Le solde, soit 389 fr 90 (2'500 fr. - 2'110 fr. 10) devra être versé par l'intimé à la recourante. Après compensation, la recourante ne sera redevable d'aucune somme au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 5 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens que la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit aux prestations pour la période postérieure au 28 février 2007.

- III.** La décision du 23 février 2011 de la Cour des assurances sociales du Canton de Vaud est révoquée.

- IV.** Hatice Tato a droit à une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) dont une partie, soit 2'110 fr. 10 lui a déjà été versée par le Service juridique et législatif au titre de l'assistance judiciaire, le solde soit 389 fr 90 devra par contre lui être versé.

- V.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser au Service juridique et législatif la somme de 2'110 fr 10 au titre de créance compensatoire.

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

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Dupont, à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

par l'envoi de photocopies.

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

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

La greffière :