

## VD\_FINDINFO AI 152/10 - 45/2012 vom 2. Februar 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-02-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_152\\_10\\_-\\_45\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_152_10_-_45_2012)

FR: VD\_FINDINFO AI 152/10 - 45/2012 du 2 février 2012

IT: VD\_FINDINFO AI 152/10 - 45/2012 del 2 febbraio 2012

### Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, AI{ASSURANCE},  
PRESTATION D'ASSURANCE{AI}, AFFECTION PSYCHIQUE, DÉPRESSION,  
ÉVALUATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 4 LAI

### Erwägungen

#### E. 29

al. 1 litt. b LAI) jusqu'au 30 septembre 2005 (suppression après trois mois d'amélioration, art. 88 a al. 1 RAI). Pour le surplus, l'OAI a constaté que le trouble somatoforme douloureux présenté ne pouvait être considéré comme invalidant, l'assurée ne présentant plus de comorbidité psychiatrique, ni d'affection corporelle chronique. c) I. \_\_\_\_\_, représentée par son conseil, a recouru contre cette décision auprès du Tribunal des assurances par acte du 22 mars 2007. Elle conclut à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui soit accordée dès le 1<sup>er</sup> octobre 1998. Il a notamment produit une attestation de la fondation A. \_\_\_\_\_ du 22 février 2007, ainsi qu'un certificat médical du 26 février 2007 du Dr Z. \_\_\_\_\_. Interpellé par courrier du juge instructeur du 19 mars 2008, le Centre M. \_\_\_\_\_, par la voix du Dr W. \_\_\_\_\_, médecin-responsable, s'est prononcé comme suit sur les divergences entre son expertise de 2004 et l'examen bidisciplinaire du SMR de 2005 : "De fait, les diagnostics sont pratiquement concordants, hormis la notion de l'épisode dépressif moyen à sévère que nous retenions en 2004 et qui n'est plus retrouvé en 2005. Après relecture attentive des deux rapports concernés, il me semble que la disparition du diagnostic d'épisode dépressif peut a priori être expliquée par une amélioration réelle de la situation de Madame I. \_\_\_\_\_. (...) En conclusion, sur la base du rapport SMR la disparition du diagnostic de l'épisode dépressif semble, de manière a priori plausible, être en relation avec une amélioration objective de la situation thymique de Madame I. \_\_\_\_\_. Cette évolution est compatible avec notre appréciation de 2004, dans laquelle nous estimions que la situation était à même d'évoluer et où nous concluons à l'utilité d'une réévaluation à 1 an". Dans ses déterminations du 30 juin 2008, I. \_\_\_\_\_ a requis une expertise complémentaire par le Centre M. \_\_\_\_\_ afin qu'il procède à un nouvel examen rétrospectif de son état de santé. Elle a également produit un rapport du 4 juin 2008 du Dr Z. \_\_\_\_\_, qui apporte les précisions suivantes : "1. Je suis Mme I. \_\_\_\_\_ (traitement psychiatrique et psychothérapeutique), depuis le 5 décembre 2003, et ceci sans interruption jusqu'à aujourd'hui. 2. Entre 2003 et 2008, je peux affirmer qu'il n'y a pas eu d'amélioration spectaculaire qui expliquerait les différences notables entre le rapport du Centre M. \_\_\_\_\_ du 17 mai 2004 et celui du SMR du 10 novembre 2005. En particulier, sur le plan du diagnostic psychiatrique épisode dépressif. A mon sens, l'incapacité de travail persiste aujourd'hui encore. 3. (...) l'amélioration de l'état dépressif, lente, ne signifie absolument pas que le trouble dépressif est guéri. (...) le retrait social a varié avec sa

psychopathologie. Il est certes moindre aujourd'hui qu'il n'était à l'origine, mais il est encore présent. 4. A mon sens, il y a donc nécessité que le Centre M. \_\_\_\_\_ réexamine la patiente avant de se prononcer ou non sur l'existence ou non d'un changement significatif." Par jugement du 2 décembre 2008, le Tribunal des assurances a rejeté le recours formé par I. \_\_\_\_\_. Il a constaté que la recourante était atteinte d'un trouble somatoforme douloureux, mais a nié l'existence d'une comorbidité psychiatrique, compte tenu des conclusions du Dr W. \_\_\_\_\_ du 21 avril 2008 qui avait estimé plausible "la disparition" de ce diagnostic en relation avec l'amélioration objective de la situation thymique de la recourante. Considérant par ailleurs que la recourante ne souffrait d'aucune affection corporelle chronique, qu'elle ne subissait pas de retrait social, ni ne présentait un état psychique cristallisé, le Tribunal des assurances a retenu que les critères permettant d'admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux n'étaient pas réunis, de sorte qu'en l'absence d'une autre affection invalidante, aucune incapacité de travail ne pouvait être admise. d) Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal fédéral (ci-après le TF) a, par arrêt du 22 mars 2010 (9C\_451/2009), admis le recours et renvoyé la cause au Tribunal de céans afin qu'il complète l'instruction et détermine si l'assurée présentait encore une comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence depuis l'été 2005, le droit à une rente pour la période allant du 1<sup>er</sup> décembre 2004 au 30 septembre 2005 n'étant pas contesté. Sur ce point, le TF a considéré ce qui suit : "4.2 Pour constater que l'assurée ne souffrait plus d'un état dépressif constitutif d'une comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence (consid. 2 supra) à partir de juin 2005, la juridiction cantonale s'est essentiellement appuyée sur l'avis du docteur W. \_\_\_\_\_ du 21 avril 2008 auquel elle a accordé pleine valeur probante. Elle a en revanche écarté l'avis du SMR daté du 10 novembre 2005, au motif qu'il n'émanait pas de spécialistes en psychiatrie. 4.3 L'appréciation des preuves à laquelle l'autorité de recours de première instance a ainsi procédé apparaît arbitraire. Dès lors que le docteur W. \_\_\_\_\_ n'est pas (non plus) spécialiste en psychiatrie (mais en médecine interne; cf. expertise du 17 mai 2004), on ne comprend pas, tout d'abord, que les premiers juges aient qualifié son avis de probant, alors qu'ils ont rejeté le rapport du SMR au motif que ses auteurs n'étaient pas spécialistes en psychiatrie. Comme le fait valoir ensuite à juste titre la recourante, le docteur W. \_\_\_\_\_ a admis la "plausibilité de la disparition" de l'état dépressif uniquement en se référant au rapport du SMR, auquel la juridiction cantonale a précisément dénié valeur probante. Invité à se prononcer sur les divergences entre les conclusions de son expertise du 17 mai 2004 et le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du SMR (du 10 novembre 2005), le docteur W. \_\_\_\_\_ s'est exprimé sans avoir revu la recourante depuis son examen initial. Ce faisant, le médecin n'a pas effectué de constatations propres sur une éventuelle amélioration de l'état de santé de l'assurée, mais s'est limité à admettre la plausibilité "a priori" d'une évolution favorable telle que mise en évidence par le rapport du SMR. Il s'est par ailleurs déterminé sur la base des deux seuls rapports des 17 avril 2004 et 10 novembre 2005, sans disposer de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier depuis son expertise. En particulier, il s'est prononcé sans avoir eu connaissance du rapport du docteur Z. \_\_\_\_\_ du 29 mai 2006, dans lequel le médecin traitant, s'il a fait état d'une "évolution discrètement favorable" et d'une "nouvelle amélioration lente" depuis l'été 2005, a toutefois maintenu le diagnostic de trouble dépressif, en précisant que sa gravité (épisode moyen et sévère) justifiait de le considérer comme une entité nosologique indépendante du trouble somatoforme douloureux et non comme une simple comorbidité de celui-ci, et en concluant à une capacité de travail exigible de 30 %. Une évaluation circonstanciée de la situation aurait pour le moins

commandé que le médecin interpellé à ce sujet eût disposé des conclusions détaillées du docteur Z. \_\_\_\_\_ qui mettaient en cause l'évaluation du SMR. A défaut, et dès lors que l'appréciation "au premier abord" du docteur W. \_\_\_\_\_ ne se fonde pas non plus sur des examens complets, l'avis du 21 avril 2008 ne pouvait être considéré comme revêtant une valeur probante suffisante au regard des exigences posées par la jurisprudence (ATF 125 V consid. 3a p. 352). Partant, faute de reposer sur une pièce médicale ayant valeur probante, la constatation de la juridiction cantonale sur l'absence de comorbidité psychiatrique apparaît insoutenable et ne peut être suivie. 4.4 Cela étant, le point de savoir si la recourante présente encore une comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence depuis l'été 2005 ne peut pas être résolu au regard des pièces médicales au dossier. L'appréciation du docteur T. \_\_\_\_\_ du 28 juin 2006, selon laquelle l'amélioration de l'état de santé de la recourante devait être fixée à l'été 2005, s'oppose à celle du psychiatre traitant. Le docteur Z. \_\_\_\_\_ a continué à attester d'une incapacité de travail de 70 % au-delà de cette date, nonobstant l'amélioration "discrète" de l'état dépressif, en précisant par la suite que cette amélioration ne signifiait "absolument pas que le trouble dépressif avait guéri et que la patiente avait récupéré sa capacité de travail" (avis du 4 juin 2008). Il convient dès lors de renvoyer la cause à la juridiction cantonale pour qu'elle complète l'instruction sur ce point, puis se prononce à nouveau". Le Tribunal fédéral a enfin estimé que la juridiction cantonale ne s'était pas prononcée sur la question du droit à la rente dès le 1<sup>er</sup> février 1998, alors que la recourante avait conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir de cette date, en soutenant qu'une incapacité de travail de 70 % au moins avait été attestée dès le mois d'octobre 1997, le diagnostic d'état dépressif ayant été déjà posé à cette époque. Le TF a dès lors retenu une violation du devoir de motivation (art. 61 let. h LPGA), qui se confondait avec une constatation incomplète des faits pertinents, ce qui conduisait également à l'annulation du jugement entrepris et au renvoi de la cause à la juridiction cantonale pour nouvelle décision. C. a) Par courrier du 21 avril 2010, le juge instructeur a invité les parties à lui faire part de leurs déterminations et réquisitions d'instructions. Après plusieurs échanges d'écriture, le juge instructeur a mandaté, par lettre du 3 janvier 2011, le Centre C. \_\_\_\_\_ pour la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 18 août 2011, les Drs Q. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne et F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont conclu à l'absence de pathologie somatique. L'étude des documents radiologiques ne montrait ainsi pas d'évolution significative des lésions dégénératives rachidiennes depuis 1996. Il existait des lésions débutantes d'arthrose des genoux, sans épanchement actuel, sans signe de poussée congestive cliniquement et sans limitations des amplitudes articulaires. Ils ont ajouté que l'obésité et le déconditionnement pouvaient être délétères à une sensation de bien-être et n'ont pas exclu la présence d'un syndrome d'apnées du sommeil vu la fatigue alléguée par l'assurée. Toutefois, une telle affection ne pouvant se voir reconnaître une incapacité durable, son évaluation n'a pas été incluse dans l'expertise. Sur le plan psychiatrique, les experts ont exclu tout syndrome douloureux somatoforme persistant au sens de la CIM-10, le tableau douloureux n'ayant pas été causé par des conflits émotionnels et des problèmes psychosociaux majeurs. En ce qui concernait l'évolution de l'état psychique, ils ont estimé que durant la période de décembre 1995 à décembre 2003, l'intéressée avait dû souffrir d'une dysthymie, c'est-à-dire d'un état subdépressif chronique accompagnant souvent les tableaux douloureux chroniques, ou, au pire, d'un épisode dépressif léger qui ne permettait pas de retenir une incapacité de travail ou une baisse de rendement. Pour la période allant de décembre 2003 à juin 2005, ils ont conclu à une baisse de rendement d'une part, de 50 % de

décembre 2003 à juin 2004 et d'autre part, de 100 % de juillet 2004 à juin 2005. Depuis juillet 2005, ils ont retenu que l'assurée présentait un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique en précisant ce qui suit : "Après l'accouchement de son quatrième enfant en mai 2005, une amélioration de l'humeur (mais non des douleurs) est signalée par le Dr Z. \_\_\_\_\_, sans toutefois que, selon lui, cela puisse faire envisager une augmentation de la capacité de travail. En novembre 2005, lors de l'examen bidisciplinaire (rhumato-psy) effectué au SMR, les examinateurs ne retenaient pas de diagnostic psychiatrique. Cette appréciation était probablement un peu trop optimiste dans la mesure où des éléments dépressifs subjectifs étaient décrits dans leur rapport (cf supra, discussion du diagnostic), mais non discutés. Il est probable que le diagnostic d'épisode dépressif léger aurait pu être posé. Toujours est-il que, selon le psychiatre traitant, l'amélioration n'a pas été suffisante et durable pour qu'il change son appréciation diagnostique (dépression moyenne à sévère) et fonctionnelle (incapacité de travail de 70 %). L'état thymique a dû être fluctuant après la grossesse et ses bouleversements psycho-physiologiques et relationnels. De 2006 à aujourd'hui il n'existe pas de documents attestant un changement significatif de l'état psychique. En fonction des observations du Dr Z. \_\_\_\_\_ et des médecins du SMR, on peut formuler l'hypothèse que, le plus souvent, depuis juillet 2005 à aujourd'hui, la dépression est restée de degré moyen, avec des fluctuations occasionnelles (aggravation ou amélioration) mais non durables. Nous jugeons donc probable que l'état clinique que nous observons actuellement est présent depuis juillet 2005 et s'est maintenu tel quel, avec des variations non durables, jusqu'à maintenant". Ce trouble dépressif entraînait par conséquent des limitations fonctionnelles vu le caractère durable de la dépression (même si celle-ci n'était pas sévère). Lesdites limitations consistaient en une baisse significative de l'énergie disponible et de la motivation et en troubles cognitifs (difficultés relationnelles), qui justifiaient dès lors une baisse de rendement de 50 % (davantage qu'une incapacité de travail à proprement parler). b) Dans ses observations du 21 septembre 2011, l'Office AI a indiqué qu'il se ralliait aux conclusions des experts comme le SMR dans son avis médical du 31 août 2011. c) Dans ses déterminations du 11 novembre 2011, la recourante estime qu'elle a droit à une demi-rente dès le mois d'octobre 2005 au vu de la diminution de rendement de 50 %, dont le taux peut être appliqué directement aux revenus avant l'invalidité. S'agissant de période antérieure à décembre 2003, la recourante conteste les conclusions des experts du Centre C. \_\_\_\_\_, dans la mesure où ils n'ont pas expliqué en quoi l'appréciation du Centre M. \_\_\_\_\_ serait correcte s'agissant de son état de santé en novembre 2003 et au contraire erronée pour la période antérieure. Le fait que l'épisode dépressif moyen à sévère ait été diagnostiqué en novembre 2003 seulement par le Centre M. \_\_\_\_\_ ne saurait constituer en soi la cause ni même le signe de l'aggravation de son état de santé à cette époque. Au demeurant, le Centre C. \_\_\_\_\_ n'a pas mis en évidence une autre cause d'aggravation pour arrêter la survenance de l'état dépressif moyen à sévère à décembre 2003. La recourante se réfère enfin à l'arrêt du 19 février 2003 du TFA, lequel avait déjà considéré à l'époque que le dossier de la cause fournissait "des indices nombreux et sérieux de l'existence d'une problématique d'ordre psychique" et qu'il existait ainsi "des raisons de penser que l'assurée subit une incapacité de travail en relation avec les troubles psychiques". La recourante a dès lors conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 1998 au 30 septembre 2005, le Centre M. \_\_\_\_\_ ayant fixé à octobre 1997 le début de la réduction durable de sa capacité de travail. La recourante a enfin confirmé l'octroi d'une rente entière du 1<sup>er</sup> décembre 2004 au 30 septembre 2005. E n d r o i t : 1. Il incombe à la Cour de céans de

statuer conformément aux injonctions du Tribunal fédéral. Le litige porte tout d'abord sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> octobre 1998, la recourante ayant conclu dans un premier temps à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> octobre 1998, en soutenant qu'une incapacité de travail de 70 % au moins avait été attestée dès le mois d'octobre 1997, et dans un deuxième temps de manière subsidiaire à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> octobre 1998 au vu des conclusions des experts du Centre C.\_\_\_\_\_ qui ont admis une diminution de rendement, soit un degré d'invalidité de 50 % selon les constatations du Centre M.\_\_\_\_\_ (déterminations du 11 novembre 2011 de la recourante).

a) 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).

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, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 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 confidentiels 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).

2. a) Par arrêt du 19 février 2003 (I 319/02), le TFA a clairement indiqué

que le dossier de la cause (de manière implicite jusqu'à l'arrêt du 10 janvier 2002 du Tribunal des assurances) fournissait des indices nombreux et sérieux de l'existence d'une problématique d'ordre psychique depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1998 et qu'il existait ainsi des raisons de penser que l'assurée subissait une incapacité de travail en relation avec des troubles psychiques. Toutefois, les diagnostics posés demeurant divers et variés sur ce plan, le TFA a considéré qu'une expertise psychiatrique, voire pluridisciplinaire se révélait indispensable à l'évaluation de l'invalidité de la recourante. Malgré l'instruction complémentaire menée par l'intimé, le Tribunal des assurances ne s'est pas déterminé sur ce point dans son jugement du 2 décembre 2008, se limitant à examiner la question du droit à des prestations dès le 1<sup>er</sup> octobre 2005. Il s'agit par conséquent de procéder à la constatation de fait relative au début de l'incapacité de travail déterminante, voire d'exposer les motifs qui conduiraient à suivre l'appréciation de l'intimé sur ce point (cf. consid. 5 de l'arrêt du TF 9C\_451/2009). b) L'ensemble des praticiens consultés ont exclu une pathologie somatique. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a ainsi retenu qu'au vu de la gravité de l'état dépressif, ce dernier devait être considéré comme une entité nosologique indépendante du trouble somatoforme douloureux chronique et non comme une simple comorbidité (certificat médical du 24 juin 2004). Cet état avait probablement commencé discrètement dès la petite enfance de ses deuxième et troisième filles (nées en 1991 et 1993), mais à l'époque cela n'avait pas eu d'incidence. Cet élément est corroboré par les experts du Centre C. \_\_\_\_\_ qui ont indiqué que les plaintes rapportées par l'assurée depuis une quinzaine d'années relatives à des douleurs n'étaient pas liées à une pathologie somatique évolutive, les examens radiologiques faisant état tout au plus de lésions débutantes d'arthrose des genoux, sans épanchement actuel, sans signe de poussée congestive et sans limitation des amplitudes articulaires. Certes, l'expertisée présentait un tableau douloureux chronique, mais qui ne pouvait être assimilé à un trouble somatoforme douloureux au sens de la CIM-10, le trouble douloureux n'ayant pas été causé par des conflits émotionnels ou des problèmes psychosociaux majeurs. En l'occurrence, aucun élément ne permet de s'écarter des constatations et des conclusions de l'expertise du Centre C. \_\_\_\_\_ qui a tenu à préciser que ses observations et son diagnostic étaient proches de ceux retenus en mai 2004 par le Centre M. \_\_\_\_\_ (rapport du 18 août 2011 du Centre C. \_\_\_\_\_, p. 44). Les experts du Centre C. \_\_\_\_\_ ont ainsi opéré une distinction claire et précise entre la symptomatologie douloureuse, qui n'entraînait pas en elle-même d'incapacité de travail et les troubles psychiques, singulièrement l'état dépressif. Certes, 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'ils ne sauraient, en principe, faire l'objet d'un diagnostic séparé, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine p. 358; voir aussi arrêt TFA I 805/04 du 20 avril 2006, consid. 5.2.1 et les références, confirmé par les arrêts I 224/06 du 3 juillet 2006, consid. 1.2, I 297/05 du 17 juillet 2006, consid. 3.1, I 156/05 du 24 août 2006, consid. 2, I 582/05 du 5 octobre 2006, consid. 2, I 767/05 du 17 novembre 2006, consid. 6 et I 290/06 du 22 janvier 2007, consid. 2). Toutefois, en l'espèce, les experts du Centre C. \_\_\_\_\_ ont clairement écarté le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux. Au vu de ces éléments, l'avis des experts du Centre C. \_\_\_\_\_, parfaitement étayé et corroborant l'appréciation faite antérieurement par le Dr Z. \_\_\_\_\_ doit l'emporter sur l'avis divergent et sommaire du Dr Y. \_\_\_\_\_ du SMR (avis médical du 1<sup>er</sup> juillet 2004), le rapport d'expertise du 10 novembre 2005 du SMR devant être écarté, le Dr E. \_\_\_\_\_ ayant obtenu son titre par la FMH le 8 mars

2007, soit postérieurement à ce rapport (jugement du 2 décembre 2008 du Tribunal des assurances, consid. 3b, p. 11). b) Autre est la question de la capacité de travail présentée par l'assurée dès le 7 octobre 1997. Pour la période allant de décembre 2003 à juin 2004, les experts du Centre C. \_\_\_\_\_ ont fait état d'une baisse de rendement de 50 % (davantage qu'une incapacité de travail à proprement parler). Pour la période antérieure, les experts ont toutefois conclu à l'absence de baisse de rendement, en supposant " qu'à l'époque, faute de description précise du trouble dépressif et en l'absence de prescription d'un anti-dépresseur et/ou de consilium psychiatrique, que la dépression ne devait pas atteindre le degré de dépression sévère, durablement incapacitante " (rapport du 18 août 2011 du Centre C. \_\_\_\_\_, p. 44). Les éléments au dossier ne permettent cependant pas de corroborer cette appréciation, soit la reconnaissance d'une baisse de rendement de 50 % uniquement depuis la prise en charge de l'intéressée par le Dr Z. \_\_\_\_\_ en décembre 2003 suite à une aggravation de son état dépressif selon les experts. Comme l'a souligné le TF, tous les éléments concordent s'agissant de l'état dépressif dont souffrait la recourante dès 1997. Par attestation du 6 novembre 2007, la fondation A. \_\_\_\_\_ a confirmé que l'assurée avait bénéficié du 25 avril 1996 au 16 octobre 1997 d'une consultation psychothérapeutique par une psychologue diplômée. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a toutefois précisé que ce traitement n'avait pas été interrompu en raison de la disparition de la symptomatologie psychiatrique, mais parce que sa patiente était insatisfaite du suivi et de son résultat (certificat médical du 26 février 2007). Alors que ce document était cité dans leur rapport du 18 août 2011 (sous la rubrique "résumé des documents à disposition"), les experts du Centre C. \_\_\_\_\_ n'en ont pas fait état dans leur appréciation se limitant à conclure à l'absence de prescription d'un anti-dépresseur et/ou d'un consilium psychiatrique. En outre, dans son rapport médical du 4 août 1998, le Dr D. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité totale de travail dès octobre 1997, laquelle correspondait au début du traitement. Il a par ailleurs successivement fait état d'un syndrome dépressif (rapport du 4 août 1998) et d'un état dépressif et anxieux (rapport du 10 mars 2000). Dans l'intervalle, soit après l'arrêt du suivi par la fondation A. \_\_\_\_\_, le Dr G. \_\_\_\_\_ a mentionné que sa patiente devait essentiellement bénéficier d'un traitement anti-dépresseur de type Zoloft ou Seroprame (rapport du 30 septembre 1998). Il sied par conséquent de retenir qu'en l'absence d'éléments convaincants quant à une aggravation réelle de l'état dépressif de l'assurée en décembre 2003, la recourante présentait dès octobre 1997 une baisse de rendement de 50 %, soit un taux identique à celui reconnu par les experts du Centre C. \_\_\_\_\_ de décembre 2003 à juin 2004. c) Pour la période relative à la grossesse de l'assurée, soit de juillet 2004 à juin 2005, les experts du Centre C. \_\_\_\_\_ ont estimé qu'elle avait présenté une baisse de rendement de 100 % plutôt qu'une incapacité de travail en raison d'un état dépressif sévère (grossesse mal vécue nécessitant l'arrêt de l'antidépresseur durant plusieurs mois). d) Il convient enfin d'examiner si la recourante présente encore une atteinte psychique depuis l'été 2005. Les experts du Centre C. \_\_\_\_\_ ont considéré qu'après l'accouchement de son quatrième enfant, la dépression était restée de degré moyen, avec des fluctuations occasionnelles (aggravation ou amélioration), mais non durables. Ce trouble dépressif, dans son état actuel moyen sans syndrome somatique, entraînait des limitations fonctionnelles, soit une baisse significative de l'énergie disponible et de la motivation, ainsi que des troubles cognitifs (difficultés attentionnelles), ce qui justifiait une baisse de rendement de 50 %.

3. a) Les experts du Centre C. \_\_\_\_\_ ont considéré que la recourante était encore capable d'exercer une activité d'ouvrière ou toute activité simple normale et n'ont pas écarté formellement l'exercice de l'activité habituelle. Il n'y a pas dès lors pas lieu de se référer aux données

statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), puisque le salaire après invalidité correspond à celui qu'elle obtenait avant la survenance de l'atteinte à la santé en fonction de l'étendue de la capacité de travail encore exigible. Le degré de la diminution de rendement correspond dès lors au degré d'incapacité de gain. b) Au vu de ce qui précède, il se justifie d'admettre partiellement le recours, de réformer la décision attaquée en ce sens que la recourante doit être mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> octobre 1998 (en raison du délai d'attente d'un an). Par la suite, il est établi que la recourante a subi une incapacité totale de travail portant son degré d'invalidité de 50 % à 100 % pour la période allant de juillet 2004 à juin 2005. Dès lors que cette aggravation a conduit à une modification notable du taux, il convient de fixer au 1<sup>er</sup> octobre 2004 les effets de la modification constatée en application de l'art. 88a al. 2 RAI et ce, jusqu'au 30 septembre 2005 (soit 3 mois après l'amélioration constatée en juin 2005). La réduction de la rente entière à une demi-rente ne doit par conséquent intervenir qu'à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2005. En effet, selon l'art. 88a al.1 deuxième phrase RAI, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. La cause est ainsi renvoyée à l'OAI afin qu'il procède au calcul des prestations à servir à la recourante. 4. En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. La recourante voit ses conclusions partiellement rejetées, dans la mesure où elle réclamait une rente entière dès le 1<sup>er</sup> octobre 1998. Elle encourt par conséquent des frais de justice réduits. Dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont toutefois provisoirement laissés à la charge de l'Etat. b) Ayant obtenu partiellement gain de cause, la recourante peut prétendre une indemnité de dépens réduite à la charge de l'intimé (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 2'000 fr. c) La recourante a en outre obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Alexandre Bernel, à compter du 15 mai 2007 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée à 4'063 fr. 90 (dont 186 fr. 20 de TVA à 7.6 % et 107 fr. 70 de TVA à 8 %) à titre d'honoraires et débours. L'indemnité de Me Alexandre Bernel est par conséquent fixée à 2'063 fr 90 TVA comprise (cf. art. 2 RAJ), complétée par une indemnité de dépens de 2'000 fr. d) La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendu attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.