

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 septembre 2012

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Neu et Mme Pasche
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

F. _____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Procap,
Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 8 et 17 al. 1 LPGA; art. 28 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après: l'assurée), née en 1965, est arrivée en Suisse en 1993. Mère de trois enfants nés respectivement en 1988, 1990 et 2002, elle a travaillé comme trieuse de qualité pour la coopérative W._____, de 1998 à 2002. Elle a par la suite bénéficié d'un délai-cadre d'indemnisation de l'assurance-chômage, puis du revenu d'insertion. Le 12 septembre 2005, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations, tendant à l'octroi d'une rente.

Dans un rapport du 25 octobre 2005, son médecin généraliste traitant, le Dr V._____, a posé les diagnostics d'état dépressif modéré à grave, de coliques néphrétiques à répétition et d'anorexie mentale. Ce médecin a déposé d'autres rapports médicaux, notamment un rapport de la Dresse K._____, du service de radiologie d'Yverdon-les-Bains, retenant un uro-CT dans les normes, et un rapport du Dr N._____, spécialiste en urologie, retenant que les douleurs ne résultaient pas d'un tractus urologique et qu'il n'y avait pas de microhématurie mais des traces de leucocytes.

Pour sa part, le Dr T._____, psychiatre traitant depuis le mois de janvier 2004, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique, ainsi que de personnalité borderline. Il a attesté une incapacité de travail totale dès le 1^{er} septembre 2003, en expliquant que l'angoisse était permanente, de même que les idées suicidaires, une certaine agitation et les peurs d'"exploser".

Dans un questionnaire pour l'employeur rempli le 31 mars 2006, la coopérative W._____ a indiqué que l'assurée réaliserait en 2006 un revenu mensuel de 3'500 fr. à 4'000 fr. sans atteinte à la santé.

Le 31 juillet 2007, la Dresse Z._____, spécialiste en psychiatrie, a réalisé une expertise psychiatrique à la demande de l'OAI.

Elle a constaté des épisodes dépressifs récurrents en fonction des événements existentiels, depuis 1993. L'épisode dépressif au moment de l'expertise était léger. Le problème majeur était une personnalité émotionnellement labile type borderline mal compensée. Par ailleurs, l'assurée rencontrait d'importantes difficultés sociales et financières se répercutant négativement sur sa thymie. Il en résultait, depuis avril 2006, une incapacité de travail de 35% dans une activité simple. L'incapacité de travail était de 70% de janvier 2004 à fin mars 2006. La Dresse Z. _____ a notamment mentionné, dans l'anamnèse, des rapports conflictuels de l'assurée avec sa fille [...], née en 1990; elle a également indiqué que l'assurée avait requis, en avril 2004, une séparation d'avec son époux, en raison des relations extraconjugales de ce dernier ainsi que d'actes de violence de sa part. Elle avait obtenu le divorce en 2006. La maladie avait suivi une évolution en dents de scie, en lien avec les événements existentiels vécus par l'assurée. Depuis le divorce prononcé en mars 2006, cette dernière ne signalait plus de harcèlement de la part de son ex-mari ni de menaces à son encontre. Progressivement, la thymie s'était stabilisée, permettant une diminution, puis l'arrêt des antidépresseurs.

Par projet de décision du 11 mars 2008, l'OAI a annoncé à l'assurée son intention de lui allouer une rente entière d'invalidité pour une période limitée, du 1^{er} janvier 2005 au 30 juin 2006, et de nier son droit à une rente pour la période postérieure. Il considérait que l'assurée présentait, depuis le 1^{er} avril 2006, un taux d'invalidité de 38% (38,25%) compte tenu de la capacité de travail résiduelle de 65% attestée par la Dresse Z. _____.

Les 7 et 28 avril 2008, l'assurée a contesté ce projet de décision. Elle a produit une lettre du 19 janvier 2009 du Dr T. _____ dans laquelle celui-ci atteste la persistance d'une incapacité de travail totale depuis 2003. Il y précise notamment que l'ex-époux s'était à nouveau installé chez l'assurée en octobre 2006. Celle-ci avait déposé plainte à la suite d'une nouvelle dispute avec violences physiques, ce qui avait conduit à l'arrestation de son ex-époux par la police. En 2007, la situation s'était aggravée après le décès de la mère de l'assurée en avril et en

raison d'un conflit de plus en plus violent avec la fille de l'assurée, placée en foyer par le Service de protection de la jeunesse en décembre. L'année 2008 avait encore été marquée par plusieurs événements perturbants, son ex-mari continuant notamment à la déranger en venant fréquemment chez elle, ivre. Après une nouvelle plainte, il devait être expulsé, mais il avait fui en France d'où il téléphonait et proférait des menaces.

Par décision du 30 septembre 2009, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} janvier 2005 au 30 juin 2006 et a nié le droit à une rente pour la période postérieure.

B. a) Par acte du 29 octobre 2009, F._____ a interjeté un recours de droit administratif contre cette décision, dont elle demande la réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée avec effet dès le 1^{er} septembre 2004 et sans limitation dans le temps, sous suite de frais et dépens. A titre subsidiaire, elle conclut à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2009 et à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. La recourante a notamment contesté les constatations de la Dresse Z._____ relatives au début de l'incapacité de travail et à la capacité de travail résiduelle pour la période courant dès le mois d'avril 2006.

Le 23 novembre 2009, la recourante a produit une lettre que le Dr T._____ avait adressée à sa mandataire, le 18 novembre 2009. Celui-ci précise avoir appris, depuis son précédent rapport, que sa patiente avait été violée et battue par son ex-époux, régulièrement depuis le divorce, jusqu'en automne 2008. Elle avait trop honte pour parler de ces viols auparavant et, de son point de vue, la situation s'était aggravée après le divorce. Par ailleurs, le fils de l'assurée refusait de parler à sa mère depuis plus de deux mois et avait soudain abandonné son travail sans explication. L'assurée se retrouvait désormais seule avec sa fille cadette, sans contact avec son fils, qui l'avait soutenue pendant des années, sans voir sa fille aînée, qui lui téléphonait parfois, et pratiquement sans nouvelles de ses frères et sœurs au Kosovo. Depuis 2006, elle avait vécu un divorce, les violences de son ex-époux, le décès de sa mère en 2007 et de son frère en

2008, un conflit et une rupture avec sa fille aînée et, en 2009, une rupture incompréhensible avec son fils aîné. Il s'agissait d'événements suffisamment graves pour expliquer la présence d'un état dépressif grave et persistant, chez une assurée souffrant d'un grave trouble de la personnalité.

b) L'intimé a répondu au recours le 29 janvier 2010 et a conclu à la confirmation de la décision litigieuse. Il a produit une prise de position des Drs S._____ et J._____, tous deux médecins à son Service médical régional AI (ci-après: le SMR), sur les critiques émises par la recourante à l'encontre de l'expertise de la Dresse Z._____.

Le 31 mars 2010, la recourante a produit une lettre du 29 mars 2010 du Dr T._____ à sa mandataire. Celui-ci indique notamment que la recourante n'avait osé parler qu'en 2009 des viols qu'elle avait subis; elle était totalement incapable d'en faire état lors de l'expertise réalisée par la Dresse Z._____ en 2007. Son état de santé se péjorait progressivement.

Cette nouvelle pièce a été communiquée à l'intimé.

c) Le 20 septembre 2011, le juge en charge de l'instruction de la cause a désigné le Dr U._____, psychiatre, pour la réalisation d'une expertise judiciaire. L'expert a requis du tribunal qu'il complète l'instruction relative à la procédure de divorce et à la plainte pénale déposée par l'assurée contre son ex-époux. Le 6 février 2012, la recourante a produit le jugement de divorce prononcé le 15 mars 2006 par le Tribunal d'arrondissement de la Broye et du Nord vaudois. Le 20 février 2012, le premier procureur du ministère public de l'arrondissement de Lausanne a remis à la Cour de céans un dossier dont il ressort que la recourante a déposé plainte pénale contre son ex-époux, le 7 septembre 2008, au motif que celui-ci venait régulièrement à son domicile, la battait et la contraignait à avoir des relations sexuelles, la menaçait de mort et l'obligeait à lui faire à manger et à repasser son linge. Depuis près de 2 mois, il venait tous les jours la harceler, à n'importe quelle heure du jour et de la nuit. A la suite de cette plainte, la police a tenté à plusieurs

reprises d'interpeller l'ex-époux de F._____, mais celui-ci semble avoir quitté la Suisse pour s'installer dans la région de Besançon, en France. Le 19 mai 2009, le juge d'instruction de l'arrondissement de Lausanne a prononcé un non-lieu, l'ex-époux de l'assurée, prévenu de menaces, violation de domicile et de viol, n'ayant pu être entendu et les éléments recueillis n'étant pas suffisants pour ordonner un renvoi par défaut, l'enquête pouvant être rouverte si le prévenu, qui avait été signalé auprès des organes de police, était arrêté ou se mettait à la disposition de la justice.

Les nouvelles pièces ont été communiquées au Dr U._____. Par la suite, ce dernier s'est adjoint, avec l'accord du tribunal et des parties, les services du Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, pour établir son expertise. L'examen par le Dr C._____ s'est déroulé le 6 mars 2012, en présence du Dr U._____, qui a par ailleurs eu deux entretiens avec l'assurée, les 4 novembre et 9 décembre 2011.

Dans son rapport du 9 mars 2012, le Dr C._____ a retenu que la recourante ne présentait pas d'atteinte à sa santé physique de nature à entraîner une incapacité de travail. Il a notamment posé les diagnostics de probables céphalées de tension, de lipomes cutanés avec status après ablation d'un lipome de la cuisse droite en 2009 et d'un status post lithiase rénale droite en décembre 2004, sans influence sur la capacité de travail de l'assurée.

Le Dr U._____ a établi son rapport d'expertise le 20 avril 2012. Il a posé les diagnostics de trouble douloureux somatoforme persistant, de dysthymie et de trouble mixte de la personnalité avec traits anxieux et histrioniques. Il a notamment indiqué ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Je précise ici les diagnostics que je pose et leur motivation. L'ordre de présentation correspond au degré d'importance des diagnostics relatifs à leur répercussion sur la capacité de travail de l'expertisée.

Cette expertisée présente des plaintes massives. A l'entendre rien ne va depuis qu'elle est mariée. Sa vie est un enfer avec un mari qui la bat, la terrorise et lui impose des relations sexuelles. D'autre part

elle se dit triste et avoir eu par moment des idées suicidaires. Elle dit avoir été très maigre et ne plus avoir mangé.

Mais elle met au premier plan des douleurs importantes qui la paralysent et l'empêchent de faire quoi que ce soit.

Les douleurs sont sans substrat organique démontrable. L'examen du Dr C. _____ du 6 mars 2012 l'atteste très clairement. Dans ces conditions, je retiens un diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant. Ce trouble douloureux est apparu depuis 2003 environ.

D'autre part cette expertisée présente lors de chaque entretien une labilité émotionnelle avec des pleurs à certains moments. Mais ces pleurs sont syntoniques à ce qui est exprimé : l'expertisée pleure à l'évocation du décès de ses proches. Elle présente des plaintes de troubles du sommeil, de troubles de l'appétit. Mais son poids est dans la norme, bien qu'elle le sous-estime largement. Elle ne présente pas de fatigue diurne et tout au long des entretiens qu'elle a eus, elle n'a pas manifesté de fatigabilité particulière. L'expertisée dit ne pas être sûre d'elle et d'avoir constamment peur, de ne jamais sortir seule de chez elle. Néanmoins elle est venue à deux reprises seule à Pully; elle est également venue seule chez le Dr C. _____. Les plaintes de l'expertisée sont donc amplifiées. Il est difficile aujourd'hui de poser un diagnostic de trouble dépressif car les critères diagnostics ne sont pas remplis. Je pose donc un diagnostic de dysthymie en raison de l'humeur triste de l'expertisée, de sa difficulté à assumer le quotidien et de son manque de plaisir.

Néanmoins les rapports du Dr T. _____ et l'expertise de Mme le Dr Z. _____ ont retenu un diagnostic de trouble dépressif. J'estime que ce diagnostic peut être retenu pour la période s'étendant de 2003 à 2008. En effet durant cette période, l'expertisée a présenté une symptomatologie dépressive avec idées suicidaires, pleurs, humeur triste, perte de l'appétit, asthénie, anhédonie et vraisemblablement des troubles cognitifs légers. Ce trouble dépressif s'est donc progressivement estompé pour laisser place à une dysthymie. Il est vraisemblable que ce trouble thymique existe de longue date, au vu des violences subies par l'expertisée depuis son mariage au Kosovo et les troubles qu'elle évoque entre 1994 et 1997.

Aussi bien le Dr T. _____ que Mme le Dr Z. _____ ont posé un diagnostic de trouble de la personnalité, de type personnalité émotionnellement labile, type borderline. La motivation de ce diagnostic dans l'expertise de Mme le Dr Z. _____ se limite à dire que "au vu de l'anamnèse et du status" ce diagnostic s'impose. De même le Dr T. _____ dans son rapport du 5 décembre 2005 ne motive pas ce diagnostic. Or il m'est difficile d'admettre ce diagnostic.

Il ne fait aucun doute que le mari de l'expertisée a été violent, qu'il l'a frappée, menacée, terrorisée, qu'il lui a imposé des relations sexuelles contre sa volonté. Il est incontestable également que les rapports avec ses enfants n'ont pas toujours été faciles et qu'il y a eu des conflits que ce soit avec le fils aîné ou la seconde fille.

D'après les critères de la CIM-10, le trouble de la personnalité, de type personnalité émotionnellement labile, type borderline, se caractérise par une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles. Les éclats de colère peuvent conduire à de la violence et à des comportements explosifs. La critique et les contrariétés sont très mal supportés. L'image de soi, les objectifs et les préférences personnelles sont perturbés ou incertains. Des sentiments permanents de vide sont constamment présents. Une tendance à s'engager dans des relations intenses et instables conduit le patient à des crises émotionnelles et peut-être associées à des efforts démesurés pour éviter les abandons et à des menaces répétées de suicide ou à des gestes auto-agressifs.

L'anamnèse que présente l'expertisée ne correspond pas, à mon sens, aux caractéristiques du trouble de la personnalité borderline. En effet, les relations dans lesquelles l'expertisée s'est engagée, avec ses deux maris, ne peuvent pas être caractérisées de relations intenses et instables. La relation avec son premier mari, malgré (et sans ignorer) les violences de ce dernier, n'a pas été instable dans le sens où il y a eu des séparations brutales suivies de retrouvailles indispensables. La motivation que donne l'expertisée aux différents retours et à son remariage ne tiennent jamais à un besoin de ne pas être seule et à un sentiment insupportable d'être abandonnée. Elle les motive par des raisons externes, de ne pouvoir faire autrement ou en raison de la pression sociale ou à la demande des enfants.

D'autre part, l'expertisée ne présente pas une tendance à agir avec impulsivité. Elle n'a jamais présenté d'actes auto-agressifs ou de menaces suicidaires tels que peuvent en présenter les personnes souffrant d'une personnalité borderline. Elle a présenté des idées suicidaires toujours en relation avec des événements de vie mais elle n'a jamais présenté de menaces suicidaires à proprement parler.

L'image de soi, les objectifs et les préférences personnelles sont bien établis chez cette expertisée. Elle n'a jamais connu de relations homosexuelles. Elle n'a jamais douté de son rôle de mère et l'a toujours tenu du mieux qu'elle a pu. C'est pour préserver ce rôle qu'elle a décidé de divorcer de son deuxième mari, manifestant clairement qu'elle était à même de faire des choix rationnels et raisonnables, qui n'étaient pas constamment brouillés par des sentiments irrépessibles d'abandon.

Enfin la notion de borderline est une notion, comme son nom l'indique, de trouble limite entre la névrose et la psychose. La symptomatologie que présentent les patients borderline évoque à certains moments une symptomatologie psychotique. Or cette expertisée ne présente aucune symptomatologie qui puisse évoquer un trouble psychotique.

J'estime donc que le diagnostic de trouble de la personnalité de type personnalité émotionnellement labile, type borderline, ne peut pas être maintenu.

Il est un fait que l'anamnèse de cette expertisée est bien particulière. Elle accepte un mariage avec un homme violent qui la bat. Le jugement de divorce et le dossier du Ministère Public

attestent indubitablement de la réalité de ces faits. Malgré cela, l'expertisée a vécu avec cet homme pendant de nombreuses années, de 1988 à 1992, puis de 2000 à 2006. A chaque fois, c'est elle qui a demandé le divorce. Elle peut dire qu'elle était mal avec cet homme, qu'elle n'était pas heureuse. A aucun moment l'expertisée ne décrit avec cet homme une relation sentimentale qui la satisfaisait. Mais elle ne décrit pas non plus un besoin irrésistible de ne pas être seule, de ne pas supporter les séparations. Elle ne décrit pas non plus de troubles du comportement particuliers. Elle se dit toujours malheureuse et ne pas supporter la vie. Elle ne décrit pas des relations singulières faites d'une entente parfaite puis de ruptures abruptes. Les relations de l'expertisée avec sa famille sont relativement stables. Elle a des amies en Suisse et elle ne décrit pas de relations particulières de type fusionnel ou dépendant. Dans son activité professionnelle, elle ne décrit pas non plus des relations particulièrement difficiles que ce soit avec ses collègues de travail ou ses supérieurs. J'estime donc que l'on ne peut pas retenir un diagnostic de trouble spécifique de la personnalité.

Néanmoins cette expertisée présente des traits un peu particuliers de personnalité: une certaine démonstrativité, une certaine théâtralité (les plaintes sont toujours massives et l'impossibilité de travailler en raison des douleurs alléguées est toujours au premier plan), les relations avec ses maris et ses enfants sont toujours difficiles et empreintes d'une émotivité importante, une anxiété alléguée et une manière de se présenter comme quelqu'un qui ne sait pas bien se débrouiller toute seule. Je pose donc un diagnostic de trouble mixte de la personnalité avec traits anxieux et histrioniques.

Je ne considère pas que ce trouble de la personnalité est décompensé actuellement. Il n'est pas source de difficultés de socialisation ou d'insertion professionnelle. Ce trouble de la personnalité est présent depuis le début de l'âge adulte de l'expertisée.

Il y a une discordance entre les plaintes alléguées et la réalité. L'expertisée affirme ne jamais sortir de chez elle et ne voir personne. Mais on apprend, par exemple dans la plainte qu'elle a déposée, qu'elle était chez une voisine. On apprend également qu'elle s'est rendue chez Mme le Dr Z. _____ en demandant à une amie de la conduire. Il est donc manifeste que l'expertisée a des relations sociales et qu'elle peut les solliciter si nécessaire. De même l'expertisée dit fumer près de trois paquets de cigarettes par jour. Or durant tous les entretiens je n'ai jamais perçu un foetor tabagique et à aucun moment l'expertisée n'a manifesté le besoin de fumer une cigarette. Il est vraisemblable que l'expertisée fume mais l'abus n'est vraisemblablement pas aussi massif qu'elle ne le dit. Néanmoins je ne retiens pas le diagnostic d'amplification de douleurs somatiques pour des raisons psychologiques car je considère cette amplification comme d'ordre culturel plus que d'ordre psychopathologique.

Je ne retiens pas non plus un diagnostic de trouble dissociatif. Certaines manifestations pourraient faire suspecter un tel trouble, en particulier les chutes dont fait état l'expertisée entre 1994 et 1997. Mais actuellement j'estime que les manifestations

symptomatologiques ne sont pas de ce registre bien qu'il existe une certaine théâtralité.

Il est évident que cette expertisée ne présente aucun signe d'une symptomatologie psychotique. J'exclus donc les diagnostics de schizophrénie, de trouble délirant ou de trouble schizo-affectif. J'exclus également le diagnostic de trouble bipolaire. En effet cette expertisée ne présente pas les caractéristiques d'un tel trouble. Elle n'a jamais présenté de phase maniaque ou hypomane. L'humeur a toujours été dépressive mais en relation avec les événements de vie.

J'exclus un diagnostic de trouble phobique. L'expertisée dit ne pas pouvoir sortir seule mais elle ne présente pas à proprement parler d'agoraphobie. Elle ne présente pas non plus des attaques de panique.

J'exclus également une anxiété généralisée car la symptomatologie ne correspond pas à un tel trouble. Il n'y a pas une anxiété constante ni des troubles neurovégétatifs typiques de cette entité pathologique.

D'autre part il est évident que la compliance de l'expertisée aux traitements est toujours aléatoire, comme cela était déjà attesté dans le rapport d'expertise de Mme le Dr Z. _____ du 31 juillet 2007. L'expertisée ne prend des médicaments qu'irrégulièrement même si aujourd'hui elle affirme prendre plus de comprimés que ce qui lui est prescrit. Je n'ai pas jugé opportun de vérifier la prise de médicaments par un dosage sanguin car il ne nous aurait que confirmé cette prise aléatoire. L'expertisée se considère comme malade mais ne peut accepter de suivre rigoureusement un traitement. Cela n'est pas le signe d'une pathologie psychique particulière. Il s'agit d'un trait de personnalité sans signification pathologique".

Sous la rubrique "Appréciation et pronostic", l'expert a ajouté ce qui suit :

"Les différents rapports du Dr T. _____ sont en totale discordance avec mon appréciation médicale et en partie avec celle de Mme le Dr Z. _____. Je ne doute nullement de la sincérité et du caractère professionnel des rapports du Dr T. _____. Mais j'ai tenté de poser les diagnostics de manière scrupuleuse en tenant compte des critères imposés par la classification et en fonction des données cliniques et objectives que j'ai pu recueillir.

L'expertisée est une femme qui suscite la sympathie lorsqu'elle évoque sa vie qui a été une suite d'échecs sentimentaux puis de deuils douloureusement vécus. Sa souffrance est évidente et ne fait aucun doute. Le soutien qu'elle a reçu pendant des années par le Dr T. _____ a été très important pour elle et elle le reconnaît très sincèrement.

Comme je l'ai mentionné plus haut, je ne parviens pas à confirmer un diagnostic de trouble spécifique de la personnalité. Les troubles

psychiques de l'expertisée sont apparus en raison de facteurs externes et en particulier en raison des violences de son mari, voire de sa belle-famille de manière plus générale dans les premières années de son mariage.

C'est à partir de cette première union, que l'expertisée a commencé à présenter des troubles psychiques et une souffrance. Les violences qu'a subies l'expertisée ont marqué sa vie et l'ont incontestablement déstabilisée. Mais elle a été à même de mettre un terme à ces relations de violence en demandant par deux fois le divorce d'avec son premier mari. Elle manifeste donc, malgré tout, des capacités de résister et de se défendre. Elle manifeste donc avoir des ressources qu'elle peut mobiliser.

Elle dit qu'entre 1994 et 1997, elle était tout le temps chez le médecin et qu'elle faisait des chutes. Durant cette période, elle n'était pas battue par son premier ex-mari. Elle connaissait une situation de couple conflictuelle. Mais déjà à cette période avait été évoquée une incapacité de travail de longue durée, voire une invalidité. Et pourtant elle a pu par la suite reprendre une activité professionnelle et la maintenir pendant plusieurs années.

Mais c'est à partir de 2000 environ, au moment du retour de l'ex-premier mari, que l'état de santé de l'expertisée s'est progressivement détérioré. Et en 2003, l'expertisée a connu une période [de] crise lorsque son mari l'a abandonnée pendant quelques mois.

Il est bien certain que les plaintes de douleurs que présente l'expertisée sont l'expression de sa souffrance psychique. Mais cette souffrance psychique n'envahit pas tout son univers. L'expertisée est à même de s'occuper de ses enfants, d'établir des relations sociales et de les maintenir, de s'occuper de son ménage. Le Service de la Protection de la Jeunesse est intervenu pour sa fille aînée lorsque cette dernière a été battue par son père et non en raison du comportement de sa mère.

En ce qui concerne le trouble douloureux somatoforme persistant, il est évident qu'il est accompagné d'une comorbidité psychique de longue durée mais dont l'intensité fluctue au cours du temps. La perte d'intégration sociale n'est pas totale puisque l'expertisée maintient des relations sociales, vraisemblablement limitées. L'expertisée ne présente pas d'atteinte chronique grave à son état de santé somatique même si des lipomes sont présents et peuvent être douloureux à certains moments. Enfin le traitement psychiatrique suivi depuis de nombreuses années n'a pas conduit à un amendement de la symptomatologie psychique. Néanmoins aucune hospitalisation en milieu psychiatrique n'a été nécessaire à ce jour. J'estime que le traitement a été conduit de manière adéquate et les médecins traitants ont apporté les soins adéquats. Il est évident que l'on peut considérer que la situation de l'expertisée est enkystée dans le sens où il est vraisemblable que la symptomatologie actuelle persistera sans modification notable à l'avenir.

Il est très probable que cette expertisée qui ne travaille plus depuis environ dix ans ne sera plus à même de reprendre une activité

professionnelle. Mais les atteintes à la santé aussi bien somatique que psychique ne justifient pas à elles seules cette incapacité totale de travail".

Sous la rubrique "Capacités professionnelles", l'expert a ajouté ce qui suit :

"Il s'agit maintenant de déterminer la capacité de travail de l'expertisée en fonction des atteintes à la santé somatique et psychique.

D'après le rapport du Dr C. _____ du 9 mars 2012, les atteintes à la santé somatique ne représentent aucune limitation fonctionnelle. Ce rapport est corroboré par le rapport du Dr V. _____ du 25 octobre 2005. En conséquence, il faut admettre que seules les atteintes à la santé psychique peuvent être une source de limitations fonctionnelles et d'incapacité de travail.

Si je reprends l'anamnèse de cette patiente depuis le dépôt de sa demande de prestations auprès de l'Assurance-Invalidité, j'estime qu'au moment où elle a déposé sa demande de prestation, elle présentait un état de détresse important, qui est attesté par les différents médecins qui l'ont examinée à ce moment. J'estime donc que l'incapacité a bel et bien débuté en septembre 2003, comme l'atteste le certificat du Dr D. _____ qui a adressé à ce moment-là déjà l'expertisée au Dr T. _____. Ce dernier n'a pu la prendre en charge qu'après quelques mois. Mais au moment où l'expertisée a consulté le Dr D. _____, elle venait d'être abandonnée par son mari, était au chômage, avait trois enfants à charge et présentait très vraisemblablement un épisode dépressif sévère.

Selon les documents du Ministère Public de l'Arrondissement de Lausanne, l'expertisée a vécu une situation de harcèlement de la part de son mari jusqu'au dépôt de sa plainte pénale en date du 7 septembre 2008. Depuis lors l'expertisée n'a plus eu de nouvelles de son ex-mari.

L'expertise de Mme le Dr Z. _____ avait conclu que le divorce avait permis une rémission du trouble dépressif et avait considéré que depuis avril 2006, l'état de santé de l'expertisée s'était nettement amélioré. Il est vraisemblable que lorsque Mme le Dr Z. _____ avait examiné l'expertisée en juillet 2007, cette dernière présentait un trouble dépressif en rémission partielle. Mais il est évident également que le harcèlement de son ex-mari se poursuivait, certainement de manière discontinue, mais régulière selon l'enquête du Ministère Public. En conséquence j'estime qu'il est adéquat de considérer que l'expertisée n'a pu connaître un réel soulagement que quelques mois après la fin du harcèlement. Je propose de considérer qu'au 31 décembre 2008, l'état de santé psychique de l'expertisée s'est amélioré en raison de la cessation du harcèlement par son ex-mari.

Les limitations fonctionnelles que présente l'état de santé psychique sont importantes pour la période du 1^{er} septembre 2003 au 31 décembre 2008. En raison de son état dépressif l'expertisée

présentait une humeur triste, une irritabilité, une anxiété massive, vraisemblablement des troubles de l'attention et de la concentration, une perte de l'appétit et des idées suicidaires. J'estime donc que sa capacité de travail était alors diminuée d'au moins 80%.

Depuis le 1^{er} janvier 2009, l'état de santé de l'expertisée s'est amélioré et correspond à celui que j'ai observé lors de mon examen. J'estime qu'en raison du trouble douloureux somatoforme persistant et de la dysthymie la capacité de travail de l'expertisée n'est pas complète mais diminuée de 50%, sans diminution de rendement. Cette estimation repose sur le fait que l'expertisée présente des douleurs qui l'obnubilent, qu'elle présente une irritabilité, une tristesse, une labilité émotionnelle et une asthénie. Il n'appartient pas au médecin de juger si cette atteinte à la santé a valeur *de jure* de maladie.

Il est particulièrement difficile de répondre à des questions concernant l'ancienne activité professionnelle. En effet il n'est pas suffisant de donner l'intitulé de la fonction qu'occupait l'expertisée. Il est indispensable de fournir à l'expert un descriptif du poste de travail. Il est bien évident que dans le cas présent, il était impossible d'obtenir un descriptif du poste de travail de l'expertisée puisque l'entreprise qui l'employait a fait faillite. J'estime donc qu'il n'est pas possible de répondre à une question portant sur l'activité professionnelle antérieure. Il n'est possible de répondre qu'en terme de capacité de travail dans une activité professionnelle qui n'exige pas de qualification professionnelle spécifique.

Des mesures de réadaptation professionnelle n'ont pas lieu d'être mises en place pour cette expertisée. En effet, malgré un début d'études universitaires, cette expertisée n'a aucune formation professionnelle. Elle n'a jamais travaillé que dans des activités professionnelles sans qualification. Elle ne peut donc prétendre qu'à des activités professionnelles sans qualification particulière. D'un point de vue psychiatrique les activités professionnelles qu'elle a exercées par le passé sont adéquates à son état de santé actuel.

En ce qui concerne les divergences entre le rapport d'expertise de Mme le Dr Z._____ et les rapports établis par le Dr T._____, il est toujours difficile de les comprendre parfaitement. Le rôle d'expert est différent de celui du médecin traitant. Il ne s'agit pas tant de prétendre que le médecin traitant est empathique et qu'il défend son patient contre vents et marées. Le Dr T._____ a accompagné cette expertisée pendant de nombreuses années alors qu'elle traversait un moment particulièrement difficile de sa vie. Il l'a fait avec beaucoup de patience et de compréhension et il a été un soutien très précieux pour elle. Mais j'estime qu'il n'a vraisemblablement pas été à même de juger d'une évolution qui s'est faite à bas bruit en raison des plaintes qui sont restées constantes et toujours aussi bruyantes. Mme le Dr Z._____, tout comme moi, a évalué différemment l'état de santé de l'expertisée en raison d'un certain recul critique. J'ai moi-même tenté de donner l'ensemble des critères qui m'amenaient aux conclusions de ce rapport d'expertise. Ces conclusions divergent également du rapport d'expertise de Mme le Dr Z._____ parce que j'estime

principalement que le trouble de la personnalité n'a pas la prégnance qu'elle lui a donnée".

d) L'expertise a été communiquée aux parties, qui ont maintenu leurs conclusions. L'intimé a produit une détermination du 4 mai 2012 du SMR. Le 1^{er} juin 2012, la recourante a déposé une nouvelle détermination, au terme de laquelle elle a confirmé ses conclusions et requis qu'une nouvelle expertise soit ordonnée. Le 11 juin 2012, le juge en charge de l'instruction de la cause a informé les parties du fait qu'il n'ordonnerait pas de nouvelle expertise, sous réserve d'un avis contraire de la Cour, de sorte qu'un jugement serait rendu prochainement, sauf nouvelle réquisition.

E n d r o i t :

1. **a)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD) et respecte les autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment). Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. L'intimé a alloué à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité pour une période limitée dans le temps du 1^{er} janvier 2005 au

30 juin 2006, alors que celle-ci demande qu'une rente entière lui soit allouée dès le 1^{er} septembre 2004 et qu'elle soit maintenue pour la période postérieure au 30 juin 2006.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- Sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il était invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (RO 2003 p. 3844).

Par ailleurs, l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoyait que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449).

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 2 ss, p. 345 ss).

Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7 p. 228 ss). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité ("revenu hypothétique sans invalidité") avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ("revenu d'invalidé"); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4 p. 348 ss.).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une

complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

4. L'intimé a considéré que la recourante avait présenté une incapacité de travail de 70% du 1^{er} janvier 2004 au 31 mars 2006. Hormis pendant cette période, l'intimé a retenu que la recourante disposait dès avril 2006 d'une capacité de travail de 65% dans une activité simple ne requérant pas de formation professionnelle particulière. Il s'est référé sur ce point aux constatations de la Dresse Z._____, dont la recourante conteste la valeur probante. Au regard des pièces médicales au dossier, et notamment de circonstances mises en évidence par le Dr T._____ dans des rapports des 18 novembre 2009 et 29 mars 2010 produits par la recourante – circonstances dont la Dresse Z._____ n'avait pas eu connaissance –, une expertise judiciaire a été ordonnée. Dans ce contexte, le Dr U._____ a constaté que la recourante avait présenté une incapacité de travail de 80% du 1^{er} septembre 2003 au 31 décembre 2008, puis de 50%. Il a toutefois précisé que cette dernière estimation reposait sur le fait que l'assurée présentait des douleurs qui l'obnubilent, une irritabilité, une tristesse, une labilité émotionnelle et une asthénie dont il n'appartenait pas au médecin de juger si elles avaient "valeur *de jure* de maladie". L'intimé le conteste, alors que la recourante dénie à l'expertise réalisée par le Dr U._____ une valeur probante suffisante et demande qu'une nouvelle expertise soit ordonnée.

5. a) Aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établit, avec la collaboration des parties, les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Il en résulte que le juge apprécie les preuves administrées sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références). Le juge prendra néanmoins en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

b) Le Tribunal fédéral a posé la présomption que certains syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, tels que le trouble somatoforme douloureux, n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352). Cette jurisprudence s'applique notamment pour la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). Elle s'applique également aux troubles associés à une entorse cervicale (ATF 136 V 279).

Toujours selon cette jurisprudence, le Tribunal fédéral présume que les syndromes mentionnés ci-avant ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50). Toutefois, certains facteurs, par leur intensité et leur constance, peuvent rendre la personne concernée incapable de fournir cet effort de volonté. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et

sa durée. Parmi les autres critères déterminants figurent 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, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), ainsi que l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 130 V 352).

Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St Gall, 2003, p. 77). En revanche, d'autres circonstances constituent plutôt des indices du caractère exigible d'un tel effort. Parmi elles figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation de symptômes intenses dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent l'expert insensible ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 50 ss. consid. 1.2).

6. a) En l'espèce, le rapport du 9 mars 2012 du Dr C._____ établit de manière probante que la recourante ne présente pas d'atteinte à sa santé physique de nature à entraîner une incapacité de travail. Le Dr C._____ a notamment posé les diagnostics de probables céphalées de tension, de lipomes cutanés avec status après ablation d'un lipome de la cuisse droite en 2009 et d'un status post lithiase rénale droite en décembre 2004, sans influence sur la capacité de travail de l'assurée.

Le Dr V._____, dans son rapport du 25 octobre 2005, pose certes le diagnostic de coliques néphrétiques à répétition, mais un examen radiologique pratiqué le 23 juin 2005 est resté dans les normes (rapport de la Dresse K._____, du 27 juin 2005; cf. également rapport du 11 mars 2005 du Dr N._____, spécialiste en urologie). Depuis ces investigations pratiquées en 2005, les médecins traitants n'ont pas jugé nécessaire de procéder à de plus amples examens relatifs aux coliques néphrétiques diagnostiquées par le Dr V._____ (cf. rapport du Dr C._____, p. 2). Partant, il n'y a aucun motif de s'écarter des constatations du Dr C._____, selon lesquelles il n'y a aucune affection médicale somatique entravant la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles alléguées par la recourante, en relation avec des coliques néphrétiques ou des lipomes, ne sont pas établies au degré de la vraisemblance prépondérante.

b) aa) Deux experts ont été désignés pour établir si la recourante souffrait d'atteintes à sa santé psychique et, cas échéant, si ces atteintes entraînaient une incapacité de travail. La Dresse Z._____ et le Dr U._____ ont tous deux constaté une diminution de la capacité de travail de la recourante en raison de telles atteintes à la santé, malgré quelques divergences quant aux diagnostics posés. La Dresse Z._____ a constaté une personnalité émotionnellement labile, type borderline, existant depuis le début de l'âge adulte, ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif léger, sans syndrome somatique, existant depuis environ 1993. Elle a reconnu une incapacité de travail de 70% pour la période de janvier 2004 à fin mars 2006. En ce qui concerne le début de l'incapacité de travail, la Dresse Z._____ semble s'être fondée sur la date à laquelle l'assurée avait commencé un traitement à la Policlinique psychiatrique d'Orbe, auprès du Dr T._____, sur recommandation de son médecin traitant le Dr D._____. Pour sa part, le Dr U._____ a admis qu'un trouble dépressif pouvait être diagnostiqué pour la période s'étendant de 2003 à 2008.

En ce qui concerne le début de cette atteinte à la santé et de l'incapacité de travail qui en résulte - en relation avec les autres

diagnostics psychiatriques posés -, on peut déduire de l'expertise que le Dr U._____ a pris en considération l'anamnèse, d'après laquelle l'assurée a déclaré : "[...] avoir consulté le Dr. D._____ à Baulmes car elle pleurait tout le temps au travail. Il a attesté d'une incapacité de travail dès le 1^{er} septembre 2003". Sur ce point, l'expertise du Dr U._____ est la plus convaincante. En effet, si l'assurée a subi une décompensation de son état de santé psychique en septembre 2003, il est tout à fait probable que le Dr D._____, médecin généraliste, a d'abord tenté d'assumer lui-même la prise en charge de l'assurée et qu'ayant constaté la persistance des symptômes, il l'a adressée à un spécialiste qui l'a reçue en janvier 2004. Pour le surplus, les deux experts partagent le même point de vue sur la persistance d'une incapacité de travail de 70% au moins (80% selon le Dr U._____), jusqu'en mars 2006 au moins, indépendamment des divergences de diagnostics.

Il convient par conséquent d'admettre que la recourante a présenté une incapacité de travail de 70% au moins jusqu'en mars 2006. Cette incapacité de travail entraînait une diminution de sa capacité de gain lui ouvrant droit à une rente entière d'invalidité, ce qui n'est pas contesté. Compte tenu de la date du dépôt de la demande et du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI (dans sa teneur en vigueur à l'époque), le droit à la rente a pris naissance le 1^{er} septembre 2004 et non le 1^{er} janvier 2005. Sur ce point, les conclusions de la recourante sont bien fondées.

bb) En ce qui concerne la période postérieure au mois de mars 2006 - mois correspondant selon l'OAI à l'amélioration de l'état de santé suite au prononcé du divorce - les avis de la Dresse Z._____ et du Dr U._____ divergent. Le Dr U._____ soutient, au terme d'une expertise parfaitement probante en ce qui concerne les constatations d'ordre strictement médical, que l'assurée souffre d'un trouble somatoforme douloureux persistant, d'une dysthymie et d'un trouble mixte de la personnalité avec traits anxieux et histrioniques. Il a exposé de manière convaincante pourquoi il considérait que l'assurée ne présentait pas un trouble de la personnalité borderline, contrairement à l'avis de la Dresse

Z._____, et pourquoi il estimait que l'incapacité de travail avait vraisemblablement perduré jusqu'à la fin de l'année 2008. Il attribue cette incapacité de travail à un trouble somatoforme douloureux, associé à un trouble dépressif qui s'est progressivement estompé pour laisser place à une dysthymie, après que son ex-époux eut quitté la Suisse dans le courant du mois de septembre 2008. Compte tenu de cette amélioration progressive, le Dr U._____ a estimé que les atteintes à la santé qui avaient justifié une incapacité de travail dès le mois de septembre 2003 avaient persisté, à un même degré d'intensité, jusqu'à la fin de l'année 2008, période à compter de laquelle elle est réputée avoir bénéficié d'un soulagement réel sur le plan psychique après le départ de son ex-mari. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette constatation, qui entraîne le maintien du droit à la rente d'invalidité au moins jusqu'au 31 mars 2009, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé constatée par le Dr U._____.

cc) Pour la période courant dès le 1^{er} janvier 2009, le Dr U._____ a considéré que la gravité des atteintes à la santé psychique de la recourante avait diminué, le trouble dépressif ayant fait place à une dysthymie. Il a néanmoins proposé de reconnaître la persistance d'une incapacité de travail de 50% sans diminution de rendement, ceci au regard des seuls diagnostics de trouble somatoforme et de dysthymie, à l'exclusion de celui de trouble mixte non spécifique de la personnalité, ajoutant qu'il ne lui appartenait pas de juger si les motifs de cette incapacité de travail avaient "valeur *de jure* de maladie". Si l'on se réfère à la jurisprudence du Tribunal fédéral citée ci-avant (consid. 5b) et faute d'un autre diagnostic psychiatrique qui serait en soi invalidant, tel n'est pas le cas. Le diagnostic principal posé par le Dr U._____ est celui de trouble somatoforme douloureux. La jurisprudence présume qu'un tel trouble n'entraîne pas d'incapacité de travail, sous réserve de circonstances particulières. Par ordre de gravité, le Dr U._____ pose ensuite le diagnostic de dysthymie et de trouble mixte de la personnalité avec traits anxieux et histrioniques. Il ne considère pas que ce dernier trouble serait "décompensé actuellement" et précise qu'il n'est pas "source de difficultés de socialisation ou d'insertion professionnelle". Dans ces conditions, la dysthymie et le trouble de la personnalité diagnostiqués

par le Dr U._____ ne constituent pas des comorbidités psychiatriques au sens de la jurisprudence citée.

Par ailleurs, l'expert a mis en évidence une discordance entre la réalité et les plaintes de l'assurée, observant notamment que celle-ci disposait de relations sociales - certes vraisemblablement limitées - qu'elle pouvait solliciter si nécessaire. L'expert a également mentionné que la recourante était à même de s'occuper de ses enfants et de s'occuper de son ménage. Le Service de la protection de la jeunesse était intervenu pour sa fille aînée lorsque cette dernière avait été battue par son père et non en raison du comportement de sa mère. Si l'état psychique semblait cristallisé, il n'était donc pas accompagné d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. La recourante ne présentait pas d'atteinte chronique grave à son état de santé somatique, malgré des lipomes qui pouvaient être douloureux par moments. Enfin, le traitement psychiatrique avait été conduit de manière adéquate, mais aucune hospitalisation en milieu psychiatrique n'avait été nécessaire et la compliance médicamenteuse n'était qu'aléatoire.

Ces circonstances justifient de considérer que depuis le 1^{er} janvier 2009, l'état de santé de la recourante s'est amélioré dans une mesure suffisante pour lui permettre de reprendre une activité professionnelle au moins à un taux de 65%, comme l'avait précédemment constaté la Dresse Z._____. Le point de savoir si une capacité de travail plus importante devrait être considérée comme établie doit être laissé ouvert, dans la mesure où cela reste sans influence sur le droit aux prestations litigieuses (cf. consid. 7 ci-après).

dd) La recourante conteste la valeur probante des constatations du Dr U._____ relatives à une amélioration de son état de santé en 2008 et soutient qu'elle présente, de manière persistante, un trouble de la personnalité borderline et un état dépressif grave. Elle se réfère aux rapports du Dr T._____ des 18 novembre 2009 et 29 mars 2010, qui atteste d'un grave trouble de la personnalité accompagné d'un état dépressif persistant et de douleurs chroniques; il nie toute

amélioration de l'état de santé de sa patiente depuis 2003 et soutient au contraire que son état de santé se péjore de manière "linéaire" depuis cette date.

Les circonstances évoquées dans les rapports du Dr T. _____ cités par la recourante étaient connues du Dr U. _____. Celui-ci a néanmoins établi un rapport qui contredit clairement les constatations du médecin traitant, en précisant de manière détaillée pourquoi il nie la persistance d'un état dépressif grave et d'un trouble grave de la personnalité qui serait encore "décompensé". L'expert judiciaire a ainsi précisé, en rapport avec le trouble dépressif, que l'assurée amplifiait ses plaintes et a donné des exemples concrets pour étayer cette constatation (p. 8 de l'expertise). L'expert a également réfuté le diagnostic de trouble de la personnalité borderline en précisant notamment que la recourante ne présentait aucune tendance à agir avec impulsivité, n'avait jamais présenté d'actes auto-agressifs ni de menaces suicidaires et qu'elle avait une image d'elle-même, des objectifs et des préférences personnelles bien établies, sans que ses choix fussent brouillés par des sentiments irrépressibles d'abandon; elle ne présentait aucune symptomatologie évoquant un trouble psychotique. Enfin, si la Dresse Z. _____ estimait que le trouble de la personnalité borderline présenté par l'assurée était décompensé, le Dr U. _____ considère pour sa part que le trouble de la personnalité - qu'il requalifie en trouble mixte de la personnalité avec traits anxieux et histrioniques - n'était pas, ou plus, décompensé à l'époque de l'expertise judiciaire. L'expert judiciaire conclut de manière tout à fait convaincante en indiquant que le médecin traitant a pu ne pas constater "une évolution qui s'est faite à bas bruit en raison des plaintes qui sont restées constantes et toujours aussi bruyantes".

ee) La recourante demande qu'une nouvelle expertise judiciaire soit ordonnée. Une telle mesure d'instruction ne se justifie pas compte tenu de ce qui précède, les constatations d'ordre strictement médical figurant dans le rapport du Dr U. _____ revêtant une pleine valeur probante.

7. a) Pour la comparaison des revenus que l'assuré pourrait réaliser sans atteinte à la santé, d'une part (revenu hypothétique sans invalidité), et malgré les atteintes à la santé dont il souffre, d'autre part (revenu d'invalidité), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS).

Le revenu d'invalidité peut être établi en se référant à ces données lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée. En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347; TFA I 238/06 du 17 novembre 2006 consid. 5.3.3.1). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75; TF 8C_705/2011 du 21 octobre 2011 consid. 3.1).

Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment déterminant pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 134 V 322 consid. 4.1; 129 V 224 consid. 4.3.1). On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il

ressort de l'ensemble des circonstances que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. ATF 135 V 58 consid. 3.4.6 p. 64; RCC 1992 p. 96 consid. 4a; TFA I 137/04 du 13 janvier 2005 consid. 5.1.1; TFA I 419/02 du 6 mars 2003 consid. 5.1; TFA I 774/01 du 4 septembre 2002 consid. 3; TFA I 696/01 du 4 avril 2002 consid. 4). Dans ce sens, lorsque le revenu réalisé avant l'atteinte à la santé s'écarte notablement (plus de 5%) du salaire que l'on pourrait déduire des données de l'ESS et que l'on peut présumer que cet écart résulte de diverses circonstances liées à la personne de l'assuré et qui limitent ses perspectives salariales, il convient de prendre en considération ces circonstances de la même manière pour établir le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidé (parallélisme des deux termes de la comparaison de revenu; cf. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2^{ème} éd. 2010, ad art. 28a p. 321).

En pratique, on peut établir le revenu hypothétique sans invalidité en augmentant de manière appropriée le revenu effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité, pour le porter jusqu'à un montant correspondant à celui résultant de l'ESS, mais réduit de 5%, et renoncer à procéder à une déduction particulière en raison des mêmes facteurs lors du calcul du revenu d'invalidé au moyen de l'ESS. Dans ce dernier calcul, seule entre encore en considération une déduction pour tenir compte des circonstances liées au handicap de l'assuré et qui restreignent davantage ses perspectives salariales par rapport à celles ressortant des données statistiques (cf. ATF 135 V 297; 135 V 58; 134 V 322 consid. 4 p. 325 et 5.2 p. 327 sv.).

b) En l'espèce, la recourante présente une incapacité de travail de 65% au maximum depuis le 1^{er} janvier 2009, sans limitation fonctionnelle, dans son ancienne activité professionnelle. A première vue, le degré d'invalidité qu'elle présente devrait donc être proche de 35%, étant précisé que la seule limitation de son taux d'activité ne justifie pas de considérer que sa capacité de gain serait diminuée plus que proportionnellement. Quoi qu'il en soit, même en admettant de fixer le

revenu d'invalide en se référant aux données salariales publiées par l'OFS, il n'y aurait pas lieu de constater un taux d'invalidité de 40% ou plus – qui pourrait conduire au maintien du droit à la rente au-delà du 31 mars 2009 –, conformément à ce qui suit.

c) aa) La coopérative W. _____ a rempli un questionnaire le 31 mars 2006, dans lequel elle indique que si l'assurée était restée à son service, elle aurait réalisé un revenu de 3'500 fr. à 4'000 fr. par mois en 2006. On peut en déduire un revenu annuel de 48'000 fr. en 2006, dans l'hypothèse la plus favorable à la recourante. Après adaptation à l'évolution de l'indice des salaires nominaux entre 2006 et 2009 (2417 points en 2006 et 2552 points en 2009), selon la table "Evaluation des salaires nominaux des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2009" publiée par l'OFS sur son site internet (www.bsv.admin.ch, sous la rubrique "03 Travail, rémunération"), on obtient un revenu hypothétique sans invalidité de 50'681 fr. en 2009.

bb) En ce qui concerne le revenu d'invalide, on doit l'établir en se référant à l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008. Le revenu mensuel brut standardisé des femmes exerçant une activité simple et répétitive (niveau 4) dans le secteur privé (toutes branches confondues) était de 4'116 fr. Il convient toutefois d'adapter ce montant pour tenir compte d'une durée du travail hebdomadaire de 41.6 heures en 2008 (selon la table "Durée du travail dans les entreprises", également publiée par l'OFS sur le site internet mentionné ci-avant), ainsi que de l'évolution de l'indice des salaires nominaux entre 2008 et 2009 (indice en 2008 : 2499). On obtiendrait ainsi un revenu annuel de 52'457 fr. 10. L'intimé avait également effectué un calcul du revenu d'invalide en 2006, en se référant à l'ESS 2006. Il avait à l'époque procédé à une déduction de 5% pour tenir compte des circonstances propres à la personne de l'assurée. Il n'y a pas de motif de procéder à une déduction plus importante, contrairement à l'avis de la recourante, le Dr C. _____ ayant notamment constaté l'absence de toute limitation fonctionnelle liée à une atteinte à la santé physique.

En prenant en considération une déduction de 5% sur le revenu calculé ci-avant et une diminution du taux d'activité de 35%, comme l'avait retenu la Dresse Z._____ à l'époque, le revenu avec invalidité doit être fixé à 32'392 fr. 25. Comme on l'a vu (consid. 6, en particulier consid. 6b/bb ci-avant), une diminution plus importante du taux d'activité ou de rendement n'est pas justifiée par une atteinte à la santé relevant de l'assurance-invalidité. Après comparaison avec un revenu hypothétique sans invalidité de 50'681 fr. (consid. 7b/bb ci-avant), on obtient un taux d'invalidité de 36% depuis le 1^{er} janvier 2009, n'ouvrant plus droit à une rente d'invalidité depuis le 1^{er} avril 2009. Le point de savoir si le taux d'activité raisonnablement exigible de la recourante pourrait être plus important n'est pas déterminant en l'espèce.

8. La recourante voit ses conclusions partiellement admises, de sorte qu'elle peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Ce dernier supportera par ailleurs les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI).

La recourante a produit le 20 août 2010 un résumé d'activité en vue de permettre de statuer sur le droit à d'éventuel dépens. Ce résumé ne contient pas le détail des actes pris en considération. Il précise néanmoins que ces actes comprennent, pour la période courant jusqu'au 20 août 2010, 14 heures d'activités, comprenant notamment 4 heures pour l'étude du dossier et des recherches juridiques, s'ajoutant à 5 heures 30 pour la rédaction d'actes juridiques et à 2 heures pour la rubrique "correspondances diverses". Le mandataire de la recourante connaissait toutefois le dossier avant de devoir préparer l'acte de recours, puisqu'elle l'avait suivi pendant la procédure administrative menée devant l'intimée, dès le 7 avril 2008. Les actes de procédure ont consisté en la rédaction d'un mémoire de recours ainsi que de deux déterminations après le dépôt du rapport d'expertise du Dr U._____. La recourante a également préparé un questionnaire pour l'expert et produit le jugement de divorce d'avec son ex-époux, à la suite d'une demande du tribunal, le 6 février 2012. En prenant en considération l'ensemble de ces actes de procédure, ainsi que divers courrier, en prenant également en considération le temps

nécessaire à la préparation du recours – dans un dossier toutefois connu du mandataire de la recourante –, ainsi que celui consacré à divers actes n'apparaissant pas nécessairement au dossier de la procédure, il apparaît que la défense raisonnable des intérêts de la recourante ne devrait pas excéder 12h00 de travail. Un montant de 3'000 fr. (TVA comprise) constitue donc une indemnisation suffisante des frais encourus pour la défense de ses intérêts, y compris les frais et débours de son mandataire.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 30 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée à la recourante pour la période du 1^{er} septembre 2004 au 31 mars 2009.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'intimé versera à la recourante un montant de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Procap, Service juridique, à Bienne (pour F. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :