

VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 514 vom 5. September 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-09-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__514

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 514 du 5 septembre 2012

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 514 del 5 settembre 2012

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RÈGLEMENT SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 61 let. g LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 88a al. 1 RAI, 52 LPA-VD, 55 al. 1 LPA-VD

Erwägungen

E. 5

septembre 2012 _____ Présidence de M. JOMINI Juges :
Mme Dormond Béguelin et M. Bonard, assesseurs Greffier : M. Germond *****
Cause pendante entre : A. _____, au Portugal, recourante, représentée par Me Marc Mathey-Doret, avocat à Genève, avec élection de domicile, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art.

E. 6

Si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence diminue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 aRAI dans sa teneur jusqu'au 29 février 2004). En l'espèce la recourante ayant recouvré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} décembre 2002 vu l'avis SMR du Dr D. _____ ayant pleine valeur probante (cf. consid. 5 supra), la décision de l'office intimé du 7 avril 2009 reconnaissant à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2000 au 31 août 2002, est réformée en ce sens que le droit à la rente s'éteint le 1^{er} mars 2003, soit trois mois après l'amélioration durable de sa capacité de gain (cf. consid. 5), la décision est confirmée pour le surplus. La seconde décision du 7 avril 2009, qui reconnaît à la recourante le droit à une demi-rente d'invalidité (en lieu et place d'un quart de rente, selon l'art 28 al. 1bis aLAI) du 1^{er} juillet 1998 au 30 novembre 2000, fondée sur un degré d'invalidité de 48.1% dans l'activité ménagère de la recourante est confirmée, vu la valeur probante des conclusions de l'enquête ménagère du 17 juin 2002 (cf. consid. 4 supra).

E. 7

En résumé, le recours est partiellement admis et la décision rendue par l'office intimé le 7 avril 2009, reconnaissant notamment à la recourante le droit à une rente entière pour la période du 1^{er} décembre 2000 au 31 août 2002, réformée en ce sens que la rente entière d'invalidité est due pour la période du 1^{er} décembre 2000 au 28 février 2003. Les décisions rendues le 7 avril 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont

confirmées pour le surplus. La recourante qui obtient partiellement gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans une mesure réduite, qu'il convient de fixer à 500 fr., leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité de l'affaire (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire (art. 52 LPA-VD). " D. A. _____ a formé contre cet arrêt un recours en matière de droit public fédéral. Elle a conclu principalement à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps dès le 1^{er} juillet 1998. Subsidiairement, elle a demandé le renvoi de la cause à l'autorité cantonale pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique, puis nouvelle décision. Par arrêt du 22 novembre 2011 (TF 9C_203/2011), la II^e Cour de droit social du Tribunal fédéral a admis le recours et annulé l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 4 février 2011. La cause a été renvoyée à la Cour de céans pour mise en œuvre d'un complément d'instruction au sens des considérants, puis pour qu'elle se prononce à nouveau. Le Tribunal fédéral a ainsi notamment considéré ce qui suit: " 4.3 Il ressort des considérants du jugement du 8 avril 2008, qui liaient l'office AI à laquelle la cause a été renvoyée et sur lesquels la juridiction cantonale ne pouvait, de son côté, revenir à l'occasion d'un recours subséquent, que le rapport du docteur A. _____ n'avait pas valeur probante et ne pouvait servir de seule base d'appréciation de l'état de santé psychique de l'assurée (ce qui apparaît au demeurant conforme aux principes dégagés par le Tribunal fédéral dans l'arrêt I 65/07 du 31 août 2007). Aussi, faute de disposer d'un avis psychiatrique ayant pleine valeur probante, l'administration aurait-elle été tenue de compléter l'instruction sur le plan psychiatrique en confiant une expertise à un spécialiste en ce domaine. En l'espèce, la mesure d'instruction de l'intimé qui a consisté à soumettre l'avis du docteur A. _____ à l'appréciation du docteur C. _____, psychiatre du SMR, lequel a approuvé les conclusions de son confrère, n'était pas suffisante pour suppléer l'absence d'une évaluation psychiatrique conforme au droit, respectivement «établir la valeur probante de l'avis médical litigieux», contrairement à ce qu'a retenu la juridiction cantonale. Outre le fait que l'avis du docteur C. _____ du 11 novembre 2008 n'est motivé que de façon très succincte, son auteur s'est en effet déterminé sur les conclusions de son collègue en fonction uniquement des pièces du dossier, sans rencontrer ni partant examiner l'assurée, alors qu'une expertise psychiatrique doit en principe être effectuée sur la base d'une consultation médicale (arrêt 8C_941/2010 du 18 mai 2011 consid. 5.2 et U 492/00 du 31 juillet 2001 consid. 3d. publié in RAMA 2001 n° U 438 p. 345). Un psychiatre ne peut dès lors "valider" l'avis d'un collègue s'il n'a pas lui-même examiné l'assuré, et d'autant plus qu'une évaluation psychiatrique comporte une importante marge d'appréciation pour l'exercice de laquelle les impressions directes de la personne soumise à l'examen psychiatrique sont essentielles. Dans ces circonstances, la juridiction cantonale n'était pas en droit de se fonder sur le rapport du docteur A. _____ pour en tirer les constatations sur l'état de santé de la recourante sur le plan psychiatrique, mais aurait dû ordonner la mise en œuvre d'une expertise dans ce domaine, afin de se prononcer en connaissance de cause. Par conséquent, la conclusion subsidiaire de la recourante est bien fondée, sans que ses autres arguments doivent être examinés. Le jugement entrepris doit donc être annulé et la cause renvoyée à l'autorité cantonale de recours pour qu'elle procède à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique, puis se prononce à nouveau. " E. Reprenant l'instruction du dossier, la Cour de céans a confié la réalisation d'une expertise au Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 30 avril 2012, consécutif à des examens cliniques pratiqués les 25 et 27 avril 2012 ainsi qu'à l'étude du dossier médical de l'expertisée, ce

spécialiste a notamment relevé ce qui suit: " Appréciation diagnostique Au terme de son évaluation, le soussigné ne retient qu'un simple trouble anxieux et dépressif mixte. • Trouble anxieux et dépressif mixte La CIM-10 définit une catégorie diagnostique de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) pour la situation clinique où il y a à la fois des symptômes anxieux et dépressifs, sans que l'intensité des uns ou des autres soit suffisante pour justifier un diagnostic séparé. Il s'agit par conséquent de situations où les éléments anxieux et dépressifs sont tout au plus légers. Pour qu'on puisse poser ce diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, le tableau clinique doit être associé à des symptômes neurovégétatifs (tremblements, gêne épigastrique, palpitations, sécheresse buccale, etc.). Dans le cas présent, l'intéressée rapporte une symptomatologie dépressive de peu de sévérité. Il n'y a qu'un des critères cardinaux d'épisode dépressif, à savoir la fatigue. La tristesse et la perte d'intérêt et du plaisir ne peuvent pas être retenues, sachant qu'elles sont manifestement inconstantes. L'assurée dit qu'elle a moins confiance en elle que dans le passé, ce qui doit tout de même être relativisé par le fait qu'elle s'affirme bien en séance. Elle rapporte des difficultés attentionnelles et des oublis. Elle rapporte des troubles du sommeil touchant toute la nuit, tout en sachant qu'ils sont reliés aux douleurs. Pour le reste, il n'y a pas de véritable culpabilité pathologique ni d'idées suicidaires récurrentes. L'appétit peut être considéré comme normal. L'assurée dit avoir des soucis. Elle dit qu'ils sont tout de même anormaux. Cette anxiété a essentiellement pour objet ce qui pourrait arriver à ses enfants. L'assurée avance aussi des plaintes qui se présentent comme des équivalents somatiques d'anxiété. Il y a la sécheresse buccale, des sudations, des palpitations et des sensations vertigineuses occasionnelles. Face à cette situation clinique, on doit poser un diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte tel qu'il est défini dans la CIM-10. • Autres pathologies psychiatriques La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive. On peut exclure un trouble de personnalité, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence. L'assurée a bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent et n'a pas présenté de troubles psychiques manifestes jusque-là. Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, on est en droit de récuser une telle pathologie. On peut en tout cas récuser un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi. L'évaluation psychiatrique transcrite dans le rapport médical du 09.01.2003 retient un épisode dépressif mixte en rémission totale. Ce libellé diagnostique ne figure pas tel quel dans les ouvrages de référence, ce qui pose un problème d'interprétation. Ce "diagnostic" n'est d'ailleurs pas codé selon la nomenclature internationale. Il suscite par conséquent les réflexions suivantes: ■ Le chapitre des troubles affectifs comprend les épisodes affectifs dits "mixtes". Ceux-ci sont diagnostiqués lorsque sont réunis à la fois les critères d'un épisode maniaque et d'un épisode dépressif majeur et cela au minimum presque tous les jours pendant au moins une semaine. On ne retrouve pas d'épisode mixte ici, tant dans la présentation actuelle que dans la description clinique rapportée à l'époque. Le corollaire d'un tel épisode mixte doit d'ailleurs être un diagnostic global de trouble bipolaire qui n'a certainement pas sa place dans le cas de Mme A. _____ et qui n'a jamais été évoqué au dossier. ■ Comme cela a été rapporté plus haut, la CIM-10 retient le trouble anxieux et dépressif mixte qu'elle code F41.2. Si on se réfère à ce qui est décrit dans le rapport médical du 09.01.2003, on peut admettre qu'on soit dans le champ de ce que désigne ce trouble anxieux et dépressif mixte et que c'est probablement à cette entité clinique qu'ont voulu se référer les examinateurs de l'expertisée à l'époque, sans respecter le libellé diagnostique exact de la CIM-10. Le rapport médical du 26.07.2006 retient un trouble dépressif récurrent dont l'épisode de l'époque était léger. On

peine à trouver dans ce rapport au moins deux des critères cardinaux requis pour poser un diagnostic d'épisode dépressif même léger, sachant que seule la tristesse est mentionnée. On ne retrouve pas la fatigue ni la perte d'intérêt et du plaisir la plupart du temps, tous les jours et sur une durée précisée. Il n'y avait dès lors pas les critères d'un véritable épisode dépressif à l'époque, dans la mesure où on appliquerait les règles précises des ouvrages diagnostiques de référence. Il n'y avait pas non plus les critères d'un trouble dépressif récurrent, sachant que la présence de véritables épisodes dépressifs antérieurs n'a pas jamais été documentée au dossier. A ce sujet on doit tout de même souligner qu'un trouble dépressif récurrent avec des épisodes dépressifs sévères ou au moins de gravité moyenne aurait vraisemblablement conduit à des mesures spécifiques. L'assurée aurait probablement été déférée vers une prise en soins psychiatrique spécialisée. Un suivi en conséquence aurait dû être mis en place. On aurait aussi pu s'attendre à des situations de crises voire à des hospitalisations de courte durée pour motifs psychiatriques, ce qui n'a jamais été le cas ici. Pour le cas où il y aurait le seuil d'épisodes dépressifs légers, ce que le soussigné conteste, on voit mal comment on pourrait retenir une quelconque incapacité de travail pour ce motif. Un épisode dépressif léger ne vaut pas pour une incapacité de travail psychiatrique à lui seul.

Appréciation asséurologique Au terme de son évaluation, le soussigné ne retient qu'un simple trouble anxieux et dépressif mixte. Le trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) désigne la situation où l'on constate des symptômes anxieux et dépressifs sans gravité et qui n'ont pas la sévérité suffisante à poser un diagnostic spécifique du domaine de l'anxiété et de la dépression. Ce trouble désigne par conséquent un tableau psychiatrique relativement banal et qui n'a rien de préoccupant. Ce trouble se retrouve fréquemment en médecine de premier recours. Il se retrouve également dans la population générale et les sujets en cause ne consultent le plus souvent pas de médecin pour ce motif. Ils ne sont en fait pas assez souffrants ni assez dysfonctionnels pour vouloir obtenir des soins. Sachant qu'un trouble anxieux et dépressif mixte est, par définition, en-dessous du seuil d'un trouble anxieux spécifique et d'un épisode dépressif typique, il est bien évident qu'on ne saurait le corréler à de quelconques limitations psychiatriques significatives et à une incapacité de travail en conséquence. Dans le cas présent, rien n'indique que cette situation sorte de l'ordinaire. Les éléments dépressifs restent de peu de sévérité, compte tenu de ce qui a été argumenté plus haut. Il en est de même de l'anxiété qui n'a pas les caractéristiques pour valoir un trouble spécifique. Il n'y a dès lors pas de motifs de corréler le trouble anxieux et dépressif mixte de l'assurée à une quelconque incapacité de travail psychiatrique. Avec le recul, on doit admettre que Mme A. _____ a présenté des symptômes anxieux et dépressifs itératifs et de peu de gravité depuis la découverte de sa tumeur desmoïde abdominale en juillet 1997. On peut admettre que ces symptômes anxieux et dépressifs aient été réactivés par les événements médicaux qui ont suivi, à savoir l'ablation de kyste ovarien en 1998, l'interruption de grossesse en 1999, l'ablation d'un fibrome du sein droit en 2000 et l'hystérectomie au printemps 2002. Pour le soussigné, il n'y a pourtant jamais eu les critères d'un véritable épisode dépressif ou d'un trouble anxieux spécifique, d'après ce qui a été rapporté au dossier. L'assurée a toujours relevé d'une pathologie anxieuse et dépressive de peu de sévérité qui correspond à ce que désigne le trouble anxieux et dépressif mixte, sachant que la longue durée des symptômes dépasse ce qu'autorise le diagnostic de trouble de l'adaptation. Par la suite rien n'indique que les troubles psychiques de l'assurée se soient objectivement péjorés. Ce qu'on retrouve au dossier valide toujours un trouble anxieux et dépressif mixte, sans plus. Le peu de traitement dispensé à l'intéressée correspond d'ailleurs à ce qu'on attend d'une telle

pathologie psychiatrique de peu de sévérité. On peut néanmoins noter que Mme A. _____ a beaucoup perdu depuis l'apparition de sa tumeur de la paroi abdominale et les interventions chirurgicales mutilantes qui ont suivi. Elle a dû assimiler une atteinte à son intégrité corporelle. Elle a été diminuée dans ses rôles de mère et d'épouse. Le deuil de l'enfant à naître ne semble pas avoir été fait. Les difficultés conjugales actuelles pourraient aussi relever de l'atteinte physique. On ne peut dès lors qu'admettre la souffrance de l'intéressée. La souffrance existentielle n'est pourtant pas une maladie en soi et n'est pas nécessairement corrélée à un diagnostic psychiatrique. Au vu de ce qui précède, le soussigné ne retient pas d'incapacité psychiatrique dans ce cas. Il est convaincu qu'il n'y en a jamais eue, si on applique rigoureusement les règles diagnostiques des ouvrages de référence, qu'on en tire les conclusions médicales qui s'ensuivent et qu'on ne considère que les éléments strictement médicaux. Mme A. _____ a d'ailleurs authentiquement admis en séance qu'elle pourrait travailler en plein, s'il n'y avait pas des douleurs, alors qu'elle affirme que ses troubles psychiques tendent plutôt à s'aggraver avec les années qui passent. Sur le plan psychiatrique, le traitement actuel est adéquat tant en qualité qu'en quantité, au vu de la psychopathologie mineure dont relève Mme A. _____. Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez une personne qui se vit comme totalement invalide et qui n'a pas de demande d'aide sur ce plan, en l'état actuel. Le pronostic purement psychiatrique n'est pas nécessairement mauvais, sachant que le tableau clinique actuel ne relève guère plus de ce que désigne un trouble anxieux et dépressif mixte, sans grave pathologie de personnalité sous-jacente. Conclusions En conclusion, l'assurée A. _____ est une femme de 41 ans, sans antécédent psychiatrique et qui n'a pas présenté de problèmes de santé tant somatiques que psychiques majeurs jusqu'à la fin des années 1990. Dans le contexte d'une affection médicale que l'intéressée croyait menacer son pronostic vital et d'interventions chirurgicales mutilantes, Mme A. _____ a présenté des symptômes anxieux et dépressifs qui ont persisté jusqu'à aujourd'hui. Au terme de son évaluation, le soussigné retient un trouble anxieux et dépressif mixte qu'il n'y a pas lieu de corrélér à une quelconque incapacité de travail psychiatrique. Il est par ailleurs convaincu qu'il n'y en a jamais eue, si on applique rigoureusement les règles diagnostiques des ouvrages de référence, qu'on en tire les conclusions qui s'ensuivent et qu'on ne considère que les éléments strictement médicaux. Sur le plan psychiatrique, le traitement actuel est adéquat tant en qualité qu'en quantité, au vu de la psychopathologie mineure dont relève Mme A. _____. Des mesures professionnelles n'ont guère de sens chez une personne qui se vit comme totalement invalide et qui n'a pas de demande d'aide sur ce plan, en l'état. Le pronostic purement psychiatrique n'est pas nécessairement mauvais sachant que le tableau clinique actuel ne relève guère plus de ce que désigne un trouble anxieux et dépressif mixte, sans grave pathologie de personnalité sous-jacente. " F. Le 29 mai 2012, la recourante a présenté ses observations. Elle a confirmé les conclusions principales de son recours du 20 mai 2009, demandant l'annulation des décisions de l'OAI du 7 avril 2009 et l'octroi d'une rente entière dès le 1 er juillet 1998 non limitée dans le temps. Puis, se déterminant sur le rapport d'expertise du Dr T. _____, elle s'est bornée à prendre acte de ses conclusions, en déclarant dès lors renoncer à prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité en raison d'une affection psychiatrique au-delà du 28 février 2003. La recourante a ensuite exposé que les "questions demeurant litigieuses" concernaient ses griefs "en lien avec l'enquête ménagère et la cessation du versement de la rente d'invalidité en raison des troubles psychiques", griefs qui n'avaient pas été examinés par le Tribunal fédéral. Selon elle, il y aurait lieu de retenir une "invalidité ménagère" de 79.2%. Quoi qu'il en soit, la

recourante soutient que sa situation ne s'est pas améliorée à la fin de l'année 2002, et qu'on ne voit pas comment elle pourrait être considérée comme apte, dès le 1^{er} mars 2003, non seulement à assumer à 50 % son activité ménagère, mais également à travailler à 100 %. Elle relève que son médecin traitant le Dr B. _____ atteste depuis des années qu'elle n'est plus apte à exercer une activité professionnelle. L'OAI s'est déterminé le 5 juin 2012 en faisant siennes les conclusions du rapport d'expertise du Dr T. _____. Il a produit un avis médical SMR du 29 mai 2012 des Drs K. _____ et Q. _____ selon lequel ces médecins constatent que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques antérieurement retenues par le SMR, la recourante bénéficie d'une capacité de travail de 100 % depuis décembre 2002. E n d r o i t : 1. L'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, du 22 novembre 2011, lie la Cour de céans (cf. consid. 4.2 dudit arrêt). C'est en fonction de cet arrêt, notamment de ses considérants, que l'objet du litige doit être délimité. Quand bien même le Tribunal fédéral a annulé entièrement l'arrêt de la Cour de céans du 4 février 2011, il n'a pas considéré qu'il était contraire au droit fédéral de réformer la décision de l'OAI du 7 avril 2009 en ce sens que la rente entière d'invalidité était octroyée à la recourante, à partir du 1^{er} décembre 2000, non seulement jusqu'au 31 août 2002, mais bien plutôt jusqu'au 28 février 2003. Ni la recourante ni l'Office AI ne critiquent ce point, dans leurs déterminations après la reprise de l'instruction. Il faut donc retenir que cela n'est plus litigieux. Au demeurant, au considérant 2 de l'arrêt du Tribunal fédéral, l'objet du litige est ainsi défini: " Le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le taux de celle-ci du 1^{er} juillet 1998 au 30 novembre 2000 et l'octroi d'une rente entière au-delà du 28 février 2003 ". En conséquence, dans le présent arrêt, il convient quoi qu'il en soit de prononcer la réforme de la décision attaquée dans les mêmes termes que ce qui avait été statué au ch. II du dispositif de l'arrêt CASSO du 4 février 2011, et pour les motifs exposés dans cet arrêt. Cette réforme découle d'une admission partielle du recours (cf. ch. I du dispositif de l'arrêt du 4 février 2011). Il y a lieu pour le reste – c'est-à-dire pour les périodes du 1^{er} juillet 1998 au 30 novembre 2000, d'une part, et à partir du 1^{er} mars 2003, d'autre part – d'examiner si la recourante satisfait aux conditions posées par le droit fédéral pour l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité. Ces conditions ont été exposées dans le premier arrêt, du 4 février 2011, de la Cour de céans (consid. 2); les règles légales et la jurisprudence sur la notion d'invalidité et son évaluation, ainsi que sur la valeur probante des rapports médicaux, ont été exposées. Il convient de renvoyer simplement à ces considérants (ainsi que l'a du reste fait le Tribunal fédéral dans son arrêt du 22 novembre 2011, cf. consid. 2). 2. A la suite du renvoi du dossier décidé selon arrêt du 22 novembre 2011 du Tribunal fédéral, la réalisation d'une expertise psychiatrique a été confiée par la Cour de céans au Dr T. _____. a) En principe, le juge ne s'écarte 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. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_256/2011 du 23 novembre 2011, consid. 3.1 et 9C_573/2008 du 19 mars 2009, consid. 2; TFA I 767/2005 du 17 novembre 2006, consid.

5). b) Le rapport d'expertise judiciaire du Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 30 avril 2012 se base sur une étude détaillée des documents médicaux figurant au dossier (pp. 1-4), comporte une anamnèse familiale/personnelle énonçant en particulier les plaintes actuelles de la recourante (pp. 5-10), dresse un status général (p.11). Le diagnostic posé l'est avec clarté et en application des critères de la classification internationale de la CIM-10 (p. 10) et l'appréciation du cas est présentée de manière systématique, claire, cohérente et contient des conclusions étayées (pp. 12-17). Ainsi, le rapport d'expertise psychiatrique du Dr T. _____ s'avère objectif, nuancé et dûment motivé. La Cour de céans ne voit pas de motifs justifiant de s'écarter de cette expertise judiciaire. On souligne à ce propos que dans ses observations du 29 mai 2012, la recourante a pris acte des conclusions du Dr T. _____ et a indiqué en conséquence renoncer à prétendre à une rente en raison d'une affection psychiatrique pour la période postérieure au 28 février 2003. Partant avec le Dr T. _____ on considère que sur le plan psychiatrique, la recourante est affectée d'un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) sans grave pathologie de personnalité sous-jacente, atteinte à la santé qui n'a jamais entraîné une quelconque incapacité de travail de l'intéressée. En définitive, il n'existe aucune incapacité de travail sous l'angle psychiatrique. Le rapport d'expertise judiciaire du 30 avril 2012 se base sur l'étude du dossier médical complet de la recourante en examinant l'état de santé psychiatrique de celle-ci depuis sa demande de prestations du 13 juillet 1998. Les constatations et conclusions du Dr T. _____ doivent dès lors se voir attribuer pleine valeur probante sur le plan psychiatrique non seulement pour la période postérieure au 28 février 2003 mais également pour la première période litigieuse, à savoir celle du 1^{er} juillet 1998 au 30 novembre 2000.

3. a) La recourante rediscute les conclusions du rapport d'enquête ménagère du 17 juin 2002. Elle en conteste la valeur probante motif pris que les empêchements retenus dans les divers postes ménagers auraient été sous-évalués; elle soutient qu'il conviendrait de retenir une "invalidité ménagère" de 79.2 % (et non de 48.1 % tel que cela figure au rapport d'enquête). Dans son arrêt du 4 février 2011, la Cour de céans a déjà été amenée à examiner la valeur probante du rapport d'enquête ménagère du 17 juin 2002, la recourante faisant déjà valoir que les empêchements y figurant étaient largement insuffisants (cf. consid. 4 de l'arrêt CASSO du 4 février 2011). Dans son arrêt de renvoi du 22 novembre 2011, le Tribunal fédéral n'a pas critiqué l'appréciation de l'instance cantonale de recours sur ce point. Les règles applicables pour l'évaluation de l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage ainsi que celles se rapportant à la valeur probante d'une enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré ont été exposées dans le premier arrêt du 4 février 2011. Il convient de renvoyer sur ce point à son considérant 4a.

b) A ce stade, il convient d'examiner les critiques supplémentaires élevées par la recourante dans ses observations du 29 mai 2012. La recourante oppose en premier lieu que le poste 6.2 (Alimentation) ne devrait pas retenir une invalidité de 24 % mais de 32 %, ceci en tenant compte d'un empêchement minimum de 80 % au vu de l'importance minimale des tâches résiduelles qu'elle est en mesure d'accomplir. A lecture on relève que l'enquêtrice a pris en considération dans son évaluation de l'invalidité, les limitations de l'intéressée dans la préparation des repas ainsi que l'aide qui lui est apportée par son époux. Il n'y a par conséquent aucun motif de se distancer de l'évaluation figurant sous le poste 6.2 de son rapport. S'agissant du poste 6.3 (Entretien du logement), la recourante relève que l'invalidité de 9,6 %, tenant compte d'un empêchement de 80 %, constitue un minimum. L'intéressée ne conteste par conséquent pas l'évaluation de l'enquêtrice en tant que telle mais la considère plutôt comme le minimum. Dans ces circonstances, on ne voit pas de motif de s'écarter du

pourcentage d'invalidité mentionné dans le rapport d'enquête. Concernant le poste 6.4 (Emplettes et courses diverses), la recourante avance que ce serait en réalité un empêchement de 90 % qui devrait être retenu (et non celui de 50 % y figurant) d'où une invalidité de 6,3 %. Si comme elle le relève elle-même, depuis août 1997, la recourante doit se faire accompagner par son époux ou par une voisine pour porter ou manipuler les achats, elle n'en conserve pas moins un rôle prépondérant dans ces tâches. C'est effectivement elle seule qui sélectionne ses achats en rayons. L'aide fournie se limite au transport des produits achetés. Dans ces circonstances, l'appréciation ressortant du rapport d'enquête s'avère réaliste et ne peut ouvrir le flanc à critiques. Le degré d'invalidité de 3,5 % y figurant est correct et doit être retenu pour le poste en question. Pour le poste 6.5 (Lessive et entretien des vêtements), la recourante soutient que son empêchement s'élève à 75 % au minimum (et non 40 % tel qu'indiqué) d'où une invalidité de 11,3 %. Si le mari descend les corbeilles de linge à la buanderie et que la voisine aide la recourante à suspendre son linge, il n'en demeure que c'est bien l'intéressée qui s'occupe de laver le linge tant à la buanderie que dans sa petite machine à laver installée dans la salle de bains. C'est également elle qui en général coud les habits. Partant, l'empêchement de 40 % pris en compte par l'enquêtrice se révèle fondé de sorte que le degré d'invalidité de 6 % qui en résulte est correct. Pour terminer, la recourante critique l'évaluation relative au poste 6.6 (Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille) en ce sens que ce serait un empêchement minimal de 90 % qui devrait être retenu avec pour corollaire une invalidité de 18 %. L'intéressée semble perdre de vue qu'il est indiqué dans le rapport d'enquête qu'elle ne rencontre aucun problème particulier dans l'éducation de ses deux enfants, ses seuls regrets ayant trait au fait qu'elle ne peut pas s'en occuper dans les loisirs. Dans de telles circonstances, l'empêchement de 15 % d'où une invalidité de 3 % pris en compte par l'enquêtrice s'avère justifié. A l'aune de ce qui précède, l'appréciation de la capacité ménagère ressortant du rapport d'enquête du 17 juin 2002 se révèle correcte. Ce document remplit en outre les exigences relatives à la valeur probante d'un tel rapport d'enquête (ATF 128 V 93 consid. 4; TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012, consid. 2 et 9C_693/2007 du 8 juillet 2008, consid. 3). Il a été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il tient également compte des indications de la personne assurée. Enfin, son contenu est plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspond aux indications relevées sur place. Sur la base du rapport d'enquête ménagère du 17 juin 2002, on confirme le degré d'empêchement total de 48,1 % pour la période antérieure au 30 novembre 2000 tel que retenu par l'office intimé. En l'absence de troubles psychiatriques (cf. consid. 2b supra), l'octroi, par décision du 7 avril 2009, d'une demi-rente d'invalidité (en lieu et place d'un quart de rente initialement alloué) pour la période du 1^{er} juillet 1998 au 30 novembre 2000 se justifie et se doit d'être confirmé. c) La recourante avance qu'en l'absence d'amélioration, voire même d'une aggravation de son état de santé, il serait incohérent de lui reconnaître une pleine capacité de travail à compter du 1^{er} mars 2003. Elle relève une discordance dans le fait d'admettre une capacité ménagère de 50 % et simultanément la reprise d'une activité professionnelle potentielle à 100 %. A la suivre, les activités ménagères autorisent une certaine souplesse d'organisation et d'exécution alors que tel ne serait pas le cas des activités professionnelles envisageables dans son cas. Elle argue au surplus que son médecin traitant atteste depuis plusieurs années qu'elle n'est plus apte à exercer une quelconque activité professionnelle. Lors de leurs examens respectifs, le Dr U. _____ en décembre 2002 et le Dr D. _____ en avril 2006 ont retenu des limitations

fonctionnelles identiques à celles prises en compte par le Dr X. _____, ce dernier estimant en 2000 déjà que la reprise d'un travail de bureau était envisageable. Le Dr U. _____ retient que l'exercice d'une activité adaptée est possible dès le mois de juin 2002. Le Dr D. _____ conclut à une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée dès le mois de juin 2002. Alors que le Dr U. _____ mentionne dans son rapport SMR du 9 janvier 2003 l'hystérectomie pratiquée en mai 2002, il ne se prononce pas au sujet de ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante. Dans un avis SMR ultérieur, le Dr D. _____ considère que cette hystérectomie a pour incidence de prolonger de six mois l'incapacité de travail de telle sorte que l'exigibilité à 50 % dans l'activité habituelle et celle à 100 % dans une activité adaptée sont arrêtées dès décembre 2002. Il s'ensuit, ainsi que cela ressort par ailleurs de l'arrêt du 4 février 2011 de la Cour de céans (cf. consid. 5b et c), que l'avis SMR du 26 juillet 2006 du Dr D. _____ a pleine valeur probante. Ainsi en respectant les limitations fonctionnelles retenues par le Dr D. _____ sur le plan somatique (pas de port de charges supérieures à 5 kg, port d'une ceinture abdominale lors de toute forme d'activité physique, pas de position statique assise au-delà d'une heure trente, pas de position statique debout au-delà de trente minutes, périmètre de marche limité à environ une heure, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du tronc et possibilité de varier les positions au moins une fois par heure, de préférence à sa guise), la reprise en plein d'une activité professionnelle adaptée apparaît parfaitement envisageable. On observe à cet égard que l'exercice d'une activité professionnelle adaptée aux limitations précitées est certainement chose plus aisée que celle consistant à assurer la tenue d'un ménage. La reconnaissance d'un taux d'empêchement ménager de 50 % n'exclut donc en aucun cas la reprise en plein d'une activité professionnelle adaptée. La recourante n'étaye par ailleurs pas ses allégations du 29 mai 2012. Quant à l'avis du médecin traitant, de par la position de confident privilégié que lui confère son mandat, il est susceptible de se prononcer en faveur de sa patiente; il importe ainsi d'attacher plus de poids aux constatations des médecins spécialisés du SMR (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). 4. Au vu de ce qui précède, les griefs invoqués le 29 mai 2012 par la recourante sont entièrement mal fondés. Quoi qu'il en soit, il convient de prononcer la réforme de la décision attaquée dans les mêmes termes que ce qui avait été statué au ch. II du dispositif de l'arrêt CASSO du 4 février 2011, et pour les motifs exposés dans cet arrêt (cf. consid. 1 supra). Partant le recours est partiellement admis, la décision rendue le 7 avril 2009, reconnaissant notamment à la recourante le droit à une rente entière pour la période du 1^{er} décembre 2000 au 31 août 2002, réformée en ce sens que la rente entière d'invalidité est due pour la période du 1^{er} décembre 2000 au 28 février 2003. Les décisions rendues le 7 avril 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées pour le surplus. La recourante qui obtient partiellement gain de cause a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 500 fr., leur montant étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité de l'affaire (art. 61 let. g LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]; 55 al. 1 LPA-VD [loi cantonale sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36]). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire (art. 52 LPA-VD).