

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 juillet 2013

---

Présidence de     Mme     BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges     :     Mme Thalmann et M. Perdrix, assesseur  
Greffière     :     Mme     Simonin

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à Renens, recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat à Lausanne, pour le compte d'Intégration handicap,

et

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

---

**Art. 28 LAI, art. 6, 7, 8 al. 1 LPGA**

## **E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1974, a déposé le 30 octobre 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à des mesures de réadaptation professionnelle. Elle a fait état d'une atteinte à la santé sous forme de dépression et d'angoisse depuis une année et demie environ. En incapacité de travail totale depuis le 9 juillet 2008, elle a exercé jusque-là une activité de vendeuse à 100%.

Dans un questionnaire 531 bis du 11 novembre 2008, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé elle travaillerait à l'extérieur à 80% pour son bien-être.

Dans un rapport médical du 5 janvier 2009 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI), le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin traitant de l'assurée depuis le 31 novembre 2008, a retenu les diagnostics d'épisode dépressif (F33.1), d'anxiété généralisée (F41.1) et de trouble panique avec agoraphobie existant depuis mai 2007. Il a indiqué que Madame X.\_\_\_\_\_ se plaignait de crises d'angoisse importantes et pouvant survenir à tout instant, quand bien même elles étaient principalement liées à des situations d'exposition sociale. Sa patiente développait des conduites d'évitement, se désocialisait, et se retrouvait plutôt isolée. Un état dépressif se constituait progressivement. Il a attesté d'une incapacité de travail à 100% dès le 3 novembre 2008. Il a indiqué qu'un traitement bien conduit devrait permettre une diminution des symptômes et que dès lors une reprise de l'activité professionnelle était envisageable, sans qu'il ne soit possible de donner une date de reprise. Il a indiqué à titre de limitations dues à l'état de santé une capacité d'adaptation et une résistance limitées.

Dans un rapport médical du 16 février 2009 à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin assistant, du service de psychiatrie de liaison du Centre

hospitalier I.\_\_\_\_\_ (ci-après: CHUV), ont retenu les diagnostics de trouble de l'anxiété généralisée (F41.1) et de troubles de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31). Ils ont attesté avoir suivi la patiente du 25 juillet au 27 octobre 2008. Sur le plan thymique, ils ont relevé une humeur abaissée, une anxiété, des troubles du sommeil ainsi que des troubles de l'appétit, en l'absence d'idéation suicidaire. Ils ont posé un pronostic réservé en raison du caractère fluctuant et chronique du trouble de la personnalité qui se surajoutait aux troubles anxieux. Ils ont attesté d'une incapacité de travail à 100% du 29 juillet au 3 novembre 2008 et ont indiqué au titre de restrictions physiques ou psychiques, une anxiété avec manifestations somatiques se manifestant au travail sous forme d'accès d'anxiété important et fatigabilité, d'intolérance à la frustration, de difficultés à gérer les conflits interpersonnels, d'instabilité de l'humeur, de manque de contrôle de soi, de sentiment de dévalorisation. A la question de savoir si l'on pouvait attendre une reprise de l'activité professionnelle et une amélioration de la capacité de travail, ces médecins ont répondu par la négative.

Le 6 mai 2009, le Dr S.\_\_\_\_\_ a indiqué dans un questionnaire médical complémentaire que Madame X.\_\_\_\_\_ avait traversé des périodes de crise relationnelle et identitaire qui l'avait amenée à un effondrement dépressif, qu'elle souffrait actuellement d'une dépression majeure avec sentiment d'indignité et de culpabilité, de ruminations morbides et d'un retrait social encore plus marqué. Il a attesté, à titre de limitations fonctionnelles, des troubles anxieux doublés d'une péjoration dépressive conduisant à des difficultés à gérer ses activités quotidiennes. Il a attesté d'une incapacité de travail totale et relevé que des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables avant la régression des symptômes dépressifs.

Dans un rapport médical du 26 août 2009 à l'OAI, le Dr S.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics de trouble dépressif récurrent et d'anxiété généralisée, indiqué des symptômes dépressifs et anxieux marqués, un retrait social et attesté de la péjoration de la situation depuis son rapport du 5 janvier 2009, conformément à ses indications

complémentaires du 6 mai 2009. Il a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 3 novembre 2008, en raison de difficultés à quitter son domicile et d'une anxiété marquée et a indiqué que les restrictions énumérées ne pouvaient être réduites par des mesures médicales, une reprise de l'activité professionnelle, voire une amélioration de la capacité de travail n'étant pas envisageable.

Dans leur avis médical du 3 novembre 2009, les Drs L. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) ont relevé le bilan péjoré attesté par le Dr S. \_\_\_\_\_ et requis la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique.

Confiée au Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, cette expertise a fait l'objet d'un rapport daté du 22 mars 2010, dans lequel il a posé les diagnostics de trouble anxieux sans précision, niveau léger (F 41.9 CIM-10), de fluctuation thymique dans le sens dysthymie, actuellement niveau léger (34.1 CIM-10) et d'accentuation de certains traits de personnalité (Z 73.1 CIM-10). A l'appui de ce diagnostic, le Dr G. \_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit :

"Il s'agit en quelque sorte d'un état résiduel de la perturbation antérieure et d'éléments qui signalent sensibilité/émotivité légèrement supérieure à ce que l'on trouve dans la population normale.

Il découle de nos constats qu'il n'y a en principe sur le plan psychiatrique, plus aucune incapacité de travail ni diminution de rendement. Cette évaluation fait abstraction de la présence de grossesse et des facteurs circonstanciels et psychosociaux divers.

Pour ce qui concerne le passé, l'assurée a été déclarée inapte au travail depuis juillet 2008. Une année après, son médecin psychiatre décrit une situation inchangée. Nous ne pouvons formellement pas contredire ces constats. Par la suite c'est la dynamique relationnelle et de grossesse qui a pris visiblement le dessus, associée à la "relativisation de l'aspect psychiatrique". De ce fait et avec nos constatations actuelles, nous avons tendance à déterminer (médico-théorique) la fin de la période d'incapacité de travail au 31.12.2009 ".

S'agissant de la capacité de travail, le Dr G. \_\_\_\_\_ disait pouvoir accepter la certification des médecins traitant jusqu'à la fin de l'année 2009, la capacité de travail médico-théorique étant par la suite

rétablie. Selon lui, l'assurée était dès lors entièrement active dans son rôle de mère.

De la discussion de l'expertise, il ressort en particulier ceci :

"Il existe auparavant aucune anamnèse psychiatrique proprement dite, uniquement des notions d'une vie personnelle décousue et menée au gré des rencontres et influences contextuelles.

A l'origine l'assurée est issue d'une famille italienne, un père qui a passé sa plus grande partie en tant que mécanicien chez [...] qui, depuis toujours, mène une vie mixte avec un engagement conjugal maintenu, des libertés extraconjugales et des voyages en Italie, tout ceci jusqu'à ce jour.

L'assurée a été certainement influencée par cette vie familiale déjà décousue, mais elle ne peut pas parler de carences proprement dites car la présence de la mère était continue, de même une bonne relation avec son frère. Ces deux personnes jouent d'ailleurs un rôle jusqu'à aujourd'hui, l'assurée a des contacts occasionnellement avec son frère qui est émigré en Italie et des contacts presque journaliers avec sa mère qui habite à 5 minutes de chez elle.

Concernant sa propre biographie, elle a fait une scolarité normale jusqu'à 14 ans, une bonne intégration en Suisse et elle est ensuite partie en [...] où elle était très fortement impliquée dans "le milieu" à [...]. Elle-même a été en prison pendant 9 mois pour vol. Elle était influencée par des connaissances et hommes de l'époque, aussi dans une période de toxicomanie à la cocaïne.

A l'âge de 17 ans, il y a un tournant net qui s'est effectué: elle a fait un apprentissage dans une pharmacie. Bien que pas terminé avec un certificat en bonne et due forme, elle était ici stable jusqu'au bout de la formation.

Ensuite, son curriculum professionnel est à la fois étoffé, à la fois décousu. Elle a travaillé en tant qu'employée de bureau, en tant que vendeuse, employée polyvalente, gérante de magasins et finalement en cuisine. Entre 1991 et 2007, il n'y a eu que très peu de coupures dans son cheminement. Ces éléments de la réalité relativisent la notion d'un manque d'insertion, ils montrent aussi que l'assurée était motivée, apte de travailler et de s'appliquer. En même temps, tous ces éléments mentionnés relativisent aussi l'allégation d'un diagnostic de troubles de personnalité comme nous l'avons trouvé dans le dossier.

A la limite l'on pourrait ici voir une insatisfaction de fond qui conditionne une certaine instabilité. Traduit en termes psychiatriques ceci est un équivalent de "accentuation de certains traits de personnalité".

En parallèle au volet professionnel se trouve toute une suite de relations qui, chaque fois, étaient compliquées et associées à de la violence, des abus et des hommes "problématiques ". Le dernier par exemple était un partenaire qui est actuellement en prison et avec lequel l'assurée a rompu malgré une grossesse annoncée. C'est d'ailleurs dans ce domaine où l'on trouve ce qui est de plus constructif et durable dans sa vie, à savoir ses propres enfants. Elle s'est adéquatement engagée pour son premier fils et elle met actuellement

toute son énergie pour réussir sa grossesse et l'élargissement de sa "petite famille".

Malgré notre recherche, il reste un certain mystère autour de sa décompensation entre 2007 et 2008. Nous n'avons pas pu déterminer avec clarté le déroulement psychodynamique de cette période. Nous pensons cependant qu'avec les changements professionnels et l'instabilité relationnelle (aussi des facteurs extérieurs qui viennent par exemple de la personnalité de son amant (père de l'enfant à naître)), il y a eu un phénomène de cumul, d'épuisement et une symptomatologie mixte et significative qui ont conduits l'assurée à consulter.

Après 2 ans et demi il s'avère que la valeur du suivi psychiatrique/psychothérapeutique est surtout relationnel et d'ordre du soutien, moins (ou pas du tout) dans un registre médicamenteux. Toutes les tentatives de l'aider par des substances, antidépresseur, anxiolytique ou autres, ont échoué. Ceci renvoie pour nous indirectement aux facteurs contextuels, réactionnels et une constellation névrotique. Comme souvent, dans de telles situations, la médication ne joue soit aucun rôle, soit se montre inefficace, ou bien produit des effets secondaires dominants ou un manque de compliance. En quelque sorte, l'assurée elle-même a donné une réponse et son état clinique est apparemment déjà nettement amélioré par rapport aux descriptions antérieures. Notre anamnèse systématique et détaillée a montré un relativement bon fonctionnement dans différents secteurs de la réalité.

Dans le status psychiatrique proprement dit, nous avons vu une femme agile, sans ralentissement, soignée sur elle-même, dans une bonne capacité d'expression, sans trouble cognitif majeur, dans une assez bonne vivacité, labile au niveau des affects, émotive, changeant facilement entre une polarité de tristesse (courte), un état euthymique (dominant) et des pointes d'humour. Il y avait aussi des montées colériques et l'anxiété était plutôt modeste.

Au niveau de sa personnalité, l'assurée bascule facilement entre une polarité proactive et des tendances régressives. Certainement cette dernière tendance s'accroît au moment où elle est épuisée et limite le niveau de ses ressources.

Il est évident qu'au stade actuel et avec la charge qu'elle a décidé de prendre (éduquer seule deux enfants), elle est encore plus limitée et aura certainement peu de disponibilités pour un engagement professionnel. Mais ceci est un choix de vie et n'appartient nullement à la notion de maladie ou à la psychiatrie.

Il se dégage donc en finalité l'image d'une femme qui a mené sa vie plutôt en solitaire malgré des relations diverses, qui a vécu au gré des influences et circonstances, influençable, non démunie de ressources, mais parfois au bord des capacités adaptatives. La symptomatologie était anxio-dépressive avec un accent sur la première partie du terme. Au stade actuel, il n'y a plus d'impact significatif de ce trouble".

Dans un rapport du 29 avril 2010, le Dr L. \_\_\_\_\_ du SMR a repris les constatations de l'expert dans le sens d'une labilité émotionnelle chez une personnalité actuellement compensée, dans le cadre d'une grossesse en cours. Il a retenu que le trouble anxieux était encore

légèrement perceptible, mais s'était amélioré depuis janvier 2009 (recte : 2010). Les fluctuations de l'humeur entraient dans le cadre d'une dysthymie, aucun de ces diagnostics n'ayant actuellement de répercussion sur la capacité de travail. Il a considéré l'expertise comme étant médicalement probante et qu'il n'y avait pas de raison de s'en écarter.

Dans le rapport du 16 novembre 2010, relatif à l'enquête économique sur le ménage, l'assurée a confirmé qu'en bonne santé elle travaillerait à 80% pour gérer de manière autonome sa situation financière, gardant un jour pour pouvoir s'occuper de ses enfants. L'enquêtrice a retenu en conséquence le statut de 80% active et 20% ménagère, ne relevant aucune invalidité s'agissant de la part ménagère de son activité. L'enquêtrice a relevé également que l'assurée avait perdu toutes ses amies, semblait assez isolée et n'avait guère que sa maman chez qui elle se rendait régulièrement.

Le 14 décembre 2010, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2009 au 31 mars 2010.

Par courrier du 11 janvier 2011, l'assurée a fait valoir ses observations indiquant être toujours en incapacité totale de travail. Elle a joint à ce courrier un certificat médical succinct du Dr S. \_\_\_\_\_ attestant d'une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée, à réévaluer le 30 avril 2011.

Dans un courrier du 13 janvier 2011, rédigé à l'attention de l'OAI, le Dr S. \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail complète, pour une durée encore indéterminée. Il a évoqué une femme fragile, ayant peu d'étayage social et entretenant des relations compliquées. Ayant accouché fin mars 2010 d'une grossesse qu'elle a mené seule après la séparation d'avec le père de l'enfant, elle a présenté dans les suites, une péjoration de son état avec une anxiété constante et un épuisement, et des symptômes dépressifs marqués.

Dans son avis médical du 31 janvier 2011, le Dr L.\_\_\_\_\_ a considéré que le courrier du Dr S.\_\_\_\_\_ ne contenait aucun élément médical nouveau de nature à modifier sa position.

Le 12 août 2011, l'OAI a rendu une décision confirmant son projet d'acceptation de rente limitée dans le temps du 14 décembre 2010.

**B.** Par acte du 14 septembre 2011, X.\_\_\_\_\_, représentée par Me Jean-Marie Agier pour le compte d'Intégration handicap, a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens que le droit à la rente d'invalidité se poursuit après le 31 mars 2010. Elle a demandé préalablement la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique.

A l'appui de son recours, elle a produit un rapport médical du 27 juin 2011 du Dr S.\_\_\_\_\_ critiquant l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ en ce sens que les comportements relationnels s'inscrivaient déjà, selon lui, bien avant la grossesse dans le cadre d'un trouble de la personnalité, les aspects dépressifs et anxieux n'ayant pour l'essentiel pas évolué en cours de grossesse. Selon ce médecin, ces troubles n'étaient pas distincts, il s'agissait bien plutôt de l'évolution du trouble affectif associé au trouble de la personnalité. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100% actuellement encore.

Dans sa réponse du 9 novembre 2011, l'OAI a maintenu les termes de sa décision et proposé le rejet du recours, se fondant sur un rapport du SMR, produit en annexe de sa réponse.

Selon ce rapport du 2 novembre 2011, l'avis du Dr S.\_\_\_\_\_ différait de l'avis de l'expert en ce sens qu'il témoignait d'une appréciation différente de la même situation. Le Dr S.\_\_\_\_\_ mettait l'accent sur un trouble de la personnalité, responsable de certains comportements relationnels, sans préciser lequel. Les médecins du SMR ont de surcroît indiqué que ces comportements relationnels ne justifiaient pas forcément

de retenir une incapacité de travail, puisqu'ils n'avaient pas empêché l'assurée d'occuper divers emplois entre 1997 et 2007.

La juge instructrice a ordonné la mise en œuvre d'une expertise auprès du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont le rapport est daté du 11 février 2013. Cet expert a posé les diagnostics suivants: personnalité dépendante (F60.3), anxiété généralisée (F41.1), dysthymie (F34.1) et herpétophobie (F40.2). Il a admis que le début de l'atteinte à la santé remontait à l'adolescence avec une répercussion de cette atteinte à la santé sur la capacité de travail remontant à l'année 2003. Selon l'expert, la capacité de travail était diminuée de 20% au moins depuis 2003, de 50% depuis au moins 2007 et n'était plus que de 20% depuis juillet 2008, date à laquelle elle est restée stable. Des mesures d'adaptation n'avaient pas lieu d'être mises en place pour cette expertisée. Ses capacités d'apprentissage et d'adaptation étaient limitées et les activités qu'elle avait exercées par le passé étaient, d'un point de vue psychiatrique, adéquates par rapport à son état de santé actuel. Il ressort par ailleurs ce qui suit du rapport d'expertise:

"(...)

En définitive, cette expertisée ne dit jamais rien de son vécu. Elle dit certaines choses et pour finir on prend conscience qu'on ne sait rien. On ne comprend pas du tout les choix qu'elle a fait et on peut même se demander si elle en a réellement fait une fois.

(...)

D'un certain point de vue, je me retrouve aujourd'hui exactement dans la même situation que mes confrères. La psychopathologie de cette patiente n'est pas manifeste. Comme je le mentionnais plus haut, lorsque vous lui serrez la main et que vous entrez en relation avec elle, elle vous donne l'impression d'une femme décidée qui est solide. Lorsqu'elle vous dit qu'elle a consommé des produits illicites et qu'elle est parvenue par elle-même à arrêter toute consommation, on a l'impression d'avoir affaire à quelqu'un de solide et de volontaire. L'entretien se déroule ensuite normalement. C'est au moment de relire mes notes que je me trouve totalement désarçonné. J'ai l'impression de n'avoir rien entre les mains. Je pensais avoir constitué une image assez claire et ce n'est que du sable, informe. Seule une analyse approfondie des données médicales et administratives peut permettre de construire un portrait compréhensible de cette expertisée.

Toute la vie de l'expertisée n'est qu'une succession d'échecs aussi bien professionnels que sentimentaux. A bientôt quarante ans, cette expertisée vit chez sa mère. Elle est dépendante des services sociaux

depuis des années. Elle dit élever ses enfants et y tenir mais elle cache combien c'est difficile et qu'elle a de la peine.

Je pose donc un diagnostic de trouble de la personnalité. En effet, selon la CIM-10, un trouble de la personnalité se caractérise par des attitudes et des comportements dysharmonieux, un mode de comportement anormal et durable, profondément enraciné et clairement inadapté à des situations personnelles et sociales variées, apparaissant à l'adolescence et se poursuivant à l'âge adulte, à l'origine d'une souffrance personnelle considérable, parfois d'apparition tardive, et associé à une dégradation du fonctionnement professionnel et social. Or l'anamnèse de cette expertisée et les plaintes qu'elle présente correspondent bien aux critères énumérés ci-dessus. Cette patiente est en échec tout au long de sa vie. On pourrait donc poser un diagnostic de personnalité à conduite d'échec. Je choisis le diagnostic de personnalité dépendante qui a un caractère un peu plus général et qui est répertorié clairement. Le trouble de la personnalité dépendante se caractérise par une subordination de ses propres besoins à ceux des personnes dont on dépend et une soumission excessive à leur volonté, par le fait d'autoriser et d'encourager les autres à prendre la plupart des décisions importantes de la vie à sa place, un sentiment de malaise ou d'impuissance quand le sujet est seul.

Cette expertisée a toujours noué des relations sentimentales particulières avec des hommes qui ont abusé et profité d'elle. Elle n'a jamais été seule. Et je suspecte que ses enfants jouent un rôle important contre l'isolement social et la crainte d'être abandonnée. En tentant de se montrer bonne mère, elle lutte constamment contre cette crainte d'être abandonnée.

Je pose également un diagnostic d'anxiété généralisée en raison de la plainte d'avoir constamment une boule à l'estomac, de cette anticipation anxieuse que rien de bon ne peut jamais arriver.

Je pose le diagnostic de dysthymie, mais avec une certaine réticence. En effet cette expertisée présente une humeur triste, une diminution de l'élan vital, des ruminations, une baisse de l'estime d'elle-même. Cette symptomatologie est plus importante que celle décrite pour la dysthymie, mais elle n'est pas suffisamment importante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent qui impliquerait, lui, que des épisodes dépressifs puissent clairement être identifiés. Je maintiens donc ce diagnostic de dysthymie mais en soulignant que la symptomatologie dépressive est quasiment constamment présente.

Enfin je pose également un diagnostic, anecdotique, d'herpétophobie en raison de la crainte des serpents que présente l'expertisée et qui se traduit également dans ses rêves.

Je ne pose pas le diagnostic de trouble de la personnalité de type personnalité émotionnellement labile, type borderline comme l'ont fait les Drs Z. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 16 février 2009. Dans ce rapport ce diagnostic n'est pas justifié par quel qu'argument que ce soit. Cette expertisée ne présente pas un comportement impulsif et sans considération des conséquences possibles, avec des éclats de colère. L'instabilité que présente cette expertisée n'est pas du même genre que celle que présentent les personnalités borderline.

(...)

## **9. Appréciation et pronostic**

Je pose un diagnostic de trouble de la personnalité en raison des éléments au dossier et des éléments de symptomatologie présents lors des entretiens que j'ai eus avec l'expertisée. Ce diagnostic ne correspond pas à celui qui a été posé par le Dr G. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 22 mars 2010. Le Dr G. \_\_\_\_\_ estime qu'il n'y a pas de trouble de la personnalité. Il estime que l'activité professionnelle de l'expertisée n'a été que peu entrecoupée et que cette dernière a manifesté une bonne intégration professionnelle en assumant des activités professionnelles diverses. Le compte AVS montre à mon avis très clairement que tel n'est pas le cas. Le Dr G. \_\_\_\_\_ banalise à mon avis les échecs répétitifs de l'expertisée et le profond sentiment de tristesse et d'échec de l'expertisée.

J'estime donc qu'il est justifié de poser un diagnostic de trouble de la personnalité, de type personnalité dépendante.

Ce trouble de la personnalité est présent de très longue date, depuis l'adolescence au moins, voire déjà antérieurement. La départ à [...] de l'expertisée à l'âge de treize-quatorze ans en a été le premier signe manifeste. Ce trouble n'a pas empêché l'expertisée de suivre une formation professionnelle sous forme d'un apprentissage d'aide en pharmacie. Ceci s'explique parfaitement par le caractère particulier de cette formation en emploi où les apprentis, de manière générale, sont encadrés et soutenus. Mais dès qu'elle s'est trouvée livrée à elle-même et à devoir chercher un emploi et le maintenir, cette expertisée a manifesté clairement des difficultés importantes. Depuis 2003, elle a manifesté qu'elle n'était plus à même de travailler de manière soutenue et continue. Je considère donc que le début de l'atteinte à la santé remonte à l'adolescence et que le début d'une répercussion de cette atteinte à la santé sur la capacité de travail (diminution de 20% au moins) remonte à 2003.

Il est dès lors pas très étonnant que le traitement psychiatrique ne parvienne pas à lever les troubles psychiques que présente cette expertisée. En effet, on sait que les troubles de la personnalité présentent un mode de fonctionnement qui est particulièrement difficile à modifier par un traitement et qui nécessite le plus souvent des traitements de très longue durée. Il n'est pas non plus étonnant qu'aucune médication ne parvienne à soulager de manière significative la patiente. J'estime que le traitement actuel est adéquat et qu'il est souhaitable qu'il soit poursuivi à long terme.

Le pronostic n'est guère favorable. Depuis bientôt dix ans (depuis octobre 2003 exactement), cette expertisée n'a quasiment plus travaillé. Ses capacités de mentalisation sont limitées. Elle n'est pas à même aujourd'hui d'exprimer réellement sa souffrance, de reconnaître ses besoins et d'être réellement autonome.

## **10. Capacités professionnelles**

(...)

Si je reprends l'anamnèse de cette expertisée, elle a connu des difficultés majeures d'insertion dans le monde économique depuis de nombreuses années. C'est en raison du trouble de la personnalité qu'elle présente et d'un épuisement progressif de ses ressources psychiques que cette expertisée n'a plus été à même de travailler sans qu'il soit possible de déterminer une date exacte ou un facteur déclenchant précis.

Comme je l'ai mentionné dans le paragraphe précédent, l'atteinte à la santé remonte à l'adolescence et son retentissement sur la capacité de travail de 20% au moins à 2003.

Depuis lors l'atteinte à la santé s'est progressivement aggravée par un épuisement des ressources de l'expertisée. Aucun des médecins qui a examiné l'expertisée n'a été à même d'expliquer la raison de l'apparition d'une incapacité de travail totale depuis juillet 2008. J'estime que cette capacité de travail était déjà nettement diminuée précédemment. On peut considérer au moins que depuis 2003 elle était diminuée de 20% au moins, depuis 2007 cette capacité de travail est diminuée de l'ordre 50%.

Les médecins qui ont examiné l'expertisée ont tous affirmé une incapacité de travail totale mais sans vraiment le justifier par des limitations fonctionnelles claires. Il est surprenant par ailleurs de constater que le Dr S. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 janvier 2009 a estimé que des mesures de réadaptation professionnelles étaient envisageables. Cela montre à l'évidence qu'il n'estimait pas alors l'expertisée totalement incapable de travailler. Certes dans sa réponse du 6 mai 2009, il a fait état d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'expertisée et a estimé que la capacité était alors nulle. Le Dr G. \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 22 mars 2010 a confirmé, mais sans la justifier, l'incapacité de travail de l'expertisée depuis le mois de juillet 2008. Il a néanmoins estimé que lors de son examen, il ne persistait aucune incapacité de travail.

Il me semble plus adéquat de considérer que l'incapacité totale de travail est une estimation trop vague de la capacité de travail. Certes cette expertisée est toujours angoissée, elle supporte de plus en plus mal les relations sociales et les conflits qu'elles impliquent, elle a une humeur très labile et peut pleurer pour un rien. Elle présente vraisemblablement des troubles de l'attention et de la concentration. Mais j'estime qu'il serait adéquat de lui reconnaître une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 20% et cela depuis le mois de juillet 2008. L'atteinte à la santé ne s'est pas modifiée de manière importante depuis juillet 2008. On ne peut pas considérer qu'il y a eu un amendement de la symptomatologie ni qu'il y a eu une aggravation de cette symptomatologie. Je considère donc que cette capacité de travail résiduelle est restée stable depuis 2008.

J'estime que cette expertisée, malgré les troubles psychiques qu'elle présente, pourrait mettre en valeur une capacité de travail de l'ordre de 20% dans une activité adaptée. Une activité adaptée est une activité dont les exigences de rendement ne sont pas trop élevées et qui peut être exercée à raison d'une à deux heures par jour".

Dans ses déterminations du 7 mars 2013, la recourante a considéré que l'expert judiciaire confirmait la stabilité de son état de santé et de l'incapacité de travail depuis 2008 et maintenu ses conclusions en ce sens que son droit à la rente devait se poursuivre au-delà du 31 mars 2010.

Sur la base d'un avis médical du Dr L. \_\_\_\_\_ du SMR daté du 8 mars 2013, l'OAI, se ralliant à cet avis, a proposé le 14 mars 2013 la mise en œuvre d'une troisième expertise pour départager les opinions des deux premiers experts.

Le 3 avril 2013, la recourante a confirmé une fois de plus ses conclusions.

Par courrier du 12 avril 2013, l'OAI s'est référé à ses déterminations du 14 mars 2013.

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

**1. a)** 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'assurance-invalidité (art. 1 al. 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 - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, formé en temps utile (compte tenu des fêtes estivales du 15 juillet au 15 août, conformément à l'art. 38 al. 4 let. b LPGA) devant le tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

**2.** L'OAI ayant admis le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2009 au 31 mars 2010, la question litigieuse est celle de savoir si elle peut prétendre à la poursuite de ce droit au-delà de cette date. En effet, l'OAI, se fondant sur une expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, a admis l'amélioration de l'état de santé de l'assurée dès le mois de janvier 2010, en ce sens qu'elle aurait dès cette date retrouvé une entière capacité de travail, l'atteinte à la santé ayant totalement disparu, ce que la recourante conteste.

**3. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 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.

L'art. 6 LPGA définit la notion d'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, deuxième phrase, LPGA).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa version en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme

expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

Dans une jurisprudence récente, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

**4. a)** Dans le cas d'espèce, l'intimé s'est exclusivement fondé sur l'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ pour admettre le droit à la rente de manière limitée, considérant que dès janvier 2010, l'état de santé de la recourante s'était amélioré. En effet selon l'expert, dès cette date, la dynamique

relationnelle et de grossesse a pris le dessus, associée à la "relativisation de l'aspect psychiatrique" (cf. le rapport d'expertise du 22 mars 2010, p. 17). Or, outre le fait que, contrairement aux médecins traitants, le Dr G.\_\_\_\_\_ ne retient pas le diagnostic de trouble de la personnalité, il est particulièrement difficile de comprendre, à la lecture de son rapport, pour quelles raisons, la grossesse de la recourante aurait permis l'amendement des différents symptômes présents jusque-là et la récupération d'une capacité de travail complète. C'est la raison pour laquelle une expertise judiciaire a été ordonnée et mise en œuvre auprès du Dr D.\_\_\_\_\_.

**b)** Contrairement à ce que soutient l'OAI dans ses déterminations du 14 mars 2013, fondées sur l'avis médical du Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR, et compte tenu de la jurisprudence citée sous considérant 3b), la Cour considère être suffisamment renseignée pour pouvoir statuer en l'état sans avoir à ordonner une troisième expertise.

En effet, quand bien même le diagnostic du trouble de la personnalité posé par le Dr D.\_\_\_\_\_ diffère quelque peu de celui indiqué par les médecins traitants (personnalité dépendante versus personnalité émotionnellement labile type borderline), les avis de ces différents médecins se révèlent néanmoins concordants. Tant le Dr Z.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 16 février 2009, que le Dr S.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 27 juin 2011, ou le Dr D.\_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise du 11 février 2013 (pp. 8 à 10), retiennent le diagnostic de trouble de la personnalité, de sorte que l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_ s'avère de fait isolé.

On ne peut, d'autre part, que relever l'objectivité dont fait preuve l'expert judiciaire, lorsqu'il évoque le cheminement de ses réflexions et admet, en particulier, que la psychopathologie de la recourante n'est pas évidente à déterminer: "cette expertisée ne dit jamais rien de son vécu. Elle dit certaines choses et pour finir on prend conscience qu'on ne sait rien. On ne comprend pas du tout les choix qu'elle a fait et on peut se demander si elle en a réellement fait une fois" (rapport d'expertise du 11 février 2013, p. 9). Il explique de façon détaillée

et convaincante les raisons qui l'amènent cependant à poser ce diagnostic de trouble de la personnalité, quand bien même l'expertisée donne à priori l'impression de quelqu'un de solide et volontaire. Ce n'est qu'au terme d'une analyse approfondie des données médicales et administratives que l'expert arrive à construire un portrait compréhensible de cette expertisée. En examinant tous les éléments du dossier, y compris les éléments de sa vie privée (succession de relations amoureuses malheureuses qui ont par deux fois débouché sur une grossesse) et administratifs (notamment son extrait de compte individuel AVS et l'absence de certains documents tels que CFC), l'expert constate : "toute la vie de l'expertisée n'est qu'une succession d'échecs aussi bien professionnels que sentimentaux. A bientôt quarante ans, cette expertisée vit chez sa mère. Elle est dépendante des services sociaux depuis des années. Elle dit élever ses enfants et y tenir mais elle cache combien c'est difficile et qu'elle a de la peine. Je pose donc un diagnostic de trouble de la personnalité. En effet, selon la CIM-10, un trouble de la personnalité se caractérise par des attitudes et des comportements dysharmonieux, un mode de comportement anormal et durable, profondément enraciné et clairement inadapté à des situations personnelles et sociales variées, apparaissant à l'adolescence et se poursuivant à l'âge adulte, à l'origine d'une souffrance personnelle considérable, parfois d'apparition tardive, et associé à une dégradation du fonctionnement professionnel et social. Or l'anamnèse de cette expertisée et les plaintes qu'elle présente correspondent bien aux critères énumérés ci-dessus. Cette patiente est en échec tout au long de sa vie. On pourrait donc poser un diagnostic de personnalité à conduite d'échec. Je choisis le diagnostic de personnalité dépendante qui a un caractère un peu plus général et qui est répertorié clairement. Le trouble de la personnalité dépendante se caractérise pas une subordination de ses propres besoins à ceux des personnes dont on dépend et une soumission excessive à leur volonté, par le fait d'autoriser et d'encourager les autres à prendre la plupart des décisions importantes de la vie à sa place, un sentiment de malaise ou d'impuissance quand le sujet est seul" (rapport d'expertise du 11 février 2013, p. 10).

C'est ainsi, de manière détaillée et objective, que le Dr D. \_\_\_\_\_ explique les raisons qui le font s'éloigner du diagnostic de personnalité borderline posé par les médecins du I. \_\_\_\_\_ : "Je ne pose pas le diagnostic de trouble de la personnalité de type personnalité émotionnellement labile, type borderline comme l'ont fait les Drs Z. \_\_\_\_\_ et C. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 16 février 2009. Dans ce rapport, ce diagnostic n'est pas justifié par quel qu'argument que ce soit. Cette expertisée ne présente pas un comportement impulsif et sans considération des conséquences possibles avec des éclats de colère. L'instabilité que présente cette expertisée n'est pas du même genre que celle que présentent les personnes borderline" (rapport d'expertise du 11 février 2013, p. 11). Le Dr D. \_\_\_\_\_ explique également les motifs qui le font se distancer du diagnostic posé par le Dr G. \_\_\_\_\_ : "Le Dr G. \_\_\_\_\_ estime qu'il n'y a pas de trouble de la personnalité. Il estime que l'activité professionnelle de l'expertisée n'a été que peu entrecoupée et que cette dernière a manifesté une bonne intégration professionnelle en assumant des activités professionnelles diverses. Le compte AVS montre à mon avis très clairement que tel n'est pas le cas. Le Dr G. \_\_\_\_\_ banalise à mon avis les échecs répétitifs de l'expertisée et le profond sentiment de tristesse et d'échec de l'expertisée" (rapport d'expertise du 11 février 2013, p. 12).

Pour ces différents motifs, la Cour retiendra les diagnostics posés par l'expert judiciaire, considérant que son rapport d'expertise, qui répond en tous points aux critères définis par la jurisprudence du Tribunal fédéral, dispose d'une pleine valeur probante.

**c)** S'agissant de l'incapacité de travail et de l'amélioration de l'état de santé dès janvier 2010, là encore, force est de constater que l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_ est isolé. Il estime que l'aspect psychiatrique doit être relativisé, compte tenu de la dynamique relationnelle et de la grossesse qui a pris le dessus, ce qui a eu, selon lui, pour conséquence que la recourante a retrouvé l'entier de sa capacité de travail.

Or, cette argumentation ne permet pas d'expliquer clairement une telle amélioration de l'état de santé. Au contraire, la lecture du rapport d'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ donne à penser qu'il subsiste certains problèmes de santé dont la cause aurait changé et ne justifierait plus une incapacité de travail. Le Dr D.\_\_\_\_\_ relève à cet égard : "le rapport d'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ n'est également pas satisfaisant. En effet, on ne comprend pas pourquoi cette expertisée a été en incapacité de travail et pourquoi la grossesse change fondamentalement les choses" (rapport d'expertise du 11 février 2013, p. 9). Le Dr S.\_\_\_\_\_ rejoint lui aussi cet avis, lorsqu'il indique dans son rapport médical du 27 juin 2011: "l'expertise est critiquable quand elle insiste sur la relativisation de l'aspect psychiatrique, la dynamique relationnelle et de grossesse ayant pris le dessus. Comme expliqué ci-dessus, certains comportements relationnels s'inscrivent clairement dans le cadre d'un trouble de la personnalité présent bien avant la grossesse. Les aspects dépressifs et anxieux n'ont pas évolué en cours de grossesse, si ce n'est une péjoration en post-partum, ce qui est décrit régulièrement pour les troubles affectifs chroniques. Il ne s'agit donc pas de troubles distincts, mais de l'évolution d'un trouble affectif associé à un trouble de la personnalité".

D'autre part, l'expert judiciaire admet lui aussi que: "le trouble de la personnalité est présent de très longue date, depuis l'adolescence au moins voir déjà antérieurement. Le départ à [...] de l'expertisée à l'âge de treize-quatorze ans en a été le premier signe manifeste. Ce trouble n'a pas empêché l'expertisée de suivre une formation professionnelle sous forme d'un apprentissage d'aide en pharmacie. Ceci s'explique parfaitement par le caractère particulier de cette formation en emploi où les apprentis, de manière générale, sont encadrés et soutenus. Mais dès qu'elle s'est trouvée livrée à elle-même et à devoir chercher un emploi et le maintenir, cette expertisée a manifesté clairement des difficultés importantes. Depuis 2003, elle a manifesté qu'elle n'était plus à même de travailler de manière soutenue et continue. Je considère donc que le début de l'atteinte à la santé remonte à l'adolescence et que le début d'une répercussion de cette atteinte à la santé sur la capacité de travail (diminution de 20% au moins) remonte à 2003. Il est dès lors pas très étonnant que le traitement

psychiatrique ne parvienne pas à lever les troubles psychiques que présente cette expertisée. En effet, on sait que les troubles de la personnalité présentent un mode de fonctionnement qui est particulièrement difficile à modifier par un traitement et qui nécessitent le plus souvent des traitements de très longue durée. Il n'est pas non plus étonnant qu'aucune médication ne parvienne à soulager de manière significative la patiente. J'estime que le traitement actuel est adéquat et qu'il est souhaitable qu'il soit poursuivi à long terme. Le pronostic n'est guère favorable. Depuis bientôt dix ans (depuis octobre 2003 exactement), cette expertisée n'a quasiment plus travaillé. Ses capacités de mentalisation sont limitées. Elle n'est pas à même aujourd'hui d'exprimer réellement sa souffrance, de reconnaître ses besoins et d'être réellement autonome" (rapport d'expertise du 11 février 2013, pp. 12 et 13). Le Dr D. \_\_\_\_\_ considère que cette atteinte à la santé, qui influence la capacité de travail de la recourante depuis 2003 au moins à raison de 20%, s'est progressivement aggravée par un épuisement de ses ressources, jusqu'à porter atteinte, en juillet 2008, à sa capacité de travail à raison de 80%. Depuis lors, selon l'expert, la symptomatologie ne s'est ni amendée, ni aggravée mais est restée stable (rapport d'expertise du 11 février 2013, pp. 13 et 14).

Compte tenu des diagnostics posés par l'expert judiciaire, en particulier celui de trouble de la personnalité admis par la Cour (conformément à ce qui a été relevé sous consid. 4b), il convient de retenir que le Dr D. \_\_\_\_\_, dont l'avis rejoint à peu de choses près celui des médecins traitants de la recourante, en particulier celui du Dr S. \_\_\_\_\_, disposait, contrairement au Dr G. \_\_\_\_\_, de tous les éléments permettant d'évaluer la capacité de travail de la recourante.

A ce stade, le fait que le Dr D. \_\_\_\_\_ considère que la recourante pourrait mettre en valeur 20% de sa capacité de travail dans une activité dont les exigences de rendement ne sont pas trop élevées et qui peut être exercée à raison d'une à deux heures par jour, ne change rien quant au droit à une rente entière. L'absence au dossier d'éléments permettant de déterminer clairement la méthode d'évaluation utilisée et

les revenus de comparaison n'a dès lors aucune incidence sur le montant de la rente de sorte qu'il peut être statué en l'état. C'est en conséquence pour cette raison que la Cour préférera au titre de la vraisemblance prépondérante l'avis exprimé par le Dr D. \_\_\_\_\_.

**5. a)** Compte tenu de ce qui précède, force est de constater que la décision de l'OAI de mettre un terme à la rente entière en mars 2010 compte tenu d'une amélioration de l'état de santé dès janvier 2010 est mal fondée, la symptomatologie présente antérieurement ne s'étant pas amendée et l'incapacité de travail ne s'étant pas améliorée. Le recours doit en conséquence être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité se poursuit au-delà du 31 mars 2010.

**b)** 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 prestation de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'OAI débouté.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel a le droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière du droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr., à la charge de l'intimé qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Ce montant correspondant au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire selon le tarif, il n'y a pas lieu de fixer, au surplus l'indemnité d'office de Me Agier.

**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 12 août 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité se poursuit au-delà du 31 mars 2010.
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à la recourante à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Agier (pour X. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent

être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :