

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 novembre 2011

---

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE

Juges : Mmes Thalmann et Pasche

Greffière : Mme Donoso Moreta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**L.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante

et

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

---

**Art. 6, 7 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI**

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

**A.** L.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1951, est titulaire depuis 1977 d'une licence universitaire en sciences économiques et sociales. Depuis l'obtention de son diplôme, elle a exercé de nombreuses activités professionnelles pour lesquelles elle était surqualifiée et qui pour la plupart n'ont duré que quelques mois. Depuis le 29 janvier 2007, elle travaille comme téléphoniste environ 10 heures par semaine, soit à un taux approximatif de 25%.

Le 13 juillet 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), visant à l'octroi d'une rente d'invalidité pour des troubles d'ordre psychique (dépression).

Dans un rapport médical du 3 octobre 2005, le Dr O.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a posé, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente, un trouble dépressif récurrent avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur et un trouble de la personnalité à traits évitants et immatures. Il a attesté une incapacité de travail de 80% dans l'activité habituelle de téléphoniste depuis 1985. Dans un courrier joint à son rapport, le Dr O.\_\_\_\_\_ a en outre mentionné ce qui suit :

« Tout au long de son parcours, Madame L.\_\_\_\_\_ a exprimé un profond malaise existentiel avec des sentiments d'angoisse et de tristesse permanents, l'impression d'être malheureuse avec son partenaire et à son poste de travail. Sur le plan professionnel, elle n'a jamais pu exercer une activité à temps complet, se sentant hésitante, stressée et épuisée. Depuis 1995, elle a formulé à plusieurs reprises son intention d'annoncer sa situation à l'Assurance-invalidité, mais ensuite s'est retirée et ne s'est plus présentée à la consultation. Dans le cadre de son ambivalence persistante, il a été très difficile d'établir un suivi médical régulier et d'obtenir une attitude de collaboration par rapport à une médication régulière.

Objectivement, il existe sans doute une affection psychiatrique majeure dans le sens d'un trouble de la personnalité au fonctionnement psychotique et aux traits évitants et d'un trouble

dépressif récurrent sévère. Cette affection explique d'une part l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle régulière et d'autre part le caractère tardif de la présente demande.

Pour toutes ces raisons, j'estime qu'il est justifié d'accorder à Madame L.\_\_\_\_\_ des prestations sous forme d'une rente d'invalidité totale, en tenant compte d'une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 20%. »

A la demande de l'OAI, l'assurée a fait l'objet, le 8 août 2007, d'un examen psychiatrique par la Dresse F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), qui a retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, status après épisodes d'intensité sévère, actuellement en rémission presque complète (F 33.4) et une personnalité dépendante (F 60.7). La Dresse F.\_\_\_\_\_ a fait état d'une capacité de travail de 50% sur le plan psychiatrique, exigible tant dans l'activité habituelle de téléphoniste que dans une activité adaptée, et a mentionné notamment ce qui suit :

**« APPRECIATION DU CAS**

[...]

L'appréciation de ce jour met en évidence une assurée de bonne constitution psychique, vive et intelligente. Son anamnèse familiale est positive essentiellement sur le plan de la dépression, avec un frère décédé par suicide. L'assurée a eu incontestablement des épisodes dépressifs d'intensité sévère dans son existence, avec les tentamens mentionnés ci-dessus. Il ne s'agit toutefois pas d'une dépression à caractère totalement endogène : en effet, les épisodes dépressifs prennent un caractère réactionnel et sont systématiquement liés à la solitude suivant une rupture sentimentale ou une relation d'étayage. A ce titre, on doit considérer l'assurée comme souffrant d'une personnalité dépendante qui illustre ses multiples relations conflictuelles (une personne dépendante est systématiquement déçue de ce que lui apporte l'objet de sa dépendance, avec lequel elle se met en conflit), qui, lors de sentiment d'abandon, évolue en position dépressive.

A ce titre, on doit reconnaître que la fragilité de l'assurée réduit son exigibilité professionnelle, qui est raisonnablement estimée à 50%. Par contre, il ne faudrait surtout pas que l'assurée interrompe totalement son activité professionnelle sous peine d'aggravation du sentiment de solitude, d'isolement social, de dévalorisation et donc de recrudescence des symptômes dépressifs.

Les quatre épisodes dépressifs d'intensité sévère qu'elle mentionne dans son passé ont certainement pris un caractère invalidant, mais d'une manière momentanée, non permanente. Le status actuel montre une rémission presque complète, l'examen de ce jour

montre un status insuffisant pour mentionner un épisode dépressif, même léger, au sens des classifications internationales.

Il a été vivement conseillé à l'assurée de reprendre un suivi psychiatrique afin d'améliorer sa gestion relationnelle et de développer une autonomisation dont elle est capable.

***Les limitations fonctionnelles***

Fragilité à la rupture de la relation d'étayage, tendance à entretenir des relations conflictuelles avec les objets de sa dépendance. Risque réciproque d'usure relationnelle et de recrudescence de symptômes dépressifs au cas où elle travaillerait à un taux supérieur à 50%.

***Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?***

Le rapport médical du médecin traitant de l'époque, le Dr O. \_\_\_\_\_ daté du 01.10.05, mentionne une incapacité de travail à 80% depuis 1985. L'examen de ce jour n'apporte aucun argument pour aller à l'encontre de cette datation. Par contre, le taux d'activité pourrait raisonnablement être élevé à 50%, d'autant plus que l'assurée a vraisemblablement travaillé à plusieurs reprises à un taux plus élevé.

***Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?***

L'assurée a eu des épisodes dépressifs d'intensité sévère qui ont motivé des mises en arrêt de travail ponctuels, non durables au sens de la LAI. On peut raisonnablement maintenir une exigibilité professionnelle de 50% au long cours chez cette assurée en raison d'une part de sa position dépressive, d'autre part de sa personnalité dépendante qui décompense lors de rupture d'étayage.

***Concernant la capacité de travail exigible,***

Elle peut être maintenue à 50% au long cours depuis 1985 jusqu'à actuellement. Le 80% d'incapacité établi par le rapport médical du Dr O. \_\_\_\_\_ apparaît comme erroné, d'autant plus qu'actuellement l'assurée travaille à un taux plus élevé que 20%. »

Sur demande de l'OAI, la Dresse F. \_\_\_\_\_ a complété son rapport d'expertise en établissant le 22 novembre 2007 l'avis médical suivant :

« Lorsque l'on reprend les informations obtenues lors de l'entretien ainsi que la relecture des divers rapports en notre possession, l'assurée mentionne qu'elle souffrait d'une symptomatologie dépressive depuis l'âge scolaire. On doit donc considérer que les éléments dépressifs existent depuis avant le début de l'activité professionnelle. Par contre, étant donné que l'assurée a pu mener à bien ses études et travailler par la suite, on doit considérer que ces éléments dépressifs n'ont pas forcément toujours eu un caractère invalidant. Ainsi, bien qu'elle ait commis des tentamens dans son

existence, ceux-ci l'ont empêché de travailler d'une manière ponctuelle, mais pas permanente puisque l'assurée a repris son activité professionnelle rapidement après les événements.

Il s'agit d'une femme intelligente, mais très souffrante par rapport à la solitude, dont la détresse s'exacerbe à mesure des pertes d'étayage. Au gré des éloignements et des décès de ses proches, des symptômes dépressifs sont apparus, qui disparaissent dès que l'assuré retrouve un entourage satisfaisant. On ne peut donc pas considérer que l'assurée n'a pas pu mettre en valeur sa licence. Elle a eu une pleine exigibilité professionnelle après l'obtention de celle-ci.

Le fait que l'assurée ait exercé des activités sous-qualifiées par rapport à sa licence universitaire est motivé par des raisons de conjoncture économique et de choix personnel. Il ne s'agit donc pas d'une incapacité de travail d'ordre médical.

En conséquence, la date retenue de 1985 pour le début de l'incapacité de travail apparaît, rétrospectivement, comme cohérente. Il n'y a pas de raison de modifier l'appréciation de l'examen SMR du 8 août 2007. »

Le 6 décembre 2007, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision, dans lequel il lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2004. L'OAI a retenu que l'incapacité de travail de l'assurée était de 50% dans toute activité depuis 1985, ce qui lui aurait ouvert un droit à une demi-rente d'invalidité dès 1986. Toutefois, l'assurée n'ayant déposé sa demande de prestations que le 13 juillet 2005, son droit à la rente ne courait qu'à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2004.

Le 21 janvier 2008, l'assurée a contesté ce projet de décision. Elle a notamment indiqué être désormais suivie par un nouveau médecin traitant, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne.

Dans un rapport médical du 18 février 2008, le Dr B. \_\_\_\_\_ a fait état d'un trouble dépressif récurrent, diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Il a également mentionné de l'hypertension artérielle à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Il a indiqué qu'il n'existait aucun suivi psychiatrique de l'assurée, qui travaillait comme téléphoniste à un taux de 25%, mais avec un rendement inférieur selon ses dires. Par ailleurs, l'évaluation de la Dresse F. \_\_\_\_\_ du mois d'août 2007, à savoir

un probable taux d'incapacité de travail de 50%, lui paraissait concordante avec les impressions qu'il avait pu retirer de ses trois consultations avec l'assurée.

Dans un rapport médical du 5 mars 2008, le Dr O.\_\_\_\_\_, après avoir posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent grave et de trouble de la personnalité, a confirmé que l'assurée ne présentait toujours qu'une capacité de travail résiduelle de 20%.

Par décision du 5 mai 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 6 décembre 2007 et a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité, basée sur un taux d'invalidité de 50%, dès le 1<sup>er</sup> juillet 2004.

**B.** Par acte du 4 juin 2008, L.\_\_\_\_\_ a interjeté recours contre la décision du 5 mai 2008, dont elle conclut implicitement à la réforme, dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle affirme souffrir de dépressions profondes et chroniques, caractérisées par des pensées morbides et des tentatives de suicide, et empirant à chaque événement affligeant, tel qu'un deuil familial, son divorce ou ses difficultés professionnelles. A l'appui de son recours, elle fait référence aux rapports établis par le Dr O.\_\_\_\_\_, qui attestent une capacité de travail de 20% dans son activité de téléphoniste. La recourante souligne que ce taux correspond à celui auquel elle travaille et que cette capacité de travail est même réduite tous les mois par plusieurs arrêts de travail. Elle relève que le Dr B.\_\_\_\_\_ ne la suit que depuis quelques temps, alors que le Dr O.\_\_\_\_\_ s'est occupé d'elle depuis une vingtaine d'années et est ainsi mieux à même d'apprécier sa capacité de travail. Quant à l'expertise établie par la Dresse F.\_\_\_\_\_, elle ne saurait avoir valeur probante, dès lors que l'entretien avec cette spécialiste en psychiatrie n'a duré que deux heures. L'assurée conteste également le montant de sa demi-rente d'invalidité, considérant qu'il n'est pas suffisant pour subvenir à ses besoins. Elle indique également que certains de ses revenus n'auraient pas été pris en compte dans le calcul de sa rente et fait part de son

intention d'effectuer elle-même le contrôle concernant l'enregistrement de ses salaires.

Par réponse du 8 août 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Le 18 septembre 2008, la recourante a produit les pièces suivantes :

- deux attestations émises par la Clinique psychiatrique universitaire [...], qui indiquent que l'assurée a séjourné à l'Hôpital de C.\_\_\_\_\_ dans un premier temps du 1<sup>er</sup> au 26 janvier 1979, le diagnostic posé étant celui de dépression réactionnelle chez une personnalité aux traits névrotiques, et dans un deuxième temps du 27 février au 13 mars 1985, le diagnostic étant alors celui de réaction anxio-dépressive secondaire à des difficultés existentielles majeures chez une personnalité immature ;

- un courrier adressé le 24 septembre 1998 au médecin traitant par le Dr. Q.\_\_\_\_\_, chef de clinique au [...] et le Dr. R.\_\_\_\_\_, médecin assistant, qui indiquent que l'assurée a séjourné à l'Hôpital de C.\_\_\_\_\_ du 25 août au 8 septembre 1998, le diagnostic retenu étant celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F 33.3) et qui mentionnent notamment ce qui suit :

« **Evolution et discussion** : comme décrit dans le status psychique, Mme L.\_\_\_\_\_ présente de nombreux symptômes dépressifs importants accompagnés de symptômes psychotiques tels qu'une perplexité, une grande latence dans ses réponses ainsi que parfois un discours incohérent. Sur la base de cette description, nous émettons comme hypothèse diagnostique un état dépressif grave avec symptômes psychotiques pour lequel nous décidons d'introduire un traitement antidépresseur par du Floxyfral. Très lentement, Mme L.\_\_\_\_\_ dit se sentir moins triste et devient légèrement plus tonique durant les entretiens. Nous effectuons des examens psychologiques (Rorschach et TAT) effectués par Mme D.\_\_\_\_\_, psychologue à C.\_\_\_\_\_. Il en ressort une difficulté d'établir les parts respectives de la dépression et de la perplexité, perplexité dont l'allure est psychotique. Selon ces tests, la structure de base est probablement prépsychotique avec une composante

défensive paranoïaque. Selon Mme D.\_\_\_\_\_, il serait souhaitable de revoir Mme L.\_\_\_\_\_ au moment où elle serait moins déprimée et éventuellement de compléter l'investigation par un bilan intellectuel afin d'écartier un éventuel tableau psycho-organique.

Par ailleurs, nous effectuons deux entretiens en présence du mari de Mme L.\_\_\_\_\_ afin d'étayer nos hypothèses de crise, entretiens qui mettent en évidence un probable conflit de couple difficilement verbalisable par les deux protagonistes. Ce qu'il en ressort malgré tout est qu'il semblerait que Mme L.\_\_\_\_\_ éprouve toujours et encore un grand attachement à son ex mari et c'est à peu près au moment où ce dernier l'a mise à distance qu'elle a commencé à déprimer. Par ailleurs, comme décrit dans les éléments anamnestiques, c'est à peu près dans la même période que son mari actuel a repris un travail après une période de chômage, étant moins souvent disponible. »

Se déterminant le 9 décembre 2008 sur les pièces produites par la recourante, l'OAI n'a pas formulé de remarques particulières à leur sujet et a maintenu sa position.

En cours de procédure, la recourante a produit divers certificats médicaux établis par le Dr O.\_\_\_\_\_, qui attestent une totale incapacité de travail dès le 12 septembre 2008, sans en donner les motifs.

Le 3 mai 2011, la recourante a été invitée par le juge instructeur à préciser son recours sur la question des montants qui n'auraient pas été pris en considération dans le calcul de sa rente d'invalidité. Malgré plusieurs prolongations de délai, la recourante n'a pas fait état du résultat de ses vérifications ni précisé les motifs pour lesquels le calcul de sa rente ne serait pas correct.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [la 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. 56 et 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). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 117 al. 1 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 125 V 413, consid. 2c ; ATF 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité supérieure à une demi-rente.

**c)** Par ailleurs, la recourante conteste le montant de sa demi-rente d'invalidité, indiquant notamment que certains de ses revenus n'auraient pas été pris en compte dans le calcul de sa rente et faisant part de son intention d'effectuer elle-même le contrôle concernant l'enregistrement de ses salaires par la caisse AVS compétente. Invitée à plusieurs reprises par le juge instructeur à préciser son recours sur ce point, la recourante n'a toutefois pas fait état du résultat de ses vérifications ni n'a précisé les motifs pour lesquels le calcul de sa rente ne serait pas correct, de sorte que ses conclusions sur ce point sont

irrecevables, conformément aux art. 61 let. b LPGA et 79 al. 1 et 27 al. 5 LPA-VD. Il n'y a donc pas lieu de les examiner plus en avant.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dont la teneur est identique à celle de l'ancien art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007), 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la

personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4 ; 115 V 134, consid. 2 ; 114 V 314, consid. 2c ; 105 V 158, consid. 1 ; RCC 1980 p. 263 ; Pratique VSI 2002 p. 64 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

**c)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Ainsi, le juge ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Il peut en effet accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération

le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Par ailleurs, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes ; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011, consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

**4. a)** Sur le plan somatique, la recourante ne présente pas de diagnostics ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, elle se prévaut d'un trouble dépressif récurrent avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur et d'un trouble de la personnalité à traits évitants et immatures, diagnostics attestés par le Dr O.\_\_\_\_\_, médecin traitant, le 3 octobre 2005 et justifiant une capacité de travail résiduelle de 20%. Ce même médecin a finalement retenu le 5 mars 2008 un trouble dépressif récurrent grave et un trouble de la personnalité justifiant également une capacité de travail résiduelle de

20%. Les Drs F.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH au SMR, et B.\_\_\_\_\_, également médecin traitant, ont quant à eux posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, status après épisodes d'intensité sévère, actuellement en rémission presque complète, et de personnalité dépendante. Ils ont retenu une capacité de travail résiduelle de 50% dans l'activité habituelle de téléphoniste, qui est adaptée.

**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 liaison 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'assurance-invalidité, 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 I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3 ; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2).

Le Dr O.\_\_\_\_\_ ne bénéficiant pas d'une formation de psychiatre et son diagnostic psychiatrique ne se fondant pas sur un système de classification reconnu, les conclusions du rapport de la Dresse F.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, posant le diagnostic, entre autres, de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, et attestant une capacité de travail de 50%, doivent lui être préférées pour ce premier motif déjà.

A l'appui de son recours, l'assurée a produit les rapports médicaux relatifs à ses hospitalisations à C.\_\_\_\_\_ à la suite de ses tentatives ; il s'agit là des seuls rapports psychiatriques au dossier, mis à part le rapport de la Dresse F.\_\_\_\_\_. Le diagnostic posé suite à l'hospitalisation du 1<sup>er</sup> au 26 janvier 1979 est celui de dépression réactionnelle chez une personnalité aux traits névrotiques. Le diagnostic posé suite à l'hospitalisation du 27 février au 13 mars 1985 est celui de

réaction anxio-dépressive secondaire à des difficultés existentielles majeures chez une personnalité immature. Dans le rapport du 24 septembre 1998, il est mentionné un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques (F33.3). Il ressort de ce rapport que l'assurée fait face à un probable conflit de couple difficilement verbalisable, qu'elle éprouve toujours un grand attachement à son ex-mari et que c'est à peu près au moment où ce dernier l'a mise à distance qu'elle a commencé à déprimer. Par ailleurs, c'est aux alentours de cette même période que son mari actuel a repris un travail après une période de chômage, étant moins disponible et la patiente se retrouvant seule.

La Dresse F.\_\_\_\_\_ a pris en compte ces éléments et les tentamens dans l'anamnèse de son rapport. Elle expose de manière circonstanciée les événements de la vie de l'assurée qui ont conduit à ses hospitalisations, tels que son divorce et ses difficultés professionnelles, événements que la recourante confirme par ailleurs dans ses déterminations écrites. La Dresse F.\_\_\_\_\_ explique, conformément aux psychiatres précédents, que la recourante a eu des épisodes dépressifs d'intensité sévère dans son existence, mais que ces dépressions ne sont pas à caractère totalement endogène. En effet, les épisodes dépressifs prennent un caractère réactionnel lié à la solitude suivant une rupture sentimentale, des difficultés professionnelles ou un décès. La Dresse F.\_\_\_\_\_ relève que l'on doit considérer l'assurée comme une personnalité dépendante qui, lors de sentiment d'abandon, évolue en position dépressive. La fragilité de l'assurée réduit donc son exigibilité professionnelle, qui est raisonnablement estimée à 50%. L'assurée doit en effet continuer son activité professionnelle, sous peine de voir s'aggraver son sentiment de solitude, d'isolement social, de dévalorisation et donc de connaître une recrudescence de ses symptômes dépressifs. On peut donc retenir, à l'instar de la Dresse F.\_\_\_\_\_, que les trois épisodes dépressifs d'intensité sévère susmentionnés ont certainement pris un caractère invalidant à leurs époques (1979-1985-1998), mais d'une manière momentanée et non permanente. Le status actuel montre en effet une rémission presque complète. Rappelons par ailleurs que, au regard du début du droit à la rente - 1<sup>er</sup> juillet 2004 -, seule est concernée l'atteinte

à santé de 2004 à 2008 (date de la décision litigieuse) et que les épisodes dépressifs sévères réactionnels précités concernent une période antérieure.

Le Dr O.\_\_\_\_\_ retient une capacité de travail, dans une activité adaptée, de 20% seulement, sans motiver ses conclusions, estimant qu'il est justifié, au vu de l'affection psychiatrique majeure dont souffre sa patiente, de retenir une telle capacité de travail. Ce faisant, ce médecin traitant se base uniquement sur les plaintes de l'assurée et en particulier sur la période (1979-1985-1998) où celle-ci a présenté des épisodes dépressifs sévères, en particulier "l'impression d'être malheureuse avec son partenaire et à son poste de travail". L'assurée n'a plus eu de suivi psychiatrique depuis lors. A cet égard, le Dr B.\_\_\_\_\_, qui suit de manière plus récente l'assurée, retient comme la Dresse F.\_\_\_\_\_ une capacité de travail de 50%, qui correspond aux observations qu'il a pu faire lors de ses consultations.

**c)** Il apparaît ainsi que l'expertise de la Dresse F.\_\_\_\_\_ comporte une étude approfondie des pièces du dossier, ainsi qu'une anamnèse complète, tient compte des plaintes de l'assurée, se base sur un status clinique objectif et se fonde sur une appréciation médicale claire et détaillée, ainsi que sur des conclusions dûment étayées, de sorte qu'elle répond aux critères permettant de lui reconnaître valeur probante. Plus particulièrement, ni les rapports des 3 octobre 2005 et 5 mars 2008 du Dr O.\_\_\_\_\_ ni les certificats médicaux attestant une incapacité de travail totale sans autres explications ne permettent de mettre en doute même faiblement le rapport de la Dresse F.\_\_\_\_\_.

Enfin, s'agissant du grief par lequel l'assurée critique la valeur probante du rapport de la Dresse F.\_\_\_\_\_ en raison de la brièveté de l'unique examen clinique réalisé par celle-ci, il convient de souligner que le rôle dévolu par la jurisprudence à un expert consiste à fournir une analyse neutre, ponctuelle et détaillée d'un cas particulier (TF 9C\_34/2010 du 9 juillet 2010, consid. 4.2.2). Il appartient ainsi à l'expert de se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref

(TF 9C\_751/2010 du 20 juin 2011, consid. 3.3 ; TF 9C\_443/2008 du 28 avril 2009, consid. 4.4.2 et la référence) ; la durée de l'entretien entre l'expert et l'assuré ne constitue donc pas un critère reconnu pour avoir une influence déterminante sur la qualité et la valeur probante d'un rapport d'expertise (TFA I 695/04 du 24 janvier 2006, consid. 4.1). En l'occurrence, force est de constater que la démarche de la Dresse F. \_\_\_\_\_ correspond aux postulats posés par la jurisprudence quant au rôle d'un expert. Les griefs de la recourante sur ce point doivent donc être écartés.

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a considéré que la recourante conservait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, considérée comme adaptée à ses limitations fonctionnelles. Partant, la Cour de céans ne peut que constater, à l'instar de l'office intimé, que le degré d'invalidité de la recourante se confond avec celui de son incapacité de travail dans son activité habituelle, à savoir 50% (TF 9C\_137/2010 du 19 avril 2010 ; TFA I 337/04 du 22 février 2006, consid. 6 et I 605/01 du 8 juillet 2002, consid. 3), taux qui apparaît insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité supérieure à une demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2004 (art. 48 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

**5. a)** En définitive, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de 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, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la

recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
- II. La décision rendue le 5 mai 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, à concurrence de 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- L. \_\_\_\_\_,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :