

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 21 octobre 2013

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : Mme Röthenbacher et Mme Feusi, assesseur  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Madame Nadine Frossard,  
juriste à Vufflens-la-Ville,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** J. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère d'une fille, originaire du Portugal, travaillait depuis le mois de septembre 2000 comme auxiliaire de ménage au Centre médico-social (CMS L. \_\_\_\_\_), à [...], à un taux d'activité de 50%.

Depuis le 6 avril 2006, l'assurée a présenté plusieurs périodes d'incapacité de travail, laquelle est totale depuis le 21 septembre 2006. Le 20 avril 2007, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) tendant à l'octroi d'une rente, en indiquant comme atteinte à la santé "dépression, fibromyalgie". Le 31 mai 2011, elle a complété sa demande de prestations (formulaire 531 bis) en indiquant que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 50% comme auxiliaire de ménage en CMS.

Dans un rapport médical du 11 juin 2007 à l'OAI, la Dresse V. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'état dépressif avec probable attaque de panique, de rachialgies chroniques et de fibromyalgie; elle a attesté les périodes d'incapacité de travail suivantes:

"100% du 6.04.2006 au 08.05.2006  
50% du 08.05.2006 au 15.05.2006  
50% du 29.05.2006 au 28.06.2006  
50% du 10.07.2006 au 30.07.2006  
100% du 05.09.2006 au 10.09.2006  
100% du 21.09.2006 au 25.09.2006  
100% du 25.09.2006 au 11.10.2006  
100% du 11.10.2006 au 13.11.2006  
100% du 13.11.2006 au 13.12.2006  
100% du 13.12.2006 au 15.01.2007  
100% du 15.01.2007 au 14.02.2007  
100% du 14.02.2007 au 31.03.2007  
100% du 01.04.2007 au 31.05.2007  
100% du 01.06.2007 au 30.06.2007".

La Dresse V.\_\_\_\_\_ a en outre précisé qu'elle ne pensait pas que sa patiente pourrait être en mesure de continuer à travailler comme auxiliaire de ménage dans un CMS à 100% compte tenu de ses affections. Elle estimait toutefois que pour autant que son état psychique le lui permette par la suite, une capacité de travail à 50% dans cette activité pourrait être envisageable. La Dresse V.\_\_\_\_\_ a transmis un rapport médical du 18 octobre 2006 qu'elle avait adressé au Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, en hématologie et en oncologie médicale. Dans ledit rapport, elle a exposé qu'elle n'avait pas d'argument pour poser un diagnostic de rhumatisme inflammatoire, raison pour laquelle elle retenait celui de douleurs de type somatisation, voire celui d'une fibromyalgie chez une patiente qui présentait un état dépressif traité par de l'Efexor.

**b)** Le cas a été pris en charge par la Caisse X.\_\_\_\_\_, assureur perte de gain, qui a versé à l'assurée des prestations sur la base d'un taux d'incapacité de travail de 100% dès le 25 septembre 2006. L'assureur précité a par la suite mandaté le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, en rhumatologie, porteur de l'attestation de médecine psychosomatique et psychosociale (AMPP), pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire. Dans son rapport du 13 juin 2007, le Dr F.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de syndrome fibromyalgique floride avec un score de Smythe de 17/18, de trouble dépressif récurrent de degré sévère avec syndrome somatique, de cure d'endométriiose vésicale (2001), d'hystérectomie totale (2002), de chirurgie de l'obésité avec pose d'un anneau gastrique (2003), ainsi que d'hypertension artérielle systolo-diastolique à vérifier par le biais du médecin-traitant. Au chapitre des conclusions assécurologiques, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé les éléments suivants:

"Au vu des éléments qui précèdent, et en raison de l'important syndrome dépressif dont est affectée cette patiente, l'examineur est d'avis que la fibromyalgie de Madame J.\_\_\_\_\_ s'avère invalidante et que cette dernière ne pourra pas reprendre probablement une activité professionnelle quelconque. De la sorte, l'expert soussigné propose que l'OAI pour le Canton de Vaud prenne en charge le plus rapidement possible Madame J.\_\_\_\_\_, pour que cette dernière puisse être indemnisée par une rente entière, vu ses importants troubles psychiques.

**Réponses aux questions de la Caisse X. \_\_\_\_\_, Organisation de Santé sise à [...]**

(...)

**3) Avez-vous des remarques à formuler concernant les investigations, le traitement et le pronostic de l'affection actuelle?**

Cette assurée a été traitée dans les règles de l'art, tant par sa rhumatologue, la Dresse V. \_\_\_\_\_ de [...] que par son psychiatre, le Dr N. \_\_\_\_\_, également à [...].

**4) Quelle est la capacité de travail dans l'emploi actuel d'auxiliaire de santé au taux de 50%?**

Il est probablement définitivement nul.

**5) Dans l'alternative où l'incapacité de travail serait tout ou partiellement due aux conditions de travail, en cas de résiliation des rapports de travail, dans quel laps de temps peut-on considérer qu'une capacité de travail partielle ou totale peut à nouveau être reconnue sur le marché du travail ?**

Probablement jamais.

**6) Dans l'alternative où nous serions en présence d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux, vous aurez l'obligeance, comme l'exige la jurisprudence du Tribunal Fédéral des Assurances (TFA), de répondre aux questions suivantes :**

*a) L'assurée présente-t-elle une comorbidité psychiatrique manifeste ?*

Oui, Madame J. \_\_\_\_\_ présente un trouble dépressif récurrent de degré sévère colligé au niveau de la CIM 10 sous l'item F33. Ce trouble dépressif est présent depuis l'année 2004.

*b) L'assurée présente-t-elle une affection corporelle chronique ou un processus maladif s'étendant sur plusieurs années et sans rémission durable ?*

Absolument. Cette patiente souffre d'un syndrome fibromyalgique depuis déjà plusieurs années.

*c) L'assurée présente-t-elle une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ?*

Oui. Cette assurée vit recluse à domicile sans contacts sociaux ni amis.

*d) L'assurée présente-t-elle un état psychique cristallisé ?*

Absolument. Elle n'a pas répondu aux antidépresseurs ni à la psychothérapie de soutien du Dr N.\_\_\_\_\_.

e) *L'assurée présente-t-elle des échecs à des traitements conformes aux règles de l'art?*

Prière de vous référer au point 3 du présent questionnaire.

(...)"

**c)** Dans un rapport du 23 octobre 2007 à l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente de trouble de l'adaptation, avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), existant depuis 2000, et de modifications durables de la personnalité (F62.1), existant depuis 2005. Il a attesté une incapacité de travail de 100% depuis le 21 septembre 2006 aussi bien dans l'activité habituelle d'auxiliaire de soins à domicile que dans toute activité, en raison d'une invalidation par pathologie psychique et somatique complexe. Ce rapport retient notamment ce qui suit:

"(...)

Portugaise du Nord, vient en Suisse avec son mari en [...]. Elève une fille née en [...]. Parents au pays, ainsi qu'une soeur. Bonne adaptation en Suisse. En 2000 opération vésicale pour ablation d'un nodule endométriosique. 2001 hystérectomie totale pour endométriose et traitement hormonal. 2004 banding gastrique pour obésité et syndrome métabolique. Obésité depuis l'adolescence. Après opération perd 34 kgs en 15 mois. Décès de sa mère par infarctus en [...] 2005.

Se plaint de manque de forces, d'anhédonie, d'épuisement par insomnies, d'idées noires, de ruminations, de sentiments d'inutilité, de dévalorisation, de troubles de la concentration, de l'appétit, de photophobie, de céphalées, de pleurs incoercibles, d'irritabilité, de repli sur elle-même.

Patiente obèse, soignée au facies triste, dolente, se sent inutile, à la charge de son mari; revient inlassablement sur sa santé déficiente, les traitements lourds, les nombreuses opérations, se sent accablée par le sort, se sent inutile, réduite à la souffrance et l'inaction, incapable de contrôler ses pleurs, ses sautes d'humeur. Profondément dévalorisée, évite les contacts sociaux, les sorties.

Cette jeune mère de famille, bien adaptée en dépit de son obésité depuis une hystérectomie totale pour endométriose. Dévalorisation, troubles de l'humeur, troubles hormonaux. Elle travaille irrégulièrement depuis fin 2004.

L'émancipation de sa fille, le décès de sa mère viennent compliquer une adaptation très compromise par le deuil difficile de sa féminité. Le pronostic est sombre.

La psychothérapie de soutien, le traitement anti-dépresseur et anxiolytique apportent peu de soulagement à une symptomatologie complexe."

Dans un rapport médical du 18 décembre 2007 adressé à l'OAI, accompagné de 40 annexes (ayant essentiellement trait à l'évolution post-opératoire du cerclage gastrique), le Dr T. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de status post cerclage gastrique en 2002 pour obésité, d'état dépressif, de polyarthrite et de discopathies C4-C6 et L4-L5. Il a estimé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et que l'exigibilité dans une autre activité devrait être décidée à la suite d'un examen pluridisciplinaire.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assurée à l'examen de son Service médical régional (ci-après: SMR), qui a préconisé un examen rhumatologique et psychiatrique de l'intéressée. Dans un rapport du 20 mars 2008 faisant suite à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 6 mars 2008, les Drs K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et U. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et physiothérapie, ont estimé que l'assurée ne présentait aucun diagnostic ayant des répercussions sur sa capacité de travail tant sur le plan somatique que psychique. Dans leur appréciation du cas, les Drs K. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_ ont fait état des éléments suivants:

"(...)

L'examen clinique SMR réalisé ce jour ne met en évidence aucune atteinte d'ordre somatique significative pouvant être responsable d'incapacités de travail de longue durée chez cette assurée. L'examen rhumatologique n'a pas mis en évidence de limitations dans les amplitudes articulaires, hormis celle mise en avant par une attitude oppositionnelle et plaintive de l'assurée. L'examen sur le plan neurologique est parfaitement dans les limites de la norme physiologique avec absence de mise en évidence de phénomène déficitaire quelconque. L'examen de médecine générale met en évidence 18/18 points selon Smythe en faveur d'un processus de type fibromyalgie, associés à tous les signes de non organicité selon Waddel (5/5 en faveur d'un processus non organique).

Les documents radiologiques mis à disposition mettent en évidence des troubles dégénératifs mineurs au niveau du rachis cervical et du

rachis lombaire, en adéquation avec l'âge de l'assurée et les antécédents de surcharge pondérale massive présentée par l'assurée.

En conclusion, aucune atteinte à la santé à caractère incapacitant de longue durée n'a été mise en évidence sur le plan somatique à la suite de l'examen clinique réalisé ce jour au SMR. Cette assurée présente aux yeux des examinateurs une pleine capacité de travail sur le plan somatique dans ses activités antérieures (auxiliaire ménagère au CMS).

L'anamnèse psychiatrique ne met pas en évidence une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée avant sa première opération pour une endométriose. Au début 2001, Madame J. \_\_\_\_\_ va commencer à présenter une symptomatologie dépressive réactionnelle à sa situation somatique. Son médecin traitant va introduire un traitement antidépresseur et, malgré les différents arrêts dus à d'autres interventions chirurgicales, une aggravation de l'intensité de la symptomatologie n'est pas constatée (hospitalisation en milieu psychiatrique, tentative de suicide). En juillet 2003, l'assurée va bénéficier d'anneaux gastriques, afin de pouvoir perdre du poids. Durant l'année 2004, l'assurée a de la peine à supporter les restrictions dues aux anneaux et à la fin de l'année a lieu le décès de sa mère. Dans le contexte du deuil, l'assurée va présenter une symptomatologie dépressive, motif pour lequel elle est adressée chez le Dr N. \_\_\_\_\_, qui va proposer une psychothérapie.

En décembre 2006, dans le contexte de ruminations existentielles liées au décès de sa mère, l'assurée va préparer un cocktail pour faire un passage à l'acte suicidaire. Toutefois, elle dit qu'une "présence" l'a empêchée de passer à l'acte. Dans ce contexte, son médecin traitant lui propose d'aller au Portugal et de faire un travail de deuil au cimetière auprès de la tombe de sa mère. Cette prescription va se répéter en janvier 2007, cette fois l'assurée est allée cinq jours. Cette dépression chronique de l'humeur, réactionnelle à sa situation somatique et au décès de sa mère, accompagnée d'une mauvaise image de soi, d'un sentiment d'inutilité, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables et de ruminations rentrent dans le contexte d'une dysthymie. Toutefois, Madame J. \_\_\_\_\_ est capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Elle peut préparer des repas, lire et faire des promenades avec des amis. Etant [donné] que la dysthymie commence quand l'assurée a 40 ans, elle est à début tardif. D'après la CIM-10, la dysthymie est [d']une sévérité insuffisante pour justifier même un trouble dépressif d'intensité légère ou moyenne, motif pour lequel une répercussion sur la capacité de travail de longue durée n'est pas retenue. L'anamnèse professionnelle permet de confirmer ceci, l'assurée a eu une activité à 50% comme auxiliaire de ménage dans un centre médico-social, entre 2000 et 2006. Elle travaillait à 50%, étant donné qu'un contrat de plus de 60% n'était pas possible.

L'examen psychiatrique au SMR ne permet pas de constater une symptomatologie psychotique ou anxieuse. L'assurée présente un

sentiment de détresse lié à ses douleurs, accompagnées de ruminations existentielles, d'une mauvaise image de soi, d'un sentiment d'inutilité et d'une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables. Des troubles cognitifs (attention, concentration et mémoire) ne sont pas constatés.

En ce qui concerne la jurisprudence vis-à-vis d'un trouble somatoforme douloureux, dont la fibromyalgie est un équivalent, une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa durée n'est pas constatée. En ce qui concerne le cercle familial, voire même social, une perte d'intégration sociale n'est pas observée. Ainsi, les critères de sévérité de la jurisprudence ne sont pas constatés.

En ce qui concerne l'expertise pluridisciplinaire du Dr F. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH de médecine interne et porteur d'une attestation de médecine psychosomatique et psychosociale, attestation qui ne fait pas partie des conditions FMH pour le titre de psychiatre et psychothérapeute) du 13.06.2007, qui retient qu'il est vrai que les différents épisodes réactionnels dépressifs décrits par l'assurée pourraient être retenus dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent. Toutefois, depuis sa première opération, Madame J. \_\_\_\_\_ présente une humeur dépressive chronique, fluctuante, réactionnelle à sa situation somatique, motif pour lequel nous retenons le diagnostic de dysthymie. A la page 12, l'expert dit: "Parallèlement, cette patiente présentait encore un trouble dépressif récurrent de degré moyen à sévère, tel qu'il sera attesté par son psychiatre, le Dr N. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute à [...], dans un certificat médical du 13.11.2006."

Cependant, dans son certificat médical du 23.10.2007, le Dr N. \_\_\_\_\_ retient comme diagnostic un trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive et une modification durable de la personnalité. En page 2, il décrit une symptomatologie réactionnelle à ses difficultés somatiques et au décès de sa mère. A nouveau, ceci confirme le diagnostic de dysthymie retenu par l'examineur. Toutefois, le trouble de l'adaptation n'est pas d'une sévérité suffisante pour retenir une répercussion sur la capacité de travail de longue durée. Les deux difficultés principales mises en avant par le Dr N. \_\_\_\_\_, c'est-à-dire le deuil de sa féminité et de sa mère, à l'origine de la symptomatologie dépressive chronique, peuvent bénéficier d'une psychothérapie et dans ce sens, elles ne rentrent pas dans le contexte d'une maladie mentale.

(...)

En l'absence de mise en évidence d'atteinte à la santé à caractère incapacitant sur le plan somatique ou psychiatrique, nous estimons que cette assurée présente une pleine capacité de travail dans son activité antérieure d'auxiliaire de ménage au CMS. Les incapacités de travail attestées par le médecin traitant ne sont pas justifiées sur le plan médical.

Concernant la capacité de travail exigible, en l'absence de mise en évidence d'atteinte à la santé à caractère incapacitant, cette

assurée présente une pleine capacité de travail dans son activité antérieure d'auxiliaire de ménage.

L'évaluation de la capacité de travail ne tient compte que des atteintes à la santé objectives mis en évidence par l'examen clinique de ce jour, le dossier médical fourni et les documents radiologiques mis à disposition. La symptomatologie algique chronique (fibromyalgie) n'a pas été retenue pour l'évaluation de la capacité de travail résiduelle. Une telle atteinte à la santé (fibromyalgie) ne peut être considérée comme invalidante qu'en présence de pathologie d'ordre psychiatrique à caractère invalidant préexistant, de comorbidité psychiatrique invalidante ou de signe de gravité selon la jurisprudence.

Sur le plan psychiatrique, elle [la capacité de travail exigible] est de 100%.

(...)"

**d)** Par décision du 10 décembre 2008 (dont la motivation figure dans un courrier séparé portant la même date) confirmant un projet de décision du 29 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations présentée par l'assurée, en exposant en substance que cette dernière travaillait depuis septembre 2000 à mi-temps comme auxiliaire de ménage, qu'elle avait été examinée le 6 mars 2008 par un rhumatologue et un psychiatre au SMR et que ces spécialistes concluaient à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle d'auxiliaire de ménage, sans limitation fonctionnelle sur le plan somatique ou psychiatrique. En outre, le rapport du 20 mars 2008 des Drs K. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante, puisqu'il se basait sur des examens complets et que ses conclusions étaient claires, exemptes de contradictions et dûment motivées.

Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, par arrêt du 19 avril 2010 (AI 51/09 - 157/2010), admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il procède à la mise en œuvre d'une "expertise indépendante afin de disposer d'éléments fiables et complets sur l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée ainsi que sur la réalisation des autres critères déterminants selon la jurisprudence". Au surplus, constatant que la recourante avait indiqué dans un complément à sa demande (formulaire 531bis) que si elle était en bonne

santé, elle travaillerait à 50 %, le Tribunal a invité l'OAI à calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assurée était affectée dans l'exercice d'une activité lucrative et dans l'accomplissement des autres travaux habituels.

**B. a)** Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a chargé la Clinique W.\_\_\_\_\_ de procéder à l'examen de l'assurée, laquelle y a séjourné du 15 au 17 novembre 2010 afin de réaliser des examens cliniques rhumatologique et psychiatrique, avec évaluation des capacités en milieu professionnel. Dans un rapport de synthèse du 6 décembre 2010, les Dresses B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et S.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée de syndrome douloureux somatoforme persistant chez une personnalité à traits dépendants et de trouble dysthymique. Dans le cadre de l'appréciation du cas, elles ont notamment exposé ce qui suit (rapport de synthèse, p. 9-11):

#### **"Appréciation**

(...).

Depuis toutes ces années, Mme J.\_\_\_\_\_ présente la persistance de douleurs ubiquitaires chroniques, ne lui laissant pas de répit. Actuellement, elle cote en moyenne sa douleur à un niveau d'intensité élevé (70/100 sur l'EVA). Les symptômes consistent en des douleurs articulaires diffuses et ubiquitaires de topographie mal systématisée. Le handicap perçu est également considérable. Mme J.\_\_\_\_\_ parvient à peine à assumer son ménage.

Malgré une bonne collaboration, l'examen physique est perturbé par un comportement douloureux, comme l'attestent une allodynie diffuse avec de nombreux points de fibromyalgie, ainsi que la présence de signes de Kummel et Waddell pour la lombalgie. De même, il est impossible d'interpréter les tests s'appuyant sur la réponse douloureuse, de simples stimulus peu importants entraînant de fortes douleurs et des réactions de retrait. L'examen des articulations et du rachis est toutefois peu relevant, sans restriction en particulier des amplitudes.

Les documents d'imagerie révèlent une discrète protrusion discale L4-L5 sur l'IRM lombaire de 2010, sans signe de compression radiculaire. Les radiographies de la colonne cervicale et lombaire faites en 2005 montrent de discrets troubles dégénératifs avec une ostéophytose antérieure en C4-C5 et C5-C6 ainsi qu'en L2-L3 et L3-L4. L'absence de signe clinique pouvant orienter le diagnostic vers

une atteinte précise ne nous pousse pas à effectuer d'autres examens.

Au terme du bilan médical actuel, on se trouve face [à] une femme de 51 ans présentant des douleurs chroniques intenses, diffuses, chez qui les constatations objectives sont insuffisantes à expliquer l'intensité de la douleur et le handicap perçu.

Mme J.\_\_\_\_\_ démontre à l'évaluation des capacités fonctionnelles le même comportement qu'elle a affiché lors de l'évaluation médicale. Le score de 28 atteint au PACT [appréciation de ses propres capacités professionnelles par le sujet] donne à penser qu'elle ne peut s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Or, lors des tests proprement dits, on doit admettre qu'elle sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. Elle met fin prématurément à la tâche avant que l'évaluatrice ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. Durant l'évaluation, la volonté de donner le maximum aux différents tests a donc été jugée insuffisante et le niveau de cohérence relevé comme faible. Dans ces conditions, l'ECF [évaluation des capacités fonctionnelles] ne permet de mesurer que la performance à laquelle Mme J.\_\_\_\_\_ a bien voulu consentir, et non le niveau d'effort qu'elle est capable d'atteindre dans la vie réelle.

Certains éléments ressortent également des observations faites lors de l'évaluation en ateliers professionnels. Si Mme J.\_\_\_\_\_ a appliqué les consignes sans difficulté et s'est adaptée au programme simple proposé, elle démontre également un rendement nettement en dessous de la norme. Son employabilité paraît, sur la base de ce qu'elle a montré en ateliers professionnels, sujette à caution. Ces constatations donneraient à penser que ce sont des facteurs non lésionnels qui créent un obstacle au retour à une activité professionnelle.

Ces constatations nous amènent à analyser quelles sont les singularités psychiques qui conditionnent cette autolimitation observée lors de l'ECF et en ateliers professionnels avant d'en préciser l'influence sur la capacité de travail. Lors de l'entretien psychiatrique, Mme J.\_\_\_\_\_ se présente comme une femme de 51 ans, s'exprimant de façon correcte et répondant de façon adéquate. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni d'état d'agitation, et elle ne se montre ni agressive ni revendicatrice. Les douleurs multiples et la dépression chronique sont au centre de son discours et décrites comme à l'origine des difficultés à reprendre une activité professionnelle. L'examen psychiatrique relève la persistance d'une instabilité de l'humeur de degré léger à moyen. On ne trouve pas d'élément en faveur d'une anxiété pathologique ni d'élément psychotique floride, mais des indices en faveur d'un trouble de la personnalité à traits dépendants.

Un syndrome douloureux somatoforme persistant peut donc être retenu chez cette assurée exprimant des douleurs [...] diffuses et multiples, sans substrat organique démontrable propre à les expliquer. Ce diagnostic a déjà été évoqué par les médecins traitants et experts. Les douleurs de Mme J.\_\_\_\_\_ se situent dans un contexte psychosocial délétère, et particulièrement suite à l'hystérectomie et la pose d'un anneau gastrique, puis suite au

décès de sa mère où un état dépressif réactionnel et un trouble de l'adaptation ont été déjà mentionnés dans son dossier. Les différents traitements entrepris à ce jour, que ce soit à visée somatique ou psychique, ne l'ont aidée que partiellement. L'assurée a finalement adopté un comportement d'invalidé. Une amélioration de son état est toutefois constatée lors de vacances au Portugal.

Concernant la co-morbidité psychiatrique, l'assurée présente encore actuellement une symptomatologie dépressive. Plusieurs plaintes psychiques demeurent, de degré léger à moyen, mais qui ne l'empêchent cependant pas de conserver une vie familiale et sociale. Au vu de sa durée, il paraît juste de retenir un diagnostic de fond de trouble dysthyrnique à début tardif. Ce trouble vaut pour un tempérament dépressif qui altère la qualité de vie, mais pas de façon dramatique le fonctionnement personnel ni social. Le trouble dépressif majeur reste de degré léger en l'absence de critère de gravité. Concernant la personnalité, il y a des traits de personnalité dépendante avec une demande d'attention et d'affection qui sont en relation avec un mode de fonctionnement et non pas avec une pathologie mentale au sens strict du terme.

En conclusion, le tableau psychiatrique actuel ne semble plus correspondre à celui décrit par les experts en 2007. On observe ainsi une amélioration de la symptomatologie dépressive malgré la persistance d'un syndrome douloureux somatoforme de degré léger à moyen. Ce dernier ne remplit pas les critères de gravité définis par la jurisprudence pour la reconnaissance d'une incapacité de travail. Au terme de l'entretien de synthèse, les experts admettent que, d'un point de vue somatique, il n'y a pas de limitation de la capacité de travail dans une quelconque activité, en particulier dans l'activité de femme de ménage rémunérée. De même, dans l'activité de ménagère à domicile et dans une activité adaptée, une pleine capacité est également exigible, et ce depuis 2006.

En ce qui concerne l'atteinte psychiatrique, un trouble dépressif récurrent aurait justifié, si l'on se base sur les rapports qui figurent au dossier, une incapacité de travail totale depuis le 21 septembre 2006. Ne retenant pas de diagnostic retentissant sur la capacité de travail, l'expertise psychiatrique de l'AI de mars 2008 a toutefois démenti ces conclusions. Nous ne disposons pas de rapport signifiant clairement à quel moment l'amélioration du trouble dépressif est intervenue. On peut sans doute faire remonter cette amélioration à l'année 2008.

Pour ce qui est de la présente expertise, les troubles psychiques de Mme J. \_\_\_\_\_ ne retentissent actuellement plus sur sa capacité de travail. En d'autres termes, la capacité de travail exigible de la part de l'assurée est de 100%, et ce théoriquement dans toute activité".

Par avis médical du 25 janvier 2008, le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin au SMR a, après examen du rapport de la Clinique W. \_\_\_\_\_ du 6 décembre 2010, exposé ce qui suit:

"Les problèmes de santé retenus en page 8 sont un syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 chez une personnalité à

traits dépendants et un trouble dysthymique. En page 10, il est écrit qu'au terme de l'entretien de synthèse, les experts admettent que d'un point de vue somatique, il n'y a pas de limitation de la capacité de travail dans une quelconque activité, en particulier dans celle de femme de ménage.

D'un point de vue psychiatrique, il est écrit en page 11 pour ce qui est de la présente expertise, les troubles psychiques de Mme J.\_\_\_\_\_ ne retentissent actuellement plus sur sa capacité de travail. En d'autres termes, la capacité de travail exigible de la part de l'assurée est de 100% et ce théoriquement dans toute activité.

Pour rappel, dans son rapport médical du 23 octobre 2007, le Dr N.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH retenait comme diagnostic existant depuis 2000, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, codée F43.22 dans la CIM-10, soit la présence simultanée au premier plan de symptômes anxieux et dépressifs dont la sévérité ne dépasse pas celle d'un trouble anxieux et dépressif mixte ou d'un autre trouble anxieux et dépressif mixte.

La CIM-10 décrit le trouble anxieux et dépressif mixte, comme la combinaison possible de symptômes relativement légers de ces troubles. Il s'agit donc de la combinaison relativement légère de symptômes anxieux et dépressifs. Il n'y a donc pas de trouble de l'humeur au sens du cluster F30-F39.

En page 10, les experts laissent entendre que l'incapacité de travail a été totale du 21 septembre 2006 à une date antérieure au début de l'année 2008.

Il convient donc de conclure que pour des raisons psychiatriques, un trouble dépressif récurrent, l'incapacité de travail a été totale du 21 septembre 2006 à fin décembre 2007, date à laquelle une amélioration a fait jour.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, la capacité de travail est totale dans toute activité du monde de l'économie".

Dans le cadre du rapport d'enquête économique sur le ménage du 25 mars 2011, l'enquêtrice a proposé de retenir le statut de 50 % active et de 50 % ménagère, l'assurée ayant confirmé les indications qu'elle avait fournies sur le formulaire 531bis complété le 31 mai 2011.

L'invalidité subie par l'assurée dans les diverses activités concernées y est établie comme suit:

### **Travaux Pondération Empêchement Invalidité**

- Conduite du ménage (planification, organisation, répartition du travail, contrôle)  
3 % 50 % 1.5 %
- Alimentation (préparation, cuisson, service, nettoyage de la cuisine, provisions)  
39 % 20 % 7 %
- Entretien du logement (épousseter, aspirateur, entretien des sols, nettoyer les vitres, faire les lits)  
20 % 30 % 2 %

- Emplettes et courses diverses (poste, assurances, services officiels)  
8 % 20 % 1.6 %
- Lessive et entretien des vêtements (laver, suspendre, ramasser, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures)  
20 % 20 % 4 %
- Soins aux enfants ou autres membres de la famille 0 % 0 % 0 %
- Divers 10 % 80 % 8 %

**Total** 100 % 28.1 [recte: 24.1]%

Au chapitre des "conclusions et observations", l'enquêtrice a exposé les éléments suivants:

"Lors de l'entretien, l'assurée est très plaintive, les larmes coulent facilement. Elle est en robe de chambre alors qu'elle a un rendez-vous chez son psychiatre dès la fin de notre discussion. Elle paraît très déprimée, nous reçoit dans un appartement avec stores baissés.

Les dires de l'assurée et de son mari ne concordent pas avec ceux de l'avis SMR du 25.01.2011 qui affirme une CT de 100% dans toutes activités même dans les tâches ménagères dès début 08.

Les empêchements ont été calculés en tenant compte des limitations physiques, sans tenir compte des dires de rassurée et de son mari. Madame J.\_\_\_\_\_ pourrait faire son ménage en laissant les travaux lourds pour son mari. Les nombreuses opérations abdominales ne lui permettent pas de faire de gros efforts.

Si des limitations psychiques pouvaient être reconnues, ils seraient bien plus importants.

Le jour de l'enquête, l'intéressée est très émotive, pleure. Son mari contacté par téléphone affirme que depuis d'années, lui et sa fille ont repris la direction du ménage. Il essaie de stimuler son épouse à faire les choses par elle-même, dit être fatigué, ne sait plus ce qu'il doit faire, ne voit aucune amélioration, l'état psychique de sa femme s'aggrave, selon lui. Les bons jours sont rares.

De toute évidence, l'assurée reçoit, depuis de nombreuses années, un soutien important de son mari et de sa fille qui se sont mobilisés pour faire les choses à sa place. Malgré la stimulation quotidienne de son entourage à l'encourager à participer plus activement aux tâches ménagères, Madame J.\_\_\_\_\_ ne prend souvent aucune initiative pendant l'absence de sa famille, reste couchée en chemise de nuit. Elle se sent stressée dès que son mari fatigué la stimule un peu plus énergiquement que d'habitude, va manifester son malaise par une aggravation de son trouble de l'humeur, ce que Monsieur J.\_\_\_\_\_ veut éviter.

Le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ psychiatre (remplaçant du Dr N.\_\_\_\_\_ ) ne figure pas dans le dossier médical. Il semble qu'il pourrait amener des informations importantes sur l'état psychique actuel de notre assurée".

**b)** En date du 5 mai 2011, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision dans le sens de l'octroi d'un trois quarts de rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 21 septembre 2007 (à l'échéance du délai

d'attente d'une année) au 31 mars 2008 (après trois mois d'amélioration). Il a ainsi considéré que sans atteinte à la santé, l'assurée ne travaillerait qu'à 50 %, les 50 % restant étant consacrés à la tenue de son ménage. L'OAI a retenu que d'un point de vue somatique, il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail, alors que sur le plan psychiatrique, un trouble dépressif récurrent justifiait une incapacité de travail du 21 septembre 2006 à la fin décembre 2007. A cette date, une amélioration avait fait jour, de sorte que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, la capacité de travail était de 100% dans toute activité lucrative. Pour la période précédant le 1<sup>er</sup> janvier 2008, compte tenu d'un empêchement total dans l'activité professionnelle, exercée à 50 %, et d'un empêchement de 24.1% dans l'activité ménagère, exercée à 50 %, l'OAI a constaté que l'invalidité globale se montait à 62.05 %, ouvrant le droit à un trois quarts de rente. Par la suite, l'OAI a considéré que la capacité de travail était à nouveau entière dans l'activité habituelle d'auxiliaire de ménage, de sorte que le droit à la rente n'était plus ouvert.

Dans le cadre de la procédure de contestation, l'assurée, désormais représentée par la juriste Nadine Frossard, a produit un rapport médical du 24 mai 2011 du Dr Z.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'intéressée depuis novembre 2007, lequel a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère et de probable réaction de deuil pathologique.

Dans un rapport médical du 3 août 2011 à l'OAI, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics posés dans son rapport du 24 mai 2011. Il a notamment relevé les éléments suivants:

"1.4 (...).

Appréciation: A mon sens, l'incapacité de travail et l'état dépressif persistant et relativement figé de Madame J.\_\_\_\_\_ me semblent à mettre en relation d'une part avec le syndrome douloureux chronique et la succession d'opérations vécues parfois de manière traumatisante, d'autre part avec le deuil passablement pathologique que la patiente fait encore de sa mère. La patiente a en effet fortement investi la relation avec cette dernière, sur un mode symbiotique et identificatoire, se la représentant comme une sorte de *mater dolorosa* idéalisée, une sainte femme percluse de douleurs

jusqu'à la fin de ses jours et ayant continué malgré tout à distribuer des aumônes à son entourage. Cela lui a sans doute permis de conserver un lien avec sa mère et de ne pas s'effondrer plus complètement dans son actuelle et difficile situation de vie. De plus, les difficultés rencontrées tant sur le plan asséculoologique que sur le plan de la santé viennent peut-être même encore renforcer chez la patiente ce processus d'identification à une mère à la fois martyr et sainte.

#### Pronostic

En ce qui concerne la capacité de travail, le pronostic me paraît peu favorable. Je n'ai observé pour ma part aucune amélioration évidente au début de l'année 2008, qui aurait permis à la patiente de reprendre une activité professionnelle. Bien plus, la situation et l'état de santé me paraissent être restés au mieux similaires ce qu'ils étaient auparavant, pour ne pas dire plus graves qu'auparavant. Depuis maintenant plusieurs années, Madame J.\_\_\_\_\_ se donne beaucoup de mal pour "positiver" courageusement sa situation et ne pas se plaindre inutilement, mais elle peine à faire reconnaître une souffrance pourtant évidente à mes yeux et à ceux de son entourage (même si il y a parfois de petites améliorations qui ne sont cependant jamais bien longues). De plus, cette attitude courageuse et positive se retourne même contre elle, car les différentes évaluations de l'Assurance Invalidité et les expertises médicales ne cessent de relever l'absence d'hospitalisation psychiatrique ou de tentatives de suicide, ce qui aboutit à minimiser la gravité de l'état dépressif et à conclure ainsi à un diagnostic de dysthymie plutôt qu'à celui de véritable trouble dépressif.

#### 1.5

##### Nature et importance du traitement actuel

Le traitement actuel associe une médication antidépressive, anxiolytique et hypnotique à des entretiens à fréquence et durée variable selon les besoins (au début chaque semaine, puis ensuite à quinzaine environ depuis août 2008)".

Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a annexé à son rapport un courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2010 qu'il avait adressé à la Dresse B.\_\_\_\_\_ de la Clinique W.\_\_\_\_\_. Il retenait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, associé à une fibromyalgie et à un deuil pathologique.

Par avis médical du 24 août 2011, le Dr H.\_\_\_\_\_ a estimé que le status psychiatrique et les plaintes de l'assurée contenues dans le courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2010 du Dr Z.\_\_\_\_\_ étaient similaires à ceux relevés par les médecins de la Clinique W.\_\_\_\_\_, raison pour laquelle il s'agissait d'une appréciation différente d'une situation similaire. En outre, dans son rapport du 3 août 2011, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a retenu un épisode dépressif actuel moyen à sévère, ce qui n'était pas une aggravation depuis le rapport de décembre 2010 qui qualifiait de sévère l'épisode dépressif.

Selon le Dr H.\_\_\_\_\_, le contenu de ce rapport, précis avec souci du détail, n'apportait ni élément nouveau, ni aggravation des signes-symptômes/critères diagnostics d'un épisode dépressif au sens de la CIM-10.

Par décision du 30 janvier 2012, dont la motivation figure dans un courrier séparé du 12 décembre 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 5 mai 2011.

**C.** Par acte de son mandataire du 7 mars 2012, J.\_\_\_\_\_ interjette recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et conclut à son admission, ainsi que, principalement, à la réforme de la décision du 30 janvier 2012 en ce sens que sa demande de rente d'invalidité soit acceptée, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision, voire pour une nouvelle expertise pluridisciplinaire neutre et indépendante. Elle soutient qu'elle remplit les critères permettant de conclure, selon la jurisprudence, qu'elle souffre de troubles invalidants. Elle ajoute que la décision entreprise est arbitraire pour plusieurs motifs. Elle se demande ainsi comment l'intimé a pu fixer au mois de janvier 2008 la date à laquelle son état de santé s'est amélioré. Cette appréciation serait sans fondement, sans référence et contraire aux avis des Drs Z.\_\_\_\_\_ et [...] [recte: V.\_\_\_\_\_]. Dans son rapport du 6 décembre 2010, la Clinique W.\_\_\_\_\_ se serait uniquement basé sur les conclusions du rapport d'expertise du SMR du 20 mars 2008, comme si rien d'autre n'avait de valeur à ses yeux. Par ailleurs, la recourante s'étonne que le rapport du 3 août 2011 du Dr Z.\_\_\_\_\_ n'ait pas été pris en considération, si bien qu'elle se demande pour quelle raison il a été sollicité. Elle produit, enfin, deux courriers du Dr Z.\_\_\_\_\_ des 7 et 13 février 2012.

Dans sa réponse du 14 mai 2012, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il considère que les avis médicaux des 3 août 2011 et 7 février 2012 du Dr Z.\_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à mettre en doute les conclusions des experts de la Clinique W.\_\_\_\_\_, car ils n'ont pas la même exhaustivité que le rapport

d'expertise de la Clinique W.\_\_\_\_\_. Enfin, l'intimé constate que le Dr Z.\_\_\_\_\_ a émis une appréciation différente d'une même situation. L'intimé produit un avis médical du 9 mai 2012 du Dr H.\_\_\_\_\_

Dans ses déterminations du 6 juin 2012, la recourante confirme les conclusions prises dans le cadre de son recours, soutenant que la rente limitée dans le temps ne repose sur aucune évaluation probante, ni base objective crédible.

### **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 LAI [loi 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).

**b)** Interjeté le 7 mars 2012, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres exigences légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), si bien qu'il y a lieu d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente (entière) d'invalidité, singulièrement sur l'existence d'une atteinte à la santé invalidante au sens de la loi dès le 1<sup>er</sup> septembre 2007, soit à l'issue du délai d'attente d'un an.

**a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une

infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% 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).

**c)** 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).

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). Dans son arrêt du 28 juin 2011 (postérieur à l'arrêt rendu le 19 avril 2010 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AI 51/09 -

157/2010), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence, disant qu'à l'avenir, l'assuré aura droit, quand l'instruction menée par l'AI ne débouche pas, sur des points importants, sur des résultats suffisamment clairs, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à savoir auquel le tribunal doit procéder, et non l'administration (ATF 137 V 210). Le juge ne s'écarter 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 352 consid. 3b/aa et les références).

**d)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF, 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C\_547/2008

du 19 juin 2009, consid. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

Sous réserve d'une gravité particulière, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale, sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

**3.** En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante n'a plus exercé d'activité lucrative depuis le 21 septembre 2006. Selon ses déclarations (formulaire 531 bis du 31 mai 2011), elle aurait toutefois repris un emploi à 50% depuis son arrêt de travail, si elle n'avait pas été en incapacité de travail. Lors de l'enquête économique sur le ménage (rapport d'enquête daté du 25 mars 2011), il a été proposé de retenir le statut de 50% active et 50% ménagère, taux finalement confirmés par l'intimé et qui n'ont pas été contestés par la recourante. Il en découle qu'il convient d'appliquer la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (ATF 130 V 393).

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

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

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

**4.** Il s'agit tout d'abord de déterminer la capacité résiduelle de travail de la recourante (part active).

**a)** Sur le plan somatique, tant le rapport du SMR du 20 mars 2008 que celui de la Clinique W. \_\_\_\_\_ du 6 décembre 2010 s'accordent à reconnaître que la recourante présente essentiellement des troubles dégénératifs mineurs au niveau du rachis cervical et du rachis lombaire, en adéquation avec l'âge de l'assurée et les antécédents de surcharge pondérale massive présentée par la recourante. Les documents d'imagerie ont en effet révélé une discrète protrusion discale L4-L5 sur l'IRM lombaire de 2010, sans signe de compression radiculaire. Les radiographies de la colonne cervicale et lombaire pratiquées en 2005 montrent de discrets troubles dégénératifs avec une ostéophytose antérieure en C4-C5 et C5-C6 ainsi qu'en L2-L3 et L3-L4. Les expertes de la Clinique W. \_\_\_\_\_ ont en outre exclu toute diminution de la capacité de travail en raison d'autres pathologies somatiques à savoir notamment l'obésité morbide avec cerclage gastrique en 2003, l'hystérectomie et l'ovariectomie, ainsi que des cures de tunnel carpien (rapport du 6 décembre 2010, p. 8). Les douleurs diffuses et multiples dont fait état la recourante ne trouvent pas dès lors pas d'explication au vu de l'absence de substrat organique démontrable, la Dr V. \_\_\_\_\_ écartant au demeurant un éventuel rhumatisme inflammatoire métabolique ou endocrinien (rapport médical du 11 juin 2007).

Sur la base de l'examen rhumatologique pratiqué, les expertes de la Clinique W. \_\_\_\_\_ ont toutefois retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, diagnostic qui avait déjà été évoqué avec celui de fibromyalgie par les experts du SMR, ainsi que par les médecins traitants de la recourante. Il convient toutefois de rappeler qu'un tel diagnostic ne peut se voir reconnaître exceptionnellement un caractère invalidant qu'aux conditions posées par la jurisprudence (cf. consid. 2d supra), ce qui sera examiné ci-après.

Au vu de ce qui précède, la Cours de céans s'en tient aux conclusions de l'expertise de la Clinique W.\_\_\_\_\_, à savoir que la recourante présente sur le plan somatique une capacité de travail entière dès 2006 dans l'activité professionnelle habituelle (rapport d'expertise du 6 décembre 2010, p. 10).

**b)** Sur le plan psychiatrique, différents diagnostics ont été évoqués tels qu'un trouble dépressif récurrent de degré sévère avec syndrome somatique, un état dépressif réactionnel et un trouble de l'adaptation, une dysthymie ou une dysthymie à début tardif. Les expertes de la Clinique W.\_\_\_\_\_ ont indiqué que les douleurs de la recourante se situaient dans un contexte psychosocial délétère. L'intéressée vivait en effet une situation difficile d'une femme ayant dû faire face à de nombreux épisodes difficiles de son existence, en particulier les multiples interventions chirurgicales (notamment une hystérectomie et la pose d'un anneau gastrique), ainsi que le décès de sa mère. Ces différents événements stressants de sa vie avaient provoqué chez elle une recrudescence de son état dépressif. Lors de l'examen psychiatrique, la Dresse B.\_\_\_\_\_ n'a constaté aucun ralentissement psychomoteur, ni état d'agitation; la recourante ne se montrait en outre ni agressive ni revendicatrice. L'experte a certes relevé la persistance d'une instabilité de l'humeur de degré léger à moyen, mais qui ne l'empêchait pas d'avoir une vie sociale et familiale. Il y avait également une baisse de l'estime de soi lorsqu'elle évoquait ses problèmes physiques, mais il n'y avait pas de conflit conjugal ni d'autres surcharges psychiques récentes. La recourante n'évoquait pas d'avenir bouché et ne semblait pas désemparée ni désespérée. En l'absence de critères de gravité des états dépressifs tels qu'idées de mort persistante avec scénario, culpabilité pathologique ou sentiment d'impuissance, l'experte a finalement conclu à la présence d'une dysthymie à début tardif. Elle a en outre expliqué pour quels motifs elle ne pouvait retenir un trouble dépressif récurrent, un trouble anxieux ou le diagnostic de deuil pathologique, même après avoir pris connaissance de l'appréciation du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> décembre 2010.

**c)** Dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux, en l'absence d'une comorbidité psychiatrique invalidante chez la recourante, les expertes S.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ ont procédé à l'examen des critères consacrés par la jurisprudence dont l'existence permettrait d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail. Il a ainsi été constaté une diminution de ses contacts à l'extérieur mais sans perte d'intégration sociale. La recourante avait en effet su préserver un réseau social minimal (famille et quelques amies). Une amélioration de son état était même constatée lors de ses vacances au Portugal. Certes, ses douleurs persistaient, malgré les traitements entrepris et elle ne se sentait aidée que partiellement par les psychothérapies et les psychotropes. Les expertes ont toutefois conclu que le syndrome douloureux somatoforme de degré léger à moyen ne remplissait pas les critères de gravité définis par la jurisprudence pour la reconnaissance d'une incapacité de travail.

Face aux expertes de la Clinique W.\_\_\_\_\_ qui retiennent sur le plan psychiatrique le diagnostic de dysthymie à début tardif (F34.1) et nient pour ce motif l'existence d'une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa durée, considérant ainsi que la recourante conserve une pleine capacité de travail dans son activité antérieure d'auxiliaire de ménage, les autres avis médicaux figurant au dossier concordent pour admettre, parallèlement au diagnostic de syndrome somatoforme douloureux, une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Toutefois, les différents rapports des Drs V.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ ne font pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise de la Clinique W.\_\_\_\_\_ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des expertes, ces praticiens n'étant au demeurant pas des spécialistes en psychiatrie. Quant au Dr Z.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de la recourante depuis novembre 2007, il a de manière constante fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère (rapports des 1<sup>er</sup> décembre 2010, 24 mai 2011, 3 août 2011, 7 et 13 février 2012), y compris à l'époque des expertises psychiatriques de l'intéressée par le SMR ou la Clinique W.\_\_\_\_\_. Il sied toutefois de considérer qu'en retenant un status psychiatrique et des plaintes de la recourante (courrier

du 1<sup>er</sup> décembre 2010) similaires à ceux relevés à la même époque par les médecins de la Clinique W.\_\_\_\_\_ (rapport d'expertise du 6 décembre 2010), le Dr Z.\_\_\_\_\_ a manifestement procédé à une appréciation différente d'une situation similaire. Toutefois, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4, p. 175; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr.15, p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'assureur social ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Par conséquent, l'avis exprimé par le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne saurait remettre en cause les diagnostics finalement retenus par la Clinique W.\_\_\_\_\_.

**d)** Contrairement à ce que laisse entendre la recourante, les médecins de la CRR ne se sont pas contentés de reprendre les conclusions de l'expertise du SMR. Les expertes de la Clinique W.\_\_\_\_\_ ont en effet procédé à un examen clinique aussi bien sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique. L'appréciation consensuelle du cas par les Desses S.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ constitue une synthèse convaincante de la situation médicale de la recourante, fondée sur l'anamnèse, les constatations cliniques personnelles, le dossier radiologique et le dossier d'assurance. Le status général et le status psychiatrique de la recourante reposent ainsi sur un examen complet, qui tient compte également de ses plaintes, et les conclusions portant sur la capacité de travail exigible sont motivées. Il appert dès lors qu'une pleine valeur probante doit être accordée au rapport d'expertise de la Clinique W.\_\_\_\_\_. Le rapport précité se fonde en effet sur une anamnèse complète, des examens somatique et psychiatrique convaincants, la prise en compte des éléments radiologiques et des plaintes de la recourante, une appréciation claire et des conclusions dûment étayées. Les conclusions des expertes S.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ sont superposables à celles contenues dans le rapport du

SMR du 20 mars 2008 des Drs K.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_, lesquels avaient retenu les diagnostics de fibromyalgie et de dysthymie à début tardif (F34.1). Ils ont ainsi conclu à l'absence de comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa durée. Relevant qu'en ce qui concernait le cercle familial, voire même social, une perte d'intégration sociale n'était pas observée, ils ont estimé que les critères de sévérité posés par la jurisprudence pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, dont la fibromyalgie était un équivalent, n'étaient pas remplis.

Au vu des éléments précités, c'est dès lors à juste titre que les expertes de la Clinique W.\_\_\_\_\_ ont considéré que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme ne se manifestait pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur complète de la capacité de travail de la recourante ne pouvait plus être raisonnablement exigée d'elle.

**5.** La recourante ne conteste pas les aspects de la décision litigieuse qui ne sont pas directement liés à la constatation de sa capacité de travail résiduelle dans la part active. Il n'y a donc pas lieu de revenir sur le taux d'empêchement d'accomplir les travaux habituels (part ménagère), sauf à préciser que vérifié d'office, le taux de l'empêchement global fixé à 24.1%, soit à 12.05% pour un statut de ménagère à 50% (rapport d'enquête économique sur le ménage du 25 mars 2011) ne porte pas flanc à la critique.

**6.** Cela étant, il convient de déterminer à partir de quelle période la recourante a présenté une capacité de travail entière sur la part active. Dans les conclusions de leur rapport, les médecins de la Clinique W.\_\_\_\_\_ ont relevé que le tableau psychiatrique ne semblait pas correspondre à celui décrit par le Dr F.\_\_\_\_\_ (mandaté alors par la Caisse X.\_\_\_\_\_) dans son rapport d'expertise du 13 juin 2007 lequel avait posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère. Les médecins de la Clinique W.\_\_\_\_\_ ont toutefois constaté que les experts du SMR avaient retenu dans leur rapport du 20 mars 2008 que la

recourante ne présentait aucune pathologie invalidante. Dans ce contexte, ils ont considéré que l'on pouvait sans doute faire remonter une amélioration du trouble dépressif à l'année 2008, finalement fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2008 (avis médical du SMR du 25 janvier 2011). On rappellera que dans son rapport, l'expert F.\_\_\_\_\_ avait, au terme d'une évaluation psychologique d'une page, indiqué qu'il était porteur de l'attestation de médecine psychosomatique et psychosociale (AMPP) et qu'il confirmait à ce titre le diagnostic de trouble dépressif récurrent de degré sévère posé en novembre 2006 par le Dr N.\_\_\_\_\_. Comme le SMR l'a relevé dans son rapport du 20 mars 2008, l'attestation dont fait état le Dr F.\_\_\_\_\_ ne fait pas partie des conditions FMH pour le titre de psychiatrie et psychothérapie. Or, la jurisprudence requiert que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux émane d'un spécialiste en psychiatrie (ATF 131 V 49). Enfin, dans son rapport du 23 octobre 2007, le Dr N.\_\_\_\_\_ n'a absolument pas confirmé le diagnostic dont faisait état le Dr F.\_\_\_\_\_, puisque le psychiatre traitant a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation, avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22), existant depuis 2000, et de modifications durables de la personnalité (F62.1), existant depuis 2005.

Les Drs K.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ n'ont toutefois pas discuté de la période allant du 21 septembre 2006 au 6 mars 2008 (date de l'examen rhumatologique et psychiatrique au SMR), ce qui a incité l'intimé, dans la décision litigieuse, à octroyer une rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 21 septembre 2007 (à l'échéance du délai d'attente d'une année) au 31 mars 2008 (après trois mois d'amélioration). On peut certes nourrir quelques doutes sur le bien-fondé d'un trois-quarts de rente temporaire. Il n'y a toutefois pas lieu de revenir sur cet aspect de la décision litigieuse, compte tenu notamment du temps écoulé depuis l'octroi et le versement de cette prestation. Par conséquent, pour la période allant au-delà du 31 mars 2008, compte tenu de l'absence d'empêchement dans l'activité professionnelle exercée à 50%, et d'un empêchement de 24.1% dans l'activité ménagère exercée à 50%, il y a lieu de constater que le taux d'invalidité globale de 12.05% est insuffisant pour maintenir le droit à une rente.

**7.** Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al.1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 30 janvier 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- J. \_\_\_\_\_, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :