

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 décembre 2011

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Zbinden et Mme Férolles, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

L. _____, à Renens, recourante en son nom propre et pour ses enfants mineurs, représentée par Me Philippe Chaulmontet, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après: l'assurée), née le 23 avril 1973, ressortissante du Kosovo, est mère de trois enfants, Y._____, né en 1995, N._____, né en 1996 et B._____, née en 1998 ; elle s'était mariée avec un compatriote en 1994 et elle l'avait rejoint en Suisse en 1999. Outre son activité de mère de famille, elle a travaillé de janvier 2005 à octobre 2007 dans un hôtel à Lausanne, comme femme de ménage (à 80%). Elle a exercé la même activité, mais à un taux réduit (20%) à partir du mois d'avril 2006 au Garage [...] à Renens. Elle a cessé cette activité professionnelle, pour des raisons de santé, le 29 mai 2007. Son médecin a attesté une incapacité de travail et son dernier jour de travail effectif dans l'hôtel qui l'employait a été le 20 juin 2007. Son époux est décédé le 18 juillet 2007. En revanche, l'assurée n'a pas cessé, après ces événements, d'être femme de ménage pour le Garage [...].

B. Le 3 avril 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations AI. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a instruit cette affaire.

En relation avec son emploi dans l'hôtellerie, l'assurée a bénéficié d'une assurance d'indemnités journalières maladie LAMal de la caisse R._____. Cette caisse, qui a versé des prestations à l'assurée à partir du 5 juin 2007, compte tenu d'une incapacité de travail depuis le 29 mai 2007 et d'un délai d'attente de sept jours, avait demandé au Dr W._____, spécialiste FMH en psychiatrie à Lausanne, d'effectuer une expertise. Ce médecin a déposé son rapport (co-signé par I._____, psychologue FSP, qui a effectué des tests psychométriques) le 9 octobre 2008. Les conclusions en sont, pour l'essentiel, les suivantes :

"4.1 Diagnostics selon le DSM-IV-TR

Axe I Etat dépressif majeur, 1^{er} épisode, actuellement de gravité légère à moyenne.

Axe II Traits de personnalité dépendants

Axe III Reporté

Axe IVDécès de son époux le 18.6.2007 ; troubles du comportement et délinquance du second fils, actuellement en voie d'être placé en foyer par le SPJ ; (autres ?)

4.2 Discussion

[...]

D'un point de vue psychopathologique, Madame L._____ a présenté des suites du décès de son mari, dans le contexte d'un épuisement lié à de la maltraitance conjugale et des problèmes de délinquance de son second fils, un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive. Celui-ci s'est structuré en un état dépressif majeur de gravité moyenne, diagnostic concordant avec celui retenu par Dr F._____. L'évolution a été dans un premier temps défavorable, liée d'une part au fort ressenti de l'assurée vis-à-vis de son époux, aux problèmes familiaux récurrents en raison du comportement de son second fils. Actuellement l'évolution est très légèrement favorable et un traitement d'Efexor ER 75 mg/j. a été introduit 3 semaines avant le jour de l'expertise.

Nous n'avons aucun autre diagnostic à retenir sur l'Axe I.

Le tout prend racine chez une personnalité où l'on relève quelques traits de dépendance affective, mais qui ne valent pas pour un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale.

Qu'en est-il de la capacité de travail de l'assuré(e) en fonction des troubles psychiatriques susmentionnés?

Madame L._____ est une femme âgée de 35 ans qui a connu une existence probablement assez difficile avec un époux maltraitant et des problèmes familiaux récurrents.

La situation familiale tend actuellement à trouver une résolution puisque son fils va être placé par le SPJ en foyer.

La symptomatologie dépressive consiste en des sentiments de tristesse, des ruminations parfois des troubles de l'attention et de la concentration.

Nous n'avons toutefois pas relevé dans son fonctionnement hors professionnel une aboulie, un apragmatisme marqué. Madame L._____ paraît être en grande mesure d'assumer de nombreuses tâches quotidiennes et peut se mobiliser adéquatement face à ses problèmes familiaux.

En ce sens, comme nous en avons discuté avec l'assurée, une incapacité de travail complète ne semble plus justifiée, ceci d'autant plus qu'un risque d'évolution vers la chronicisation est inquiétant et risque de conduire Madame L._____ à une impasse.

[...]

6. Quel est le degré de l'incapacité de travail dans la profession habituelle? Quels sont vos pronostics pour une reprise du travail totale dans cette profession?

80% du 7.01.2008 au 31.08.2008.

50% du 1.09.2008 au 31.10.2008 (sur la base d'un 100%).

0% dès le 1.11.2008, sauf avis contraire dûment motivé par son médecin traitant.

7. Du point de vue médical, quelles autres activités professionnelles seraient le plus adaptées à l'assurée?

Madame L._____ peut parfaitement poursuivre son activité de nettoyeuse et/ou femme de chambre.

[...]

10. Remarques?

Cette situation devrait être réévaluée par le médecin expert si l'assurée n'a pas repris son activité à 100% au 1.11.2008".

Ce rapport d'expertise a été transmis à l'OAI.

L'OAI a demandé des rapports médicaux à la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne (ci-après: la PMU), où l'assurée a été prise en charge après le décès de son mari. Elle a été suivie sur le plan psychiatrique par le Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie (titre acquis en 2009), jusqu'au 27 septembre 2008.

Un rapport du 26 novembre 2008 de la PMU (signé par la Dresse J._____, chef de clinique, spécialiste FMH en médecine interne générale, et par la Dresse D._____, médecin assistant), retient en conclusion que l'assurée présente toujours un état dépressif moyen et que son incapacité de travail est de 80% depuis le 1^{er} février 2008. S'agissant de l'exercice d'une activité professionnelle, les restrictions notées sont les suivantes: « Restriction d'ordre psychique avec envahissement de pensées de culpabilité depuis la mort de son mari. Episode dépressif réactionnel de degré moyen à sévère. Thymie abaissée avec tristesse, pleurs, anhédonie et léger ralentissement psychomoteur ». Une reprise progressive du travail pouvait être attendue. Un suivi rapproché était toujours nécessaire, ainsi qu'un traitement médicamenteux (antidépresseur). En annexe était joint un rapport du 23 octobre 2008 de consultation/évaluation psychiatrique de la PMU, signé par la Dresse C._____, cheffe de clinique adjointe et spécialiste FMH en psychiatrie

(titre acquis en 2012), et par le Dr O._____, médecin assistant, lesquels avaient diagnostiqué un épisode dépressif moyen, et proposé la prise en charge par Appartenances « où la patiente pourrait bénéficier d'un étayage socioculturel ». L'association Appartenances a notamment pour but de favoriser l'autonomie et la qualité de vie des migrants, requérants d'asile et réfugiés ; elle offre des consultations thérapeutiques par une équipe pluridisciplinaire (cf. www.appartenances.ch).

L'OAI a obtenu de la PMU un nouveau rapport, du 30 mars 2009 (signé par la Dresse J._____) qui retient comme diagnostic, sur le plan psychiatrique, un probable trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère. Une incapacité de travail à 100% du 5 février 2009 au 31 mars 2009 a été retenue ; pour la suite, il était prévu de réévaluer la situation.

L'OAI a ensuite demandé un rapport médical à Appartenances. Cette association a répondu le 25 mai 2009, sous la signature de la psychologue FSP H._____, le rapport ayant été visé par la Dresse X._____, chef de clinique adjoint et médecin sans titre postgrade. Ce rapport retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, de trouble panique et d'état de stress post-traumatique chronique, puis une incapacité de travail à 100% du 1^{er} juin 2009 au 31 août 2009, pour des raisons psychiques, avec un pronostic réservé ; à propos des restrictions pour l'exercice de l'activité professionnelle, il renvoie à l'avis du Dr S._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, de la PMU.

Le Service médical régional AI (ci-après: le SMR) a estimé qu'il fallait demander un rapport complet au psychiatre traitant. Le service médical de l'association Appartenances a été invité à fournir ce rapport. Le 13 octobre 2009, la psychologue H._____ a rempli la formule qui lui avait été transmise, munie du visa de la Dresse Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie (titre acquis en 2010). Ce nouveau rapport fait état d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée mais renvoie pour l'essentiel à celui du 25 mai précédent. Il mentionne comme diagnostics

un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques depuis juin 2009 (F32.2), un trouble panique depuis 2007 (F41.0) et un état de stress post-traumatique chronique depuis le début du mariage (soit depuis 15 ans).

Le SMR a constaté que ce rapport ne décrivait pas le status ni les limitations fonctionnelles psychiatriques, ni encore le traitement prescrit. Il a proposé que le Dr W. _____ soit invité à effectuer un complément d'expertise. L'OAI a donné ce mandat au Dr W. _____ le 2 février 2010.

Le Dr W. _____ a vu l'assurée le 20 avril 2010 (examen clinique) et il a rendu son rapport le 31 mai 2010 (complément à l'expertise du 9 octobre 2008). L'expert a noté que l'assurée s'exprimait très bien en français, avec des réponses rapides (intelligence vive, jugement et raisonnement conservés). Le rapport expose en particulier ce qui suit :

"4.1 Diagnostics selon le DSM-IV-TR

Axe I Episode dépressif majeur de gravité légère à moyenne.

Axe II Personnalité passive-agressive

Axe III reporté

Axe IV Décès de son époux ; problème de délinquance de ses enfants ; autres (?)

4.2 Discussion

[...]

Lorsque nous l'examinons, nous trouvons une assurée qui semble totalement identifiée à son statut de victime et de malade. Sur un mode particulièrement ambivalent, Mme L. _____ exprime son désir de vouloir retravailler, mais en même temps d'une manière passive agressive met en échec tous les possibles. Elle veut travailler, mais ne le peut pas ; elle aimerait guérir mais ne supporte plus sa psychothérapie, etc.

Ce comportement passif agressif représente un mécanisme de défense qui le plus souvent n'est que partiellement conscient. Mme L. _____ n'exprime extérieurement pas son agressivité, qu'à travers une façade passive. Elle exprime la colère principalement de manière subtile par des insinuations et des comportements non verbaux. Ces comportements sont souvent niés lorsqu'ils sont explicités par l'extérieur. Manifestement, Mme L. _____ résiste également aux exigences des autres, dans le domaine de la reprise

du travail, ou personnel. Elle se sent facilement incomprise ou méprisée, injustement traitée, lorsqu'on veut lui mettre des limites dans une direction qu'elle ne souhaite pas.

Mme H._____, psychologue, qui probablement s'est fortement identifiée à sa patiente, évoque subsidiairement un trouble panique et un état de stress post traumatique. Comme le Dr O._____, nous n'avons pas d'élément en faveur d'un trouble panique *lega artis*, lié à un état de stress post-traumatique. Mme L._____ a été très marquée par les événements difficiles avec son époux, mais elle en conserve néanmoins un souvenir très ambivalent. Nous avons néanmoins le sentiment que le processus de deuil a pu se dérouler en partie. Si tant est qu'un état de stress post-traumatique puisse être retenu, celui-ci peut être qualifié de gravité tout au plus légère.

En d'autres termes, Mme H._____, ainsi que les Dresses J._____ et consort, se situent manifestement dans un mandat dit de « sollicitude médicale ».

Ce type de mandat se caractérise par une mise entre parenthèses du souci des objets et des preuves : le médecin traitant ne cherche pas à éprouver les doléances en allant chercher des garanties d'objectivité, mais il les écoute et tente de les apaiser. Dans ce régime, les plaintes ont une force inconditionnelle. Dans la « sollicitude médicale », c'est le patient qui possède l'initiative de l'intervention. Le praticien ne fait que suivre en définitive le plus souvent la direction des plaintes de son patient, ce que l'on ne saurait lui reprocher. Autrement dit le médecin traitant délègue d'une certaine manière l'appréciation à Mme L._____, en tenant a priori pour valide tout ce qu'elle dit d'elle-même. Néanmoins, Mme L._____ apparaît comme une femme assez suggestive, volontiers dramatique, ceci expliquant aussi cela.

Pour l'heure, nous nous retrouvons face à un tableau clinique qui nous paraît moins aigu que lorsque nous l'avons examinée le 26.08.2008. Il existe une symptomatologie dépressivo-anxieuse certes fluctuante, mais qui a été améliorée par la mise en route de Cipralax, 20 mg/j. A ce titre, on retient que l'observance au traitement est bonne. Il n'y a pas d'abus de Temesta. Nous pouvons donc retenir l'hypothèse d'un état dépressif majeur de gravité légère à moyenne tout au plus.

Capacité de travail

Si on analyse son fonctionnement hors professionnel, on s'aperçoit que Mme L._____ peut parfaitement assumer toutes ses tâches quotidiennes, relatives à son ménage : les commissions, la cuisine pour ses enfants, ceci d'autant plus qu'elle est passablement sollicitée par les différents intervenants, en raison des problèmes judiciaires en particulier de l'aîné. Cela nous indique que son fonctionnement hors professionnel est grandement conservé, et qu'in fine, dans une activité simple, tel le nettoyage, Mme L._____ devrait être en mesure de pouvoir l'exercer, puisqu'elle le réalise actuellement chez elle.

Certes, sa situation est difficile, d'une part vu les problèmes de délinquances des deux aînés, et d'autre part sa situation administrative est complexe, puisque titulaire d'un permis F, Mme L. _____ est potentiellement sous la menace d'un éventuel renvoi dans son pays.

De notre point de vue, les éléments qui sortent du champ médical strict, expliquent probablement une certaine résignation, sans formation professionnelle, à reprendre une activité professionnelle. Pourtant, médicalement rien ne s'oppose à ce qu'elle travaille au minimum à 70%, sur la base d'un plein temps, comme dans le nettoyage, ou comme femme de ménage dans un hôtel.

[...]

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

Tendance aux somatisations.

Au plan psychique et mental

Etat psychique fluctuant, avec symptômes dépressifs légers ; tendance à la régression.

Au plan social

Tendance à la dramatisation, facilement suggestive. Attitude passive agressive de mise en échec de tous les possibles. Susceptible et résistante dès que l'on ne va pas dans le sens de ses désirs, par exemple.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

A priori, nous n'avons pas de raison de nous écarter des conclusions de nos expertises précédentes, y compris de notre expertise du 09.10.2008. Tout au plus, pourrions-nous considérer que l'incapacité de travail à 50% pourrait être maintenue au plus tard jusqu'au 31.12.2009. Depuis le 01.01.2010 au maximum, sa capacité de travail médico-théorique est de 70% dans toute activité.

2.2. Description précise de la capacité résiduelle de travail

70% dès le 1.1.2010.

2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Oui.

2.4. Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Non.

2.5. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

21.01.2008.

2.6. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Favorablement.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui. Néanmoins, l'assurée, de notre point de vue pour des motifs qui sortent du champ médical, met en échec tous les possibles, en particulier l'hypothèse de la reprise d'une activité professionnelle".

C. Après une enquête économique sur le ménage (rapport du 7 octobre 2009), l'OAI a estimé qu'il fallait reconnaître à l'assurée un statut d'active à 100%, compatible avec la vie de famille vu l'âge des enfants.

D. Le 15 juin 2010, l'OAI a communiqué à l'assurée un préavis (projet d'acceptation de rente) qui retient ce qui suit :

- dès le 29 mai 2008, l'assurée a droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 80% ;

- dès le 1^{er} décembre 2008, elle a droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 50% ;

- la rente est supprimée au 31 mars 2010 (après trois mois d'amélioration), la capacité de travail étant de 70% dès le 1^{er} janvier 2010 et, par conséquent, l'invalidité n'étant plus que de 30% (inférieure au seuil de 40 %).

L'assurée a présenté des objections, en faisant valoir que son état de santé s'était à nouveau dégradé, ce qui ne lui permettait toujours pas de reprendre une activité salariée. L'OAI a demandé à l'assurée de lui faire parvenir des documents médicaux. Appartenances a alors adressé à l'OAI une nouvelle formule « rapport médical », signée le 6 septembre 2010 par la psychologue H._____ et par la Dresse K._____, chef de clinique et médecin titulaire d'aucun titre postgrade (selon le registre suisse des professions médicales, tenu par l'OFSP, la prénommée a le titre de médecin, sans autre qualification, depuis 2006; cf. www.medreg.admin.ch). Les diagnostics suivants sont retenus : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques

depuis juin 2009 (F32.2), état de stress post-traumatique chronique depuis le début du mariage (F43.1). Selon ce rapport, il est observé la persistance d'un état dépressif sévère qui continue d'entraver le fonctionnement et les compétences sociales de l'assurée ; sa détresse psychique a été exacerbée par le placement d'un de ses fils dans un foyer, après l'ouverture d'une enquête pénale contre lui pour des faits graves. Il est toutefois aussi observé une diminution des crises de panique, mais les séquelles des violences conjugales et la symptomatologie post-traumatique restent persistantes. Les auteurs du rapport concluent en retenant que le pronostic est réservé : « la patiente présente un état psychique péjoré et il n'est pas possible d'envisager une reprise de son activité professionnelle. L'état dépressif sévère actuel et le caractère récurrent des épisodes constituent un obstacle à un réinvestissement professionnel ».

Ayant pris connaissance de ce rapport qui mentionne, à propos de la dépression, le même diagnostic depuis juin 2009, le SMR a estimé, dans un avis médical du 4 octobre 2010 établi par le Dr V._____, spécialiste FMH en chirurgie, que l'expertise du Dr W._____, réalisée en avril 2010, restait pertinente (« l'expert n'est pas passé à côté d'une pathologie qui serait survenue après son expertise »).

E. Le 16 novembre 2010, l'OAI a rendu quatre décisions formelles connexes (notifiées par la caisse cantonale vaudoise de compensation AVS), dont l'objet est la reconnaissance du droit de l'assurée à une rente d'invalidité en fonction des degrés d'invalidité successifs mentionnés, pour la période du 1^{er} mai 2008 au 31 mars 2010, dans le préavis du 15 juin 2010. Ces décisions prévoient aussi l'octroi d'une rente ordinaire simple pour enfant, pour les enfants de l'assurée B._____, Y._____ et N._____ (s'agissant de ce dernier, les décisions ont été adressées au Service cantonal de protection de la jeunesse). Dans tous les cas, les décisions prévoient que le droit au versement des rentes prend fin le 31 mars 2010.

F. Le 17 décembre 2010, L._____, agissant tant à titre personnel que pour ses enfants mineurs, et représentée par son avocat, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre les quatre décisions précitées de l'OAI. Elle conclut à la réforme de ces décisions en ce sens qu'une rente entière d'invalidité, avec suite de rentes pour enfants, lui est octroyée dès le 29 mai 2008. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation de ces décisions et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelles décisions dans le sens des considérants. A titre de mesures d'instruction, elle requiert qu'une expertise judiciaire psychiatrique soit ordonnée. Le mémoire de recours a été rédigé par un avocat-stagiaire.

Dans sa réponse du 31 janvier 2011, l'OAI propose le rejet du recours, en se référant à sa décision.

Dans ses déterminations du 28 février 2011, également rédigées par un avocat-stagiaire, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle s'est référée au cas d'un autre assuré, désigné par ses initiales (H.D.), « souffrant notamment d'un état de stress post-traumatique similaire », qui a obtenu une rente AI. Elle a en outre produit un certificat médical du 10 février 2011, sur papier à lettres d'Appartenances, établi par la psychologue H._____ et visé par la Dresse K._____, qui mentionne comme seul titre « chef de clinique » mais qu'elle désigne comme une « médecin psychiatre cheffe de clinique ». Ce certificat médical précise le diagnostic dans le sens suivant : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère sans symptômes psychotiques (CIM-10 F.32.2) ; séquelles d'un état de stress post-traumatique non traité et vécu dans le passé ; disparition et décès d'un membre de la famille (Z 63.4) ; autres événements difficiles ayant une incidence sur la famille et le foyer (Z 63.7). Ces deux derniers diagnostics sont, d'après la classification de l'OMS, des « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » (Z00-Z99). La conclusion de ce certificat médical est la suivante : « Le pronostic à long terme est réservé. Nous observons la persistance d'un état dépressif, qui continue d'entraver le fonctionnement et les compétences sociales de la patiente. L'état dépressif actuel et le caractère récurrent des épisodes constituent un obstacle à un

réinvestissement professionnel ». Les auteurs du rapport ont noté que, dans un processus thérapeutique, en l'occurrence un suivi psychothérapeutique hebdomadaire tel qu'il a été mis en place dès le 26 janvier 2009, la présence d'une interprète de langue albanaise est indispensable, quand bien même l'assurée possède un niveau de français suffisant pour communiquer dans la vie de tous les jours.

La possibilité a été donnée à l'OAI de déposer des observations à propos de ce nouveau certificat. Il a produit un avis médical du SMR du 10 mars 2011 des Drs V._____ et M._____, spécialiste FMH en anesthésiologie ; il y est relevé que les auteurs du certificat médical du 10 février 2011 ne se prononcent pas clairement sur la capacité de travail, et qu'ils n'apportent aucun élément nouveau.

L'avocat d'office a été invité à produire sa liste d'opérations. Il l'a fait le 6 avril 2011, en rappelant qu'il avait requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

G. Le bureau de l'assistance judiciaire a, par une décision du 22 décembre 2010, octroyé l'assistance judiciaire à l'assurée, avec effet au 17 décembre 2010. Me Philippe Chaulmontet a été désigné comme son avocat d'office.

Le 7 janvier 2011, Me Chaulmontet a écrit au tribunal pour l'informer qu'il partait de l'idée que cette décision accordait l'assistance judiciaire non seulement à la recourante personnellement, mais également à ses trois enfants mineurs, représentés par leur mère.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de

l'opposition n'est pas ouverte 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, dirigé contre les quatre décisions connexes de l'OAI statuant sur le droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps, a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable et il y a lieu d'entrer en matière.

2. La contestation porte sur la reconnaissance du droit de la recourante à une rente AI à partir du mois de mai 2008. Le moment de la naissance du droit n'est pas litigieux et correspond aux pièces versées au dossier. En revanche, les griefs de la recourante concernent son taux d'invalidité : elle prétend à une rente entière depuis mai 2008, sans limite de temps, alors que l'OAI a décidé que la rente entière n'était due que jusqu'au 30 novembre 2008 (cf. art. 28 al. 2 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20] : droit à une rente entière si le taux d'invalidité est de 70% au moins), une demi-rente étant prévue du 1^{er} décembre 2008 au 31 mars 2010 et le droit à la rente étant supprimé pour la période postérieure.

a) La recourante, en tant que bénéficiaire d'une rente AI (selon les décisions attaquées), a droit à des rentes pour enfant sur la base de l'art. 35 al. 1 LAI. Ces rentes pour enfant dépendent de la rente principale. Il n'est pas nécessaire que les enfants mineurs eux-mêmes, représentés par leur mère, contestent les décisions attaquées. Au cas où la recourante se verrait reconnaître le droit à une rente plus importante, en fonction d'un taux d'invalidité supérieur, le droit aux rentes pour enfant serait *ipso iure* adapté.

b) 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. 1^{er} 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.

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde principalement sur des documents médicaux. 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 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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).

c) Il faut 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, le tribunal ne peut juger 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence fédérale, 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 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes sur le plan physique, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère cependant pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections donnant lieu à des prestations de l'assurance-invalidité, 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; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

e) Aux termes de l'art. 17 LPGA, 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201; dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, applicable en l'espèce), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des

prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2).

f) En l'occurrence, il ne se trouve au dossier qu'un seul avis d'un médecin spécialiste en psychiatrie au moment où l'assurée a été examinée, à savoir le Dr W._____, qui a établi deux rapports d'expertise, le premier en octobre 2008 et le second en mai 2010.

aa) La recourante présente plusieurs critiques au sujet du second rapport. Elle s'en prend à certaines formules rédactionnelles de l'expert (l'usage récurrent de « semble-t-il », « selon ses déclarations », « nous affirme-t-elle », à son usage vexatoire des guillemets et à la juxtaposition de citations de l'expertisée en dehors de leur contexte) ; elle reproche à l'expert d'avoir mal noté la date du décès de l'époux de la recourante (il l'a situé un mois trop tôt) ; elle fait valoir que certaines appréciations sont déplacées. Ces critiques sont inconsistantes. Elles n'affaiblissent en rien la valeur de l'expertise et l'appréciation du Dr W._____, ainsi qu'on le verra ci-dessous.

bb) La recourante soutient qu'il ne fait aucun doute qu'elle est totalement incapable de travailler dans toute profession « ce qui est relevé par ses médecins traitants et par des nombreux autres membres de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne ».

Les médecins de la PMU qui ont donné des avis, en 2008 et 2009, n'étaient pas des psychiatres au moment où ils ont examiné l'assurée (spécialistes avec un titre postgrade reconnu). Les autres médecins qui ont rédigé des rapports, sous l'égide du centre de consultation d'Appartenances, n'avaient pas non plus acquis cette spécialisation lorsqu'ils se sont prononcés - étant précisé qu'ils se sont dans la majorité des cas bornés à viser un texte rédigé par la psychologue H._____. Il appartient toutefois au médecin - et non le cas échéant à un

psychologue – d'évaluer l'état de santé d'un assuré et de se prononcer au sujet de la capacité de travail (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1; TF 9C_31/2010 du 28 septembre 2010 consid. 3).

Globalement, dans tous les rapports du dossier, le diagnostic principal est comparable, en ce sens que la recourante présente un trouble dépressif, respectivement un épisode dépressif (le dernier rapport d'Appartenances est beaucoup plus prudent que les précédents au sujet du stress post-traumatique, dont il ne resterait que des séquelles) ; les divergences portent sur la sévérité de l'état dépressif mais seul l'expert W. _____ s'est prononcé de manière claire et complète sur la capacité de travail.

Ce spécialiste, après un examen clinique de l'assurée et des tests psychométriques effectués par la psychologue I. _____, a constaté une symptomatologie dépressivo-anxieuse, améliorée sous traitement médicamenteux, justifiant de retenir un état dépressif majeur de gravité légère à moyenne. Au sujet de la capacité de travail, il a relevé que l'assurée pouvait parfaitement assumer toutes les tâches quotidiennes relatives à son ménage et que, malgré sa situation difficile, l'intéressée faisait preuve d'une certaine résignation à reprendre une activité professionnelle, de sorte qu'une capacité de travail de 70% pouvait être retenue dès le 1^{er} janvier 2010, sans diminution de rendement, comme nettoyeuse ou femme de ménage dans un hôtel.

La recourante aurait pu du reste constater, en consultant le registre officiel des professions médicales (cf. art. 51 ss LPMéd [loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires, RS 811.11]), que ce qu'elle présentait comme un avis de psychiatre traitant ne l'était en réalité pas, et que les rapports dont elle se prévaut n'ont pas été rédigés par des médecins spécialistes. Il faut relever que les médecins concernés ont toujours signé ou visé les documents en laissant apparaître qu'ils n'étaient pas titulaires d'un titre postgrade en psychiatrie.

En définitive, il n'y a aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expert indépendant (au sens de l'art. 44 LPGA). En fixant les modalités du droit à la rente sur cette base, l'OAI n'a pas violé les règles du droit fédéral sur l'appréciation des preuves médicales.

Il s'ensuit que la requête tendant à ce qu'une nouvelle expertise indépendante soit ordonnée, au stade de la procédure de recours, doit être écartée. Il n'est pas nécessaire d'administrer de nouvelles preuves. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

cc) A l'évidence, le fait qu'un autre assuré, non identifié précisément, aurait obtenu une rente entière d'invalidité en raison d'une atteinte à la santé psychique, avec un état de stress post-traumatique similaire - c'est-à-dire avec les séquelles d'un tel stress en relation avec un événement vécu plusieurs années auparavant - n'est pas décisif - pour autant que ce cas existe réellement, la recourante s'étant abstenue d'alléguer des faits concrets. L'argumentation de la recourante à ce propos est dépourvue de toute pertinence, car seule l'appréciation de son propre état de santé est déterminante.

g) Sur la base des constatations médicales au sujet de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles (sur le plan psychiatrique), l'OAI pouvait déterminer d'emblée le taux d'invalidité, puisque la profession habituellement exercée (femme de ménage), ou une autre occupation comparable, est compatible avec l'atteinte à la santé.

La recourante présente une incapacité de travail de longue durée depuis le 29 mai 2007 et sa capacité de travail a été, selon l'expert W._____, de 50% dès le 1^{er} septembre 2008 puis de 70% dès le 1^{er}

janvier 2010. Elle a donc droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} mai 2008 au 30 novembre 2008 (soit après un délai de trois mois d'amélioration de son état de santé; cf. art. 88a al. 1 RAI) puis à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} décembre 2008 au 31 mars 2010 (soit après un délai de trois mois d'amélioration de son état de santé; cf. art. 88a al. 1 RAI), le droit à la rente étant supprimé pour la période postérieure, dès lors qu'il est inférieur au degré minimal de 40% donnant droit à un quart de rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). Les périodes d'octroi de rente retenues dans les décisions attaquées respectent donc le droit fédéral. Les griefs de la recourante sont en tous points mal fondés.

Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation des quatre décisions connexes attaquées.

3. 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, mais provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

En effet, 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). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur

du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) –, il y a lieu de relever ce qui suit : le conseil d'office a produit une liste de ses opérations, mentionnant celles effectuées par son stagiaire. En 2010, le stagiaire a effectué 7h20 de travail, correspondant selon la note à 792 fr., et l'avocat lui-même 1h25, correspondant à 225 fr. En 2011, le stagiaire a effectué 3h75 de travail, correspondant à un montant de 375 fr. Les montants indiqués par l'avocat d'office doivent être retenus, soit 1'094 fr. 30 pour 2010 et 405 fr. pour 2011, TVA comprise. A cela s'ajoute le montant des débours, soit, selon la liste produite, 66 fr. + 5 fr. 10 de TVA, soit 71 fr. 10.

Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui succombe (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** Les quatre décisions connexes rendues le 16 novembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** L'indemnité d'office de Me Philippe Chaulmontet, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'570 fr. 40 (mille cinq cent septante francs et quarante centimes).

- V.** Il n'est pas alloué de dépens.

VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Chaulmontet, avocat à Lausanne (pour L. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également 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).

Le greffier :