

VD_GERICHTE ZD12.003939 vom 13. Januar 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-01-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.003939

FR: VD_GERICHTE ZD12.003939 du 13 janvier 2014

IT: VD_GERICHTE ZD12.003939 del 13 gennaio 2014

Erwägungen

E. 1

Anamnèse (historique médicale)? cf extraits du dossier, affection et plaintes actuelles, anamnèse familiale, anamnèse par systèmes, anamnèse psychosociale.

E. 2

Etiologie de l'affection en cause (origine et causes)? Comme mentionné dans l'appréciation, la symptomatologie douloureuse est dans un premier temps attribuable à la fracture des apophyses transverses droites de L2 et de L3, indiscutablement attribuables de manière certaine au traumatisme subi le 11.12.2003. Cependant, on doit actuellement admettre que l'accident n'a actuellement plus d'influence prépondérante sur la symptomatologie actuelle, et qu'il n'y a pas de séquelles dudit accident mises en évidence sous forme de lésions anatomiques démontrables.

E. 3

Diagnostic? cf diagnostics.

E. 4

Constatations objectives et subjectives? cf status et plaintes actuelles.

- 6 -

E. 5

Plaintes de la patiente? cf affection et plaintes actuelles.

E. 6

La guérison suit-elle un cours normal? D'un point de vue subjectif non, compte tenu que les douleurs apparues lors du traumatisme persistent encore à l'heure actuelle. D'un point de vue objectif, il n'y a actuellement plus de séquelles démontrables de l'accident subi, on remarquera cependant que les fragments des apophyses transverses fracturées ne se sont plus "ressoudés" à l'apophyse transverse restant attachés au corps vertébral de L2 et L3 ceci consistant cependant en une évolution normale après fractures des apophyses transverses, ce type de fractures n'étant à ma connaissance pas traité chirurgicalement par ostéosynthèse ou mise en place d'un corset lombaire et on ne peut exiger une restitution ad integrum dans le sens d'un état identique à l'état antérieur après ce type de fracture pour considérer une guérison normale. D'un point de vue ostéo-articulaire anatomique, la guérison a suivi un cours normal. La scintigraphie osseuse ne démontre pas d'hyperactivité dans les zones fracturées ou d'éventuels indices pour une "pseudarthrose".

E. 7

Subsiste-t-il actuellement une réduction de la capacité de travail? D'un point de vue rhumatologique seul, il n'y a actuellement pas d'incapacité de travail pour les activités légères ne nécessitant pas des mouvements de flexion/extension répétitifs du tronc, le port de charges supérieures à 15kg, des mouvements répétitifs en porte-à-faux. Pour une activité de vendeuse dans une boutique de vêtements, pour autant que les limitations fonctionnelles évoquées ci-dessus soient respectées, la capacité de travail est complète. On relèvera cependant qu'au vu de la longue période d'incapacité de travail, il serait souhaitable que la patiente puisse bénéficier d'une période de réentraînement au travail en débutant avec un pourcentage de 20%, ce dernier devant être augmenté graduellement de 20% tous les deux mois jusqu'à une capacité de travail complète de 100% au plus tard dans 8 mois. a) le cas échéant, dans quelle mesure (%), compte tenu de l'âge et de l'activité? b) dans le cas contraire, quand l'incapacité de travail a-t-elle pris fin ou aurait-elle dû prendre fin? D'un point de vue médicothéorique, l'incapacité de travail aurait dû prendre fin du moins partiellement, début janvier 2006.

E. 8

Les plaintes du patient et les troubles constatés sont-ils dus de façon certaine, probable ou seulement possible à l'accident en question? Les fractures des apophyses transverses droites de L2 et de L3 sont dues de manière certaine à l'accident du 11.12.2003. Les plaintes actuelles ne sont actuellement que possiblement attribuables à l'accident en question.

E. 9

Des maladies ou accidents antérieurs et/ou intercurrents jouent-ils un rôle, ceci pour autant que des suites de l'événement invoqué soient en cause? a) le cas échéant, quels sont ces facteurs et quelle est leur importance, respectivement influence (%)? b) le cas échéant, y a-t-il lieu de limiter la causalité adéquate dans le temps? Actuellement pas de maladie intercurrente mise en évidence ni de nouveau traumatisme. c) Le cas échéant, à partir de quand et dans quelle proportion le statu quo ante, respectivement sine a-t-il été ou sera-t-il - 7 - retrouvé/atteint? Actuellement, on doit admettre que le statu quo ante, respectivement sine a été retrouvé. d) Le cas échéant, la prédisposition constitutionnelle de la patiente se serait-elle développée certainement ou très vraisemblablement même sans l'accident? Si oui dans quelle mesure (%)? Je ne peux répondre à cette question. e) L'existence de signes de dégénérescence peut-elle être démontrée? Non, il n'y a actuellement pas de signes dégénératifs significatifs et non compatibles avec l'âge de la patiente démontrables. 10. Les suites de l'accident nécessitent-elles encore un traitement médical, respectivement les traitements actuellement prodigués sont-ils appropriés? D'un point de vue médicothéorique, il n'y a actuellement plus de séquelles ostéo-articulaires démontrables chez cette patiente. Les traitements actuellement prodigués me paraissent cependant appropriés. 11. Y a-t-il lieu d'attendre de la continuation du traitement médical en cours une sensible amélioration de l'état de santé? Compte tenu de la nature de l'affection actuelle et de l'absence de traitement vraiment validé de l'invalidité lombaire établie, ce qui semble être le cas ici, il est difficile de répondre à cette question. Un soutien régulier par le médecin traitant me paraît indispensable. 12. Propositions de mesures thérapeutiques? Soutien psychologique par le médecin traitant et encouragement à reprendre une activité physique régulière, mesures thérapeutiques actives uniquement. 13. Pronostic quant à une reprise totale, respectivement partielle du travail? a) le cas échéant, une augmentation de la capacité de travail est-elle envisageable à court ou moyen terme? d'un point de vue rhumatologique seul oui, et selon

les modalités décrites précédemment, et en tenant compte de la longue période d'incapacité de travail, une reprise de travail à 20% en tant que vendeuse dans une boutique est envisageable. 14. Quelle est la capacité de travail exigible dans la profession? Dans la profession de vendeuse dans une boutique, la capacité de travail exigible est, d'un point de vue rhumatologique, de 80%. Compte tenu de la longue période d'incapacité de travail, cette exigibilité devrait débiter avec un taux de 20%, à augmenter tous les deux mois de 20% jusqu'au taux total de 100%. 15. Quelle est la capacité de travail exigible dans une activité adaptée à l'état de santé, respectivement dans quel type d'activité? D'un point de vue rhumatologique seul, et au vu de la profession exercée jusqu'à ce jour à savoir celle de vendeuse dans une boutique de confection, il n'y a pas lieu d'envisager un reclassement professionnel afin d'augmenter l'exigibilité de la capacité de travail. 16. Subsistera-t-il vraisemblablement une invalidité psychique ou physique en relation avec l'accident en question (réduction durable de la capacité de travail/séquelles définitives)? a) le cas échéant, en quoi consiste-t-elle (nature) et quel serait le taux (%) d'invalidité anatomique? D'un point de vue

- 8 - rhumatologique seul, il n'y a actuellement pas de lésions anatomiques objectivables, séquellaires à l'accident et entraînant une limitation fonctionnelle voire une incapacité de travail. Je ne peux cependant me prononcer sur l'existence ou l'atteinte d'une affection psychique, la patiente ne mentionne pas faire des cauchemars réguliers suite à son accident, elle n'a également pas de crainte systématique lorsqu'elle traverse la route, mais ne se rend cependant plus sur les lieux de l'accident et ne traverse plus la route à cet endroit. Je vous propose d'adresser Mme X. _____ à un confrère psychiatre, afin de déterminer s'il existe des éléments permettant de retenir le diagnostic de stress post-traumatique, de déterminer si la patiente présente une affection psychiatrique, ayant valeur de maladie et justifiant une incapacité de travail, et enfin de déterminer le type de personnalité de la patiente".

L'assurée a déposé, le 30 janvier 2006, une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une rente. A cette occasion, elle a précisé ne pas avoir eu de travail durant les trois dernières années. Le 24 février 2006, elle a encore précisé qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% par nécessité financière depuis janvier 2004. Selon l'extrait de compte individuel du 27 février 2006, la dernière activité professionnelle inscrite de l'assurée remontait au mois de décembre 2002. Dans un rapport à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) du 16 mars 2006, le Dr C. _____ a posé les diagnostics de lombosacralgie chronique droite post-traumatique et status après fracture des apophyses transverses L2-L3 droites le 11 décembre 2003, et d'état dépressif sévère, en partie post-traumatique, depuis 2004. Ce médecin attestait une incapacité de travail de 100% du

E. 11

Thématique dépression: nous avons exactement transcrit ce que l'assurée nous a dit.

E. 12

Rapport de la Dresse G. _____ du 04.10.2006: nous avons correctement cité l'incapacité de travail entre décembre 2003 et décembre 2008 mais pas précisé que ceci est en tant que vendeuse puisque, plus tard, nous avons décrit une capacité de travail de 30% était admise en tant que "maman de jour".

E. 13

Trittico avec un T à la place de TT: erreur admise.

E. 14

Résultats insuffisants dans le dosage de Trittico: la demi-vie de la substance est de 6,6 heures. L'assurée nous a affirmé prendre régulièrement 3 cps tous les soirs. Le résultat objectif ne correspondait absolument pas à cette prise annoncée, les critiques formulées sont caduques.

E. 15

Critiques à l'utilisation du système AMDP, EDR, échelle CIM-10. L'avocat montre ici une méconnaissance de la différence d'approche entre un médecin traitant et un médecin expert. Le fort du Dr A. _____ était effectivement d'amener une compréhension détaillée du passé, de l'histoire familiale, personnelle et intrapsychique de l'assurée mais, le passé n'a que peu d'impact (ou que sous certaines conditions) pour le présent ou le futur. En expertise médicale (somatique ou psychiatrique) des outils sont nécessaires pour cerner le maximum possible, objectivement l'état d'une personne. Il y a pour notre domaine des difficultés particulières, nous n'avons par exemple pas, comme nos confrères somaticiens, des mensurations à disposition pour cerner l'état objectif. De ce fait, des outils supplémentaires sont indispensables pour réduire la marge d'interprétation subjective. Nous avons déjà fait des remarques par rapport aux tests projectifs qui sont de moins en moins utilisés en expertise psychiatrique.

E. 16

Les 20 dernières années l'évolution en psychiatrie est allée vers une approche beaucoup plus descriptive et chaque diagnostic sous-entend des critères spécifiques. Ici l'approche américaine DSM n'est pas différente de la CIM, ce dernier code étant choisi pour la Suisse par des directeurs sanitaires comme base. Ce code a été affiné dans les critères avec une variante "pour la recherche", ce qui intervient dans les grilles que nous utilisons de temps à autre. Il ne s'agit donc pas du tout d'un choix arbitraire, mais de la base scientifique actuellement reconnue et un outil qui réduit le plus possible (un 100% n'est jamais possible) la marge de subjectivité. Cette base représente le consensus mondial actuel.

E. 17

Dans le même ordre d'idées, comme déjà écrit précédemment, les éléments du fonctionnement dans la réalité jouent un rôle nettement plus important que les visions subjectives et les plaintes". Dans un avis du 1er février 2010, la Dresse M. _____ du SMR a relevé que le complément d'expertise du Dr S. _____ confirmait l'absence de psychopathologie chez l'assurée et prenait clairement position par rapport à l'appréciation du Dr A. _____, qui avait été soumise à l'expert à cette occasion. La Dresse M. _____ proposait dès

- 23 - lors de suivre les conclusions de cette expertise, qu'elle jugeait étayée et convaincante. Le 20 avril 2010, l'OAI a communiqué à l'assurée un nouveau projet de décision, annulant et remplaçant celui du 2 octobre 2008, dont la teneur était la suivante: "Après examen de votre dossier et suite à l'analyse médicale et économique de votre situation, nous constatons que depuis votre accident survenu le 11 décembre 2003 (début du délai d'attente d'un an), vous rencontrez des difficultés à effectuer vos travaux ménagers. Après avoir travaillé à 50% dans une boulangerie industrielle de novembre 1997 à décembre 2001, vous avez donné votre congé car vous aviez des difficultés pour garder vos enfants. Par la suite, vous avez travaillé à temps partiel dans la vente par téléphone en 2002 puis en 2003 comme vendeuse dans une boutique. Vous avez également cessé cette activité pour vous consacrer

à 100% à l'éducation de vos enfants et à votre ménage. Nous vous avons donc considérée comme ménagère à 100% jusqu'au mois d'août 2005. En effet, dès cette date, nous devons admettre un changement de statut et vous considérer comme active à 100% en raison de la séparation d'avec votre mari. Sur base de l'enquête effectuée à votre domicile, nous constatons que l'importance de vos empêchements ménagers atteint 4,4% jusqu'en août 2005. Afin de déterminer la capacité de travail exigible dans vos activités habituelles (de ménagère et vendeuse) et dans une activité adaptée à votre état de santé, le Service médical régional AI a estimé qu'une expertise psychiatrique était indispensable. Vous avez été convoquée par le Dr S. _____, spécialiste FMH en psychiatrie, à Yverdon. Dans son rapport du 21 janvier 2008 ainsi que son complément d'expertise du 12 décembre 2009, le Dr S. _____ ne retient aucune pathologie psychiatrique pouvant justifier une incapacité de travail. Nous tenons à relever que l'expertise du Dr S. _____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante. Sur la base des informations médicales en notre possession, le Service médical régional AI (SMR) admet que votre capacité de travail était nulle dès la date de votre accident, soit le 11 décembre 2003 jusqu'au 31 janvier 2006. Dès cette date, le SMR estime que votre capacité de travail dans votre activité de vendeuse est de 80% et de 100% dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 10kg, pas de porte-à-faux, alternance de positions assise et debout). Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas – comme c'est votre cas – repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles

- 24 - résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé [...]. On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006 (année d'ouverture du droit à la rente [...]), CHF 4'116.00 par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,6 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'280.64 (CHF 4'116.00 x 41,6 : 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51'367.68. Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité/catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% [...]. Compte tenu de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 46'230.91. Selon une jurisprudence du Tribunal Fédéral [...], lorsque l'assuré a exercé différentes activités à des taux irréguliers et pour des durées limitées, il est admissible d'utiliser les gains selon l'enquête sur la structure des salaires de l'Office Fédéral de la Statistique pour estimer le revenu sans invalidité. Dès lors, ce dernier s'élève donc à CHF 51'367.68.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible: sans invalidité CHF 51'367.68 avec invalidité CHF 46'230.91 La perte de gain s'élève à CHF 5'136.77 = un degré d'invalidité de 10% Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité. Notre décision est par conséquent la suivante: A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 11 décembre 2004, vos empêchements ménagers n'atteignent que 4,4%. Le droit à la rente n'est donc pas ouvert. Toutefois, à partir du mois d'août 2005, suite à votre changement de statut (de ménagère à 100%, nous avons admis de vous considérer comme active à 100% en raison de votre séparation), nous vous reconnaissons le droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 avril 2006.

- 25 - Par conséquent, dès le 1er août 2005, vous avez droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 avril 2006 (soit après 3 mois d'amélioration depuis le 31 janvier 2006)."
Interpellé par l'assurée, l'OAI lui a fait savoir, le 2 juillet 2010, que son statut de ménagère avait été établi sur la base de l'enquête économique sur le ménage et que selon l'extrait de son compte individuel, elle n'avait pas eu d'activité déclarée entre 2003 et 2007. Le 20 décembre 2011, l'OAI a rendu une décision confirmant intégralement son projet du 20 avril 2010. B. Par acte de son conseil du 1er février 2012, X._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales, en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 11 décembre 2004. En substance, elle conteste devoir être considérée comme ménagère pour la période antérieure au 1er août 2005, faisant valoir que, sans problème de santé, elle aurait repris une activité professionnelle dès le mois de décembre 2004. Dans un autre moyen, elle soutient que, sur le plan somatique, l'OAI aurait dû tenir compte de la reprise d'activité par paliers suggérée par le Dr H._____. Elle ajoute que ce médecin se place sous l'angle de l'analyse du rapport de causalité avec l'accident de décembre 2003, sans intégrer la problématique psychiatrique. A ce niveau, elle soutient que seule l'expertise du Dr A._____ est probante, et non celle du Dr S._____, lequel admet au demeurant ne pas pouvoir se prononcer sur la période antérieure à son examen. Elle en déduit que son incapacité de travail a perduré au-delà du 1er mai 2006 et que l'octroi d'une rente entière est justifié. A l'appui de son recours, la recourante produit un onglet de pièces sous bordereau, qui comprend en particulier une attestation du 31 janvier 2007, selon laquelle elle a travaillé durant toute l'année 2003 comme maman de jour pour deux enfants nés en 1996 et 1997, pour un salaire mensuel de 1'000 francs. Elle produit également un complément d'expertise du Dr A._____ du 15 mai 2008, dans lequel ce médecin indique avoir donné une appréciation de l'influence de l'accident de décembre 2003 concernant de manière globale les activités tant

- 26 - professionnelles que ménagères de l'assurée. Cette dernière joint encore un rapport du 30 mars 2010 du Dr N._____, médecin praticien, qui pose les diagnostics de lombalgies post-traumatiques et de douleurs lombaires invalidantes avec quelques répercussions névralgiques, et atteste une capacité de travail de 20 à 50% uniquement dans certaines activités sans efforts physiques, précisant que la recourante a de la difficulté à se déplacer, porter de lourdes charges, plier les genoux, se pencher en avant et travailler en plusieurs positions. Ce médecin ajoute que sa patiente souffre d'une discopathie dégénérative et d'une arthrose étagée L3 à S1, pathologie aggravée par l'événement traumatique. La recourante produit enfin un rapport du 15 février 2010 du Dr C._____ à son avocate, selon lequel une IRM lombaire du 17 décembre 2009 a mis en évidence une discopathie dégénérative moyennement avancée au niveau L4-L5 et L5-S1 avec protrusion médiane des

disques concernés, les autres disques lombaires étant de signal et morphologie normaux. Le Dr C. _____ note également une diminution des diamètres du canal lombaire de type constitutionnel sur les deux derniers espaces lombaires ainsi qu'une discrète arthrose facettaire étagée depuis L3 jusqu'à S1, le reste du status étant dans la norme. Dans sa réponse du 8 mars 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Il joint à son envoi un avis du Dr [...] du SMR du 1er mars 2012, pour lequel les rapports des Drs N. _____ et C. _____ produits en recours n'apportent pas d'éléments nouveaux susceptibles de remettre en cause la position de l'intimé. Le 16 mai 2012, la recourante a encore produit un certificat médical du 30 avril 2012 du Dr N. _____, faisant état d'une incapacité de travail de 50% pour une période indéterminée et d'une IRM du mois d'août 2011 attestant une légère aggravation de la situation. E n d r o i t :

- 27 - 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'AI, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable en la forme. b) La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 consid. 2c).

- 28 - b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit à une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2006, singulièrement sur le point de savoir si les pièces médicales au dossier permettaient de conclure à une amélioration de l'état de santé de la recourante justifiant la suppression de la rente servie depuis le 1er août 2005, ainsi que sur la question du statut de la recourante pour la période antérieure à cette date. 3. a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 136 V 24 consid. 4.3; TF 9C_285/2012 du 31 août 2012 consid. 5.1). b) Par conséquent, le droit à une rente AI doit être examiné, après le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (cf. ATF 130 V 448, spéc. p. 455; cf. également

ATF 130 V 329). En tout état de cause, les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées jusqu'alors par la jurisprudence (cf. ATF 130 V 343 consid. 2 à 3.6). De même, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité que ce soit sous l'empire de la 4ème révision de la LAI (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4; TFA I 404/05 du 19 septembre 2006 consid. 3) ou de la 5ème révision de cette loi (cf. TF 8C_373/2008 du 28 août 2008 consid. 2.1). 4. 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

- 29 - 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur antérieure au 1er janvier 2004, 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. Depuis le 1er janvier 2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, et art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur dès le 1er janvier 2008). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et

- 30 - s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – 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. 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; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). 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 exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3a). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3.b/cc et les références). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés

- 31 - dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). d) Selon la jurisprudence (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (correspondant à l'ancien art. 41 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité, RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

- 32 - Lorsque l'autorité alloue rétroactivement une rente d'invalidité dégressive ou temporaire et que seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer sur des périodes au sujet desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V

413, confirmé in: ATF 131 V 164). 5. a) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte –, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (ATF 137 V 334 consid. 3.1). Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI, en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour cent et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1; TF 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.1 et les références citées). Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA, 5 al. 1 LAI et 27 RAI; cf. TF 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.2). Par travaux habituels, il faut notamment entendre

- 33 - l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI, en corrélation avec l'art. 27bis RAI; cf. ATF 137 V 334 consid. 3.1.3; TF 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.3). b) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334

- 34 - consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.2). c) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait 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 s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 130 V 61 consid. 6.1; TF 9C_716/2012 du 11 avril 2013 consid. 4.2 et les références citées). 6. a) En l'espèce, l'OAI a accordé à la recourante une rente limitée dans le temps, soit du 1er août 2005 au 30 avril 2006, le droit à la prestation étant au surplus nié pour la période courant dès le 1er mai 2006. b) S'agissant du droit à la rente pour la période antérieure au 1er août 2005, la recourante fait valoir que c'est à tort que l'OAI a retenu un statut de ménagère à 100% et appliqué la méthode spécifique au calcul du droit à la rente. Elle soutient qu'elle aurait repris une activité professionnelle dès décembre 2004 si elle avait été en bonne santé. La recourante ne peut toutefois être suivie: il ressort en effet du rapport de la Dresse T._____ du 14 avril 2005 qu'elle a travaillé dans une boutique à 80% jusqu'à sa deuxième grossesse et a été ensuite femme au foyer. Selon le rapport du Dr H._____ du 31 janvier 2006,

- 35 - l'assurée avait décidé, en 2002, de cesser son activité professionnelle pour mieux s'occuper de sa fille, projetant une reprise d'activité une fois celle-ci scolarisée. Cette affirmation est en tout point similaire à celle faite à l'enquêtrice à l'occasion de l'enquête économique sur le ménage du 16 novembre 2006. Dans ce cadre, l'assurée a en effet expliqué avoir interrompu son activité de vendeuse dans une boutique de vêtements au motif que sa fille de trois ans était malade chaque fois qu'elle devait aller chez la maman de jour. Dans ces conditions, l'enquêtrice a retenu un statut de ménagère à 100% jusqu'en août 2005, soit la date à compter de laquelle sa fille avait été scolarisée. L'assurée elle-même a indiqué à l'appui de sa demande de prestations du 30 janvier 2006 ne pas avoir eu de travail durant les trois dernières années et son extrait de compte individuel ne comporte pas d'inscription ultérieure au mois de décembre 2002. La seule production d'une attestation selon laquelle elle se serait occupée d'enfants durant l'année 2003, à un taux qu'elle estime de l'ordre de 60%, ne suffit dès lors pas à remettre en cause le statut de ménagère à 100% retenu par l'intimé pour la période antérieure à août 2005. Il résulte de ce qui précède que l'OAI était fondé, pour la période antérieure au 1er août 2005, à arrêter le taux d'invalidité de la recourante en se basant sur la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (cf. supra, consid. 5a et b). A cet égard, l'enquête ménagère a permis d'établir que les empêchements au plan ménager ne s'élevaient qu'à 4,4 pour cent. Dans la mesure où le rapport d'enquête a été élaboré par une personne qualifiée, qui s'est déplacée au domicile de l'assurée et avait connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des diagnostics posés, qu'il tient en outre compte des indications données par l'intéressée et présente un contenu plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée, en particulier en ce qui concerne les limitations, il constitue une base fiable d'appréciation (cf. supra, consid. 5c). La décision attaquée doit dès lors être confirmée en tant qu'elle retient une ouverture du

droit à la rente le 1er août 2005, dans la mesure où, du 11 décembre 2004 (date de l'ouverture du droit à la rente,

- 36 - cf. art. 29 LAI) au 31 juillet 2005, les empêchements ménagers, évalués à 4,4%, étaient insuffisants pour ouvrir un droit à la rente. 7. a) Est encore litigieuse la suppression de la rente à compter du 30 avril 2006, étant précisé qu'il n'est pas contesté qu'à compter du 1er août 2005, la recourante doit être considérée comme active à 100% et que le changement de statut a conduit l'OAI à lui reconnaître le droit à une rente entière jusqu'au 30 avril 2006. L'OAI a fondé sa position sur le rapport du Dr H. _____, d'une part, ainsi que sur ceux du Dr S. _____, d'autre part, retenant une amélioration de l'état de santé de la recourante survenue trois mois plus tôt (cf. art. 88a al. 1 RAI), soit au 31 janvier 2006, et lui ayant permis de recouvrer une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, respectivement de 80% dans son ancienne activité de vendeuse. Cette appréciation est critiquée par la recourante, qui conteste en substance l'appréciation du Dr S. _____ et soutient que son incapacité a perduré au-delà du 31 janvier 2006. b) Il convient en premier lieu d'analyser la situation de la recourante sur le plan somatique. A cet égard, il est constant que celle-ci a présenté une incapacité de travail totale à la suite de l'événement du 11 décembre 2003. Dans son rapport du 14 avril 2005, la Dresse T. _____ a posé les diagnostics de lombalgies mécaniques persistantes et de status après fractures des apophyses transverses L2 et L3 droites le 11 décembre 2003. Elle a relevé que la recourante ne présentait pas de trouble significatif quant à la statique rachidienne. Elle a ajouté qu'elle avait tenté de rassurer sa patiente en lui précisant que moyennant reprise d'une activité sportive régulière, la situation devrait progressivement s'améliorer. L'assurée a ensuite été examinée, en décembre 2005, par le Dr H. _____. Ce dernier a posé les mêmes diagnostics que ceux retenus par la Dresse T. _____, à savoir ceux de lombalgies chroniques non spécifiques et de fractures des apophyses transverses L2 et L3 à droite

- 37 - traumatiques le 11 décembre 2003. Il a estimé que si l'étiologie des lombalgies était dans un premier temps attribuable au traumatisme accidentel survenu à cette date, leur persistance n'était plus explicable aujourd'hui selon un modèle biomédical seul, étant admis que dans les cas des lombalgies chroniques, les phénomènes psychosociaux prenaient une part prépondérante. Ainsi, le Dr H. _____ a retenu que d'un point de vue objectif, il n'y avait actuellement plus de séquelles démontrables de l'accident du 11 décembre 2003, relevant encore que d'un point de vue ostéo-articulaire anatomique, la guérison avait suivi un cours normal. Il en déduisait dès lors que d'un point de vue rhumatologique seul, il n'y avait actuellement pas d'incapacité de travail pour les activités légères ne nécessitant pas de mouvements de flexion/extension répétitifs du tronc, de port de charges supérieures à 15kg et de mouvements répétitifs en porte-à-faux. Il estimait toutefois que vu la longue période d'inactivité, il serait souhaitable que la recourante puisse bénéficier d'une période de réentraînement au travail, avec un pourcentage débutant à 20%, augmenté graduellement de 20% tous les deux mois, jusqu'à une capacité de travail complète au plus tard huit mois après. Dans l'activité de vendeuse, le Dr H. _____ a évalué la capacité de travail à 80 pour cent. Cette appréciation n'est pas contredite par celle du Dr N. _____ du 30 mars 2010: ce médecin pose également le diagnostic de lombalgies. Il fait en outre mention d'une discopathie dégénérative et d'une arthrose étagée L3-S1, ce dont le Dr H. _____ avait également connaissance. Quant aux limitations fonctionnelles retenues par le Dr N. _____ (difficultés à se déplacer, porter de lourdes charges, plier les genoux, se pencher en avant, travailler dans plusieurs positions), elles sont sans divergence avec celles

retenue par le SMR (pas de port de charges de plus de 10kg, pas de porte-à-faux, alternance des positions assise et debout). Finalement, seule l'appréciation de la capacité de travail diffère. Toutefois le Dr N._____ n'explique pas pour quelles raisons il estime la capacité de travail de sa patiente entre 20 et 50 pour cent. Quant au rapport du Dr C._____ du 15 février 2010, il s'appuie sur un rapport d'IRM lombaire du 17 décembre 2009 faisant état d'une discopathie dégénérative moyennement avancée au niveau L4-L5 et L5-S1, sans signe de hernie discale. Or, ces lésions

- 38 - étaient déjà décrites dans le rapport d'IRM lombaire du 8 octobre 2004 cité par le Dr H._____. Le Dr H._____ a rédigé son rapport après avoir examiné la recourante, pris soin de relever ses plaintes, et a tenu compte de l'ensemble des éléments au dossier. Les conclusions de son rapport du 31 janvier 2006 sont claires et motivées, et son contenu dénué de contradiction. Son rapport d'expertise doit dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante. Dans la mesure où ce médecin reconnaît à la recourante une capacité de travail de 20% à la date de l'expertise, augmentée tous les deux mois de 20% pour atteindre 100% en août 2006, on en tiendra donc compte dans le cadre de la détermination du taux d'invalidité (cf. infra, consid. 8). Quant au grief selon lequel le Dr H._____ se serait placé sous l'angle de l'analyse du rapport de causalité avec l'accident de décembre 2003, sans intégrer la problématique psychiatrique, il doit être rejeté: l'expert a procédé à un examen complet de la recourante au plan somatique. Il a toutefois relevé qu'il convenait de l'adresser à un psychiatre, afin que ce dernier détermine si la patiente présente une affection psychiatrique. Le Dr H._____, qui est rhumatologue, n'avait pas à procéder à l'analyse de la situation de l'assurée au plan psychique. On relèvera encore que l'OAI a du reste complété l'instruction du cas par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. c) Il convient ensuite d'examiner la situation de la recourante au niveau psychiatrique. Dans ce contexte, l'intéressée a été examinée par les Drs S._____ et A._____. Dans un rapport du 4 octobre 2006 à l'OAI, la Dresse G._____ a diagnostiqué un état de stress post-traumatique et un syndrome douloureux chronique lombo-sacré post-traumatique existant depuis 2003. Elle a retenu une incapacité de travail totale de décembre 2003 à décembre 2008 comme vendeuse, et une capacité de travail de 30% comme maman de jour.

- 39 - Le Dr A._____ a retenu, le 21 décembre 2007, les diagnostics de dysthymie ou de trouble anxieux et dépressif mixte, relatif à un état de stress post-traumatique qui était en voie de s'amender chez une personnalité du registre des états limites inférieurs proche de la borderline, estimant la capacité de travail nulle jusqu'à fin juillet 2008, à 30% d'août à fin octobre, à 60% dès le 1er novembre et à 100% dès le 1er janvier 2009 par rapport à l'accident. Dans son rapport d'examen du 21 janvier 2008, le Dr S._____ n'a pour sa part retenu aucun diagnostic au plan psychiatrique, ni retenu d'incapacité de travail. Il a examiné en premier lieu ce qu'il en était de l'allégation d'un état de stress post-traumatique. Dans ce contexte, il a expliqué avoir abordé en détail le déroulement de l'accident avec l'assurée. A aucun moment des mémorisations, il n'a observé une réaction émotionnelle particulière. Compte tenu des descriptions données de l'accident par la recourante et de l'appréciation de l'expert, ce dernier a constaté qu'elle avait tout à fait normalement et complètement intégré le fait que l'événement avait eu lieu et qu'il n'avait pas conduit à des séquelles graves. Quant au syndrome somatoforme, le Dr S._____ a noté que l'essentiel du décalage entre la souffrance personnelle et la pauvreté des constats médicaux (rhumatologiques et psychiatriques confondus) s'expliquaient par des facteurs extra-médicaux (mécontentement et revendication dans le conflit assécurologique,

dégradation de la situation du couple avec augmentation de charge en tant que mère éducative, diminution des ressources financières, diminution de la disponibilité pour le travail extérieur). Compte tenu du rapport du Dr A. _____ dont il n'avait pas connaissance lorsqu'il a adressé son rapport du 21 janvier 2008 à l'OAI et des observations de la recourante au projet de décision de l'OAI, le Dr S. _____ l'a reconvoquée et réexaminée. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 12 décembre 2009, il a maintenu sa position, savoir l'absence de diagnostic au plan psychiatrique et une capacité de travail entière. Il a expliqué de façon détaillée pour quels motifs il ne pouvait suivre le test d'intelligence effectué par le Dr A. _____, en particulier la

- 40 - notion de déficience mentale avec graves troubles de la préhension de la réalité, dès lors que l'assurée avait réussi son émigration, sa vie conjugale pendant plusieurs années et l'éducation et l'encadrement corrects de ses deux enfants, qu'elle était admise officiellement par le Service des "mamans de jour" du canton de Vaud, qu'elle assumait seule sa vie depuis la séparation d'avec son époux, y compris toutes les tâches y relatives, et qu'elle avait exercé pendant plusieurs années des activités professionnelles dans le télémarketing, comme coiffeuse et vendeuse. Le Dr S. _____ a encore expliqué qu'il relativisait très fortement les tests projectifs en expertise médicale (soit in casu TAT et Rorschach), qui étaient très sensibles à l'interprétation. Il a en outre relevé que dans le chapitre "observations" du Dr A. _____ se trouvait une importante dominance de notions subjectives issues des énoncés de l'assurée ("Elle décrit...", "Elle dit...", "Elle nous explique..."), lesquelles auraient dû figurer dans le chapitre des plaintes. L'expert S. _____ en déduit que les données objectives du Dr A. _____ sont très maigres. Sur le plan diagnostic, le Dr S. _____ relève que les diagnostics de dysthymie et d'état anxieux dépressif mixte appartiennent à une catégorie "inférieure" à la notion d'un état dépressif clinique et proprement dit. Le Dr S. _____ expose ensuite de façon détaillée pourquoi les critères permettant de retenir un état de stress post-traumatique ne sont pas réalisés. Il a également relevé que la recourante ne prenait aucun anti-dépresseur et ne présentait pas d'altération thymique majeure et significative. Le Dr S. _____ a enfin constaté qu'entre 2008 et 2009, l'assurée avait gagné en fonctionnalité sur plusieurs registres. On retiendra que le Dr A. _____ s'est fondé en grande partie sur les déclarations de la recourante pour établir son rapport d'expertise. Pour rédiger son complément du 15 mai 2008, au demeurant antérieur au rapport complémentaire du Dr S. _____, le Dr A. _____ n'a par ailleurs pas revu l'assurée. Pour sa part, le Dr S. _____ a examiné la recourante à deux reprises, en 2008 et 2009, pour rédiger son rapport d'expertise et son complément. Il a expliqué de façon claire et très étayée pour quels motifs il ne retenait pas de diagnostic psychiatrique et pour quelles raisons il ne pouvait suivre l'appréciation de son confrère. En particulier, il s'est

- 41 - déterminé sur les tests projectifs et son complément d'expertise est fouillé et exempt de contradictions. Les considérations qui précèdent commandent de se rallier à l'appréciation pleinement convaincante du Dr S. _____ et de retenir que l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail au niveau psychiatrique. 8. Il reste à déterminer le calcul du degré d'invalidité, compte tenu des taux d'incapacité retenus dans l'expertise – probante – du Dr H. _____. A cet égard, il convient de retenir la fin du mois d'avril 2006 comme date d'amélioration de son état de santé, puis une capacité de travail et de gain de 40% dès le 1er mai 2006 et de 60% dès le 1er juillet 2006. Il en résulte que conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, la recourante a dès lors droit à une rente entière jusqu'au 31 juillet 2006 (soit trois

mois après l'amélioration précitée), puis à trois quarts de rente dès le 1er août 2006 et jusqu'au 30 septembre 2006. La décision sera donc réformée dans cette mesure. 9. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être très partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er août 2005 au 31 juillet 2006, puis à trois quarts de rente du 1er août 2006 au 30 septembre 2006. 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 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, la recourante voit ses conclusions très partiellement admises et 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.

- 42 - b) Ayant obtenu très partiellement gain de cause, la recourante peut prétendre à une indemnité de dépens réduits à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), qu'il y a lieu de fixer à 500 francs. 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 Irène Wettstein Martin, à compter du 1er février 2012. Cette dernière a chiffré à quinze heures et vingt-cinq minutes le temps consacré à ce dossier. Après examen, le temps consacré à la réalisation des opérations listées paraît adapté. C'est ainsi un montant de 2'775 fr. (15h25 x tarif horaire de 180 fr.), qui doit être retenu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées dès le 1er février 2012, plus TVA à 8% d'un montant de 222 francs. En outre, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, il convient d'allouer à Me Wettstein Martin le montant de 152 fr. qu'elle réclame à titre de débours. En définitive, l'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 3'149 francs. 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. 122 al. 1 let. a et b, et 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3], par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.