

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 décembre 2010

---

Présidence de       Mme    LANZ PLEINES  
Juges     :       M.    Neu et Mme Thalmann  
Greffier     :       M.   Greuter

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Me Caroline Ledermann, avocate, Procrap, service juridique, à Bienne,

et

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

---

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

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

**A.** Le 4 juillet 2006, V. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1960, divorcée et mère de deux enfants adultes, employée de commerce de formation, a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente, précisant qu'elle souhaitait une "évaluation pour tester [sa] capacité de travail." Elle a en outre produit un certificat médical du 9 mars 2006 du Prof. X. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, auquel elle avait été adressée par son médecin traitant, dont il ressort ce qui suit:

"Le médecin soussigné certifie qu'après avoir revu la patiente susnommée, suivie par la Dresse N. \_\_\_\_\_ pour des troubles de la vigilance diurne, bénéficie d'un traitement par un psychostimulant tel que le Modasomil, 2 à 3 cpr/j. Avec cette médication, la somnolence s'estompe. La patiente souhaite toujours chercher un travail dans la comptabilité. Notons que cette patiente présente en plus un état dépressif qui nécessite la prise de Fluctine.

Il serait donc impérieux de pouvoir faire une évaluation concernant sa capacité de travail dans la comptabilité, mais j'estime certainement qu'elle ne va pas dépasser les 50%. Si cette évaluation demeurerait négative, une demande de rente AI me paraîtrait parfaitement justifiée sur le plan neurologique et psychiatrique."

Dans un complément à la demande du 3 août 2006, elle a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% en tant qu'employée de commerce ou comptable.

**a)** D'un rapport médical du 15 août 2006 de la Dresse N. \_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine générale, on peut notamment lire ce qui suit:

"A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:  
Troubles dépressifs sévères sans symptôme psychotique existant depuis septembre 2002.

Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail:

En 1998, Ulcère duodéal.

En 2002, développement d'un diabète.

B. Incapacité de travail: 100% depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2002 jusqu'à septembre 2003. 50% depuis septembre 2003 jusqu'à maintenant.

D.1. Traitement de mai 2004 au 14.08.2006 à ma consultation.

D.2. Dernier examen le 14 août 2006.

D.3. Anamnèse: Fatigue invalidante depuis environ 1 an.

D.5. Constatations objectives: La patiente est motivée à aller mieux.

D.6. Examens médicaux spécialisés: Chez le Professeur X. \_\_\_\_\_ au [...].

D.7. Thérapie: Introduction de Modasomil par le Professeur X. \_\_\_\_\_ avec une bonne réponse. La patiente est depuis longtemps sous Fluctine 3 cp/j. Depuis juillet 2006, nous avons ajouté du Trittico actuellement à 100 mg/j.

Pronostic: bon.

1.1 Quelle est la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'ici? La patiente a travaillé comme comptable et une continuation dans ce métier me semble possible.

2. Questions concernant une éventuelle réinsertion professionnelle?  
A cause de son état dépressif la patiente n'a jamais pu retrouver un autre travail. Je pense qu'il faudrait réévaluer en vu d'une nouvelle réinsertion professionnelle.

2.2.1 Quel autre genre d'activités est envisageable? Un travail de secrétariat serait envisageable mais il faudrait être en outre attentif à la diminution de la capacité de concentration. Cette activité pourrait être exercée 4 à 5h/j."

Ce médecin a en outre déclaré, dans ce rapport, que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, que des mesures professionnelles étaient indiquées et permettraient d'améliorer la capacité de travail de l'assurée et que l'exercice de l'activité habituelle demeurerait exigible. Elle a posé pour diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail des "troubles dépressifs sévères sans symptôme psychotique existant depuis septembre 2002". Elle a indiqué que l'assurée avait présenté une incapacité de travail à 100% du 1<sup>er</sup> novembre 2002 jusqu'à septembre 2003 et présentait depuis septembre 2003 une incapacité de 50%.

En réponse à un courrier du 23 août 2006 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), l'assurée a déclaré ne plus être suivie sur le plan psychiatrique, mais parler ouvertement avec son médecin traitant et le Prof. X.\_\_\_\_\_.

**b)** Dans un rapport médical du 19 septembre 2006, le Prof. X.\_\_\_\_\_ a posé pour diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail en octobre 2005: état dépressif sévère depuis 2002, avec une somnolence et une fatigue diurne; diabète de type II; ulcère duodéal; tabagisme. Le praticien n'a retenu aucun diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005. A son sens, l'état de santé de l'assurée s'aggravait. Il a indiqué que l'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que cette capacité pouvait être améliorée; il a retenu une diminution de rendement de 50%. Selon lui, l'exercice d'aucune autre activité n'était exigible. Il a également déclaré que l'assurée devait éviter un environnement stressant.

Il ressort d'un courrier du 7 février 2007 de l'Unité de Psychiatrie Ambulatoire (ci-après: l'UPA) [...] (Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie) que l'assurée n'était plus suivie par ce service depuis 2003. D'une lettre du 7 avril 2004, adressée par ce service au médecin traitant et annexée au courrier précité, on retient que l'assurée était suivie "depuis mai 2003 pour une prise en charge après un suivi en ambulatoire à l'hôpital [...] en septembre 2002 pour un trouble dépressif sévère sans symptôme psychotique dans un contexte de problèmes familiaux importants chez une patiente avec une personnalité dépendante". L'UPA a en outre indiqué que l'assurée avait bénéficié d'un arrêt de travail à 100% du 1<sup>er</sup> novembre 2002 jusqu'à septembre 2003 et qu'elle avait repris le travail à 50% en septembre 2003, puis à 100% depuis octobre 2003. On retient également que l'UPA, l'assurée et le médecin traitant avaient décidé de mettre fin au suivi psychiatrique, compte tenu de l'évolution favorable du trouble dépressif. Cette unité demeurait toutefois à disposition de l'assurée.

D'une lettre du Prof. X. \_\_\_\_\_ du 14 février 2007 adressée au médecin traitant, on extrait ce qui suit:

"Nous avons convenu de revoir cette patiente suite au dernier consilium du 7 novembre 2006, étant donné la persistance d'un état dépressif et surtout d'une somnolence diurne, réfractaire, qui permet tout de même à la patiente de fonctionner partiellement par la prise de Modasomil 100 mg entre 9h00 et 10h00 du matin, 100 mg à 13h00 et un autre cpr entre 15h00 et 17h00. Rappelons que cette patiente présente toujours une dépression grave et demeure sous Trittico 100 mg le soir, associé à de la Fluctine le matin. Si nous avons pu progressivement stabiliser son sommeil, car effectivement la patiente actuellement va se coucher vers les 20h00-21h00, est fatiguée, parfois s'endort même devant la télévision à 20h00, l'endormissement se fait en cinq minutes, a l'impression d'avoir un sommeil continu, mais si on ne le réveille pas, elle peut dormir jusqu'après 10h00 du matin. La problématique qui demeure est que la patiente, dès qu'elle se lève, a cette fatigue et somnolence, raison pour laquelle elle prend son Modasomil 3 x/j.

Au cours de ma nouvelle évaluation, je perçois une patiente toujours au bord des larmes, certainement déprimée, mais qui ne veut pas avoir un soutien psychothérapeutique pour le moment. J'avais déjà fait la proposition lors du précédent consilium, bien qu'elle supporte bien le Trittico à 100 mg, à savoir soit on l'augmente à 150 mg, soit on le remplace progressivement par un autre antidépresseur, tel que l'Efexor ER ou éventuellement le Cipralex.

Il faut faire attention à ces autres antidépresseurs, car ils peuvent engendrer la somnolence diurne.

[...]"

Dans cette même lettre, le Prof. X. \_\_\_\_\_ répond comme suit aux questions qui lui avaient été soumises par le médecin-conseil de l'OAI:

"- Quelle est l'évolution de l'état de santé de notre assurée depuis le 19 septembre 2006, date de votre dernier rapport médical?

Réponse: nous pouvons confirmer que suite à l'évaluation du 7 novembre 2006, malheureusement la situation ne s'est pas améliorée. Il persiste une dépression grave, qui avait engendré une dyssomnie qui s'est stabilisée, mais il y a toujours cette somnolence et cette fatigue diurnes qui pourraient être les conséquences éventuellement d'un syndrome d'apnées du sommeil qui n'a pas encore été investigué.

- Quelle est l'étiologie de la fatigue présentée par V. \_\_\_\_\_? S'agit-il d'une maladie neurologique?

Réponse: pour le moment cette fatigue nous paraît plus être d'ordre psychiatrique et psychologique. Elle pourrait être éventuellement encore en relation avec un syndrome d'apnées du sommeil et en reprenant l'anamnèse de cette patiente, qui a un poids de 81 kg, avec cette propension à dormir facilement la journée, effectivement lorsqu'elle dort avec son ami par intermittence, il y a la notion de rhonchopathies, mais on ne sait s'il y a des pauses respiratoires. Elle-même n'a pas l'impression de se réveiller par suffocation.

De ce fait, pour préciser cette fatigue et cette somnolence diurnes, il me paraît effectivement opportun et surtout sur la demande du médecin conseil de l'AI, d'envisager une polysomnographie complète qui aura lieu au Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil, le 21 mars 2007 à 20h00. Nous pourrions ainsi voir avec nos collègues quels sont les résultats, l'attitude thérapeutique et avoir peut-être une meilleure explication sur la somnolence diurne. Je reverrai donc pour ceci votre patiente le 2 avril 2007 à 11h30 au BH 07.

Sinon, le médecin conseil nous demande s'il y a eu une évaluation neuropsychologie pour le moment, elle n'a pas eu lieu.

En conclusion, nous attendons donc l'évaluation de la polysomnographie permettant ainsi de répondre de façon plus précise au médecin conseil de l'AI et je vous laisse le soin de rediscuter avec votre patiente au prochain contrôle que j'ai recommandé, s'il est nécessaire d'envisager soit d'augmenter le Trittico, soit d'avoir un consilium auprès d'un collègue psychiatre."

Le rapport du 2 avril 2007 du Dr P.\_\_\_\_\_, qui fait suite à une polysomnographie effectuée du 21 au 22 mars 2007, contient notamment les passages suivants:

**"Conclusion:** cet examen vidéo-polysomnographique montre:

- Un sommeil extrêmement fragmenté, avec l'absence de sommeil paradoxal et une forte diminution du sommeil lent profond. Ces aspects sont vraisemblablement imputables d'une part à la médication anti-dépressive (en particulier l'impact sur le sommeil paradoxal) et à la pathologie sous-jacente, et d'autre part à la problématique des mouvements périodiques des membres inférieurs (voir ci-dessous).

- L'absence d'un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil (index à 3/heure), mais la présence d'une limitation du flux modérément importante. Cependant, cet aspect ne paraît pas corrélér de façon constante avec les micro-éveils.

- Une saturation moyenne au-dessous de la norme, sans index de désaturations anormal.

- Un syndrome des mouvements périodiques des membres inférieurs d'entité importante (index 44/heure).

#### **APPRECIATION**

L'examen polysomnographique a permis d'infirmier la suspicion d'un syndrome des apnées-hypopnées du sommeil; l'aspect respiratoire ne paraît pas impliqué dans la fragmentation très importante du sommeil.

Celle-ci est vraisemblablement due d'une part au syndrome des mouvements périodiques des membres inférieurs, d'entité sévère, et d'autre part à la pathologie psychiatrique de base. Relevons à ce sujet que la médication antidépressive peut favoriser les troubles du mouvement lors du sommeil. Cet examen ne fournit pas d'explication pour la saturation moyenne abaissée de V.\_\_\_\_\_. Il serait souhaitable de prévoir une évaluation pneumologique à ce sujet."

Dans un courrier du 19 juin 2007, le Prof. X. \_\_\_\_\_ informe le médecin traitant que l'assurée a bénéficié d'une polysomnographie, laquelle a infirmé la suspicion d'apnées ou d'hypopnées. Il a également réalisé un examen neurologique, dont il ressort que l'étude des différentes paires crâniennes est normale et qu'"aux épreuves positionnelles des membres supérieurs, pas de tremor. Praxie, motricité fine, sensibilité et coordination normales".

Les 26 juin et 15 août 2007, l'assurée a consulté le Prof. X. \_\_\_\_\_ en vue d'un contrôle neurologie pour les troubles du sommeil. Elle l'a revu, le 22 avril 2008, pour un contrôle neurologique final. Du rapport du 7 mai 2008 y relatif, on retient ce qui suit:

"J'ai revu pour un contrôle final votre patiente car l'évolution sur le plan neurologique et pour les impatiences des jambes reste excellente, indépendamment qu'elle me fait part qu'il y a encore une aggravation de son anémie ferriprive. De ce fait, je suis heureux qu'elle va avoir des investigations complémentaires sachant qu'elle avait un passé d'ulcère duodéal et qu'elle sera revue prochainement par un collègue gastro-entérologue de [...]. Elle me fait part aussi quelle aura une mammographie et qu'elle reverra ensuite son gynécologue pour savoir ce qu'il en est des menstruations, mais il semble qu'elles soient plus régulières actuellement.

Sinon, elle n'émet pas de plaintes concernant son diabète dont le dernier bilan sanguin montre qu'il est assez stable à 6,1 en prenant un Glucophage le matin et le soir. Pas de suspicion d'une polyneuropathie sensitive diabétique.

La patiente a toujours un très bon sommeil. Elle reste toujours au bord des larmes lorsque nous parlons de son suivi pour le dossier AI. Effectivement, il n'y a toujours aucune réponse que ce soit déjà pour convoquer la patiente pour une orientation professionnelle et une étude de sa capacité professionnelle résiduelle comme comptable suite à mon dossier AI que j'ai rempli le 19.09.06. De ce fait, je me permets d'adresser une copie au médecin conseil de l'AI et je lui serai très reconnaissant s'il pouvait me donner sa prise de position, car l'absence de réponse ne peut que faire entretenir un état dépressif chez cette patiente qui avait déjà une dépression sévère qui s'est nettement améliorée ces derniers temps grâce à une perte de poids de 16 kg sous traitement d'Acomplia qu'elle supporte parfaitement bien.

Constatations objectives:

Examen neurologique partiel de contrôle

Epreuves de la marche:

La marche est aisée, sans élargissement de la base de sustentation. Les épreuves de Romberg et d'Unterberger sont normales.

Etude des différentes paires crâniennes:

En position assise, la poursuite d'un objet ne révèle aucun trouble de la motricité oculaire. Absence de nystagmus. Réflexes pupillaires et cornéens présents et symétriques. Pas d'asymétrie faciale. Sans apraxie bucco-linguale.

Aux épreuves positionnelles:

Pas de tremor, praxies, motricité fine, sensibilité et coordination normales.

En décubitus dorsal, les épreuves positionnelles des MI sont normales, l'épreuve talon-genou est correcte. Pas de troubles des différentes modalités sensitives.

Réflexes présents et symétriques.

Appréciation générale:

Nous avons une évolution excellente sur le plan neurologique pour les impatiences des jambes et une perte de poids significative et heureuse sous Acomplia. Stabilisation de son diabète de type II. Il n'en demeure pas moins que des investigations complémentaires sur le plan médical sont nécessaires pour la persistance de cette anémie ferriprive. La patiente me donnera un suivi téléphonique des différents examens. Je n'ai pas prévu de la revoir dans l'immédiat car il n'y a rien de particulier à mon examen neurologique actuellement et surtout aucun signe d'une dysfonction même mineure d'une polyneuropathie sensitive diabétique."

**c)** Le 5 juin 2008, le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, médecin au SMR, a réalisé un examen clinique psychiatrique. Du rapport du 9 juillet 2008, il ressort notamment ce qui suit:

**"ANAMNESE**

**Anamnèse familiale**

Le père de l'assurée est né le 02.03.1933, il habite à Vallorbe. Il est chauffeur poids lourd et souffre d'un ulcère d'estomac. Il a été hospitalisé pour ces motifs.

La mère de l'assurée est née le 07.06.1936, elle est décédée il y a trois ans des suites d'une cirrhose hépatique. Elle souffrait de diabète et d'une dépendance à l'alcool.

Le couple a eu deux enfants, dont l'assurée est l'aînée. Un frère né le 31.08.1966, habite à Ste Croix. Il est conducteur de locomotive, l'assurée n'a plus de contact avec lui depuis environ 1997.

Pas d'antécédent psychiatrique familial connu de l'assurée.

**Anamnèse professionnelle**

V.\_\_\_\_\_ a fait sa scolarité, puis un apprentissage de commerce trilingue, ayant eu l'obtention du CFC à l'âge de 19 ans. Par la suite, elle a fait des cours supérieurs à l'école de commerce. Elle va travailler dans une fiduciaire pendant trois ans. Par la suite, elle travaille à mi-temps pour une agence d'assurance pendant un à deux ans. En 1986, elle travaille de nuit comme dactylo dans le Journal [...] pendant 14 ans environ. Ensuite, elle fait une période de chômage de trois à quatre mois et fera un cours de comptable

(formation supérieure de comptabilité). Elle va travailler chez S.\_\_\_\_\_, comme comptable, jusqu'à son licenciement en octobre 2002. Elle fera à nouveau une période de chômage de juin 2003 à juin 2005, a fait des recherches à 50%, ne pensant pas faire un 100% et ceci sans certificat médical.

### **Anamnèse psychosociale et psychiatrique**

L'assurée décrit son père comme étant très affectueux et strict. D'après l'assurée, sa mère l'a rejetée, elle voulait avoir un garçon. L'assurée décrit une bonne entente avec son frère. Elle a été victime d'attouchements sexuels à l'âge de 11 ans par un ami de son père. Ces événements ont duré une année. Sa mère l'a découvert en lisant des notes intimes de l'assurée, elle va l'accuser d'avoir attiré l'abuseur. La même année, elle a redoublé son année scolaire, une évaluation pédopsychiatrique a eu lieu, mais l'assurée n'arrivait pas à en parler. Pas de difficulté relationnelle durant son apprentissage avec ses collègues ou sa hiérarchie. Pas de consommation de substance psycho-active pendant son adolescence. Dans le contexte des abus, de la violence entre ses parents et envers elle-même, l'assurée va présenter une idéation suicidaire (elle a dû être hospitalisée des suites de coups violents de la part de son père). L'assurée n'est jamais passée à l'acte, elle avait investi la prise en charge de son frère, ce qui lui a permis d'éviter de faire des actes auto-agressifs. L'assurée dit avoir protégé son frère, afin de lui éviter la violence physique parentale.

Première relation sentimentale durable à 17 ans, il était de six ans son aîné. Ils se sont mariés le [...]1980, il est employé aux CFF. Le couple a eu deux enfants, dont une fille née le [...]1982 et un fils né le [...]1985. L'assurée ne décrit pas de difficulté psychique pendant les grossesses ou les post-partum. Les enfants n'ont pas eu de difficulté dans leur développement psychomoteur. Sa fille a un brevet agro-commercial et est en bonne santé. Son fils est employé aux CFF et il est en bonne santé. Le couple s'est séparé en février-mars 1996, ils ont divorcé en 1997. D'après l'assurée, il s'était fait "monter" par ses parents à elle. Six mois après, l'assurée va établir une nouvelle relation sentimentale avec un collègue de travail divorcé, durant trois ans. En 2000, l'assurée s'est remise avec son ex-mari jusqu'à fin 2004 environ. Toutefois, ils ont gardé une bonne relation, ils sortent ensemble une fois par mois.

Sur le plan psychiatrique, à l'âge de 15 ans, dans le contexte d'une interruption volontaire de grossesse, elle a été évaluée à une occasion par un psychiatre. En mai 2002, elle prenait la douche chez elle avant d'aller travailler, et par la suite, elle se retrouve dans une chambre sécurisée à [...] (Hôpital psychiatrique). Seul flash dans sa mémoire elle est devant les rails du train. Elle a été hospitalisée 1½ mois et par la suite elle a été suivie deux fois par semaine. La suite ambulatoire a eu lieu à l'UPA dès mai 2003, fin de la prise en charge en septembre de la même année. Elle est adressée chez un généraliste, l'assurée est allée au Centre médical [...] qui l'a adressée chez la Dresse N.\_\_\_\_\_. Par la suite, la Dresse N.\_\_\_\_\_ va ouvrir son propre cabinet à [...], l'assurée l'a suivie. C'est la Dresse N.\_\_\_\_\_ qui gère le traitement antidépresseur. Fin 2005, V.\_\_\_\_\_ commence à avoir des troubles du sommeil de type hypersomnies. Début 2007, l'assurée dort moins pendant la journée, elle arrive à sortir, boire un café dehors seule. En octobre 2007,

l'assurée va faire un déménagement seule, tout en ayant des idées de mort. Depuis la dépression, l'assurée dit vivre au jour le jour.

Dernières vacances en 2007 en Italie, chez sa famille, durant trois semaines avec son ex-mari, ils y sont allés en voiture; leurs enfants les ont rejoints.

En ce qui concerne les traitements, l'assurée nous donne une photocopie d'une prescription faite par le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale FMH, ostéopathie, et des maladies de la peau: Acomplia® 1 cp/matin, Fluctine® 1 cp/matin et soir, Simcora® 40 mg 1 cp/soir, Metformine® 500 mg 1 cp/matin et 1 cp/soir, Aspirine® cardio 100 mg tous les deux jours, Modasomil® 100 mg selon les besoins, Zyprexa® 1 cp/matin, perfusion de ferritine 1 x/mois.

*- Plaintes actuelles*

Tristesse, fatigue, tr. du sommeil type hypersomnie.

**Habitudes**

*- Tabac*

15 cigarettes/jour.

*- Alcool*

Nihil.

*- Médicaments*

Voir liste ci-dessus.

**Vie quotidienne**

Son ex-mari, sa fille ou son fils lui téléphone entre 11h00 et 12h00 pour qu'elle se lève. En sortant du lui (*sic*), l'assurée fait sa toilette, elle va ranger l'appartement (3 pièces) au ralenti. Elle passe l'aspirateur, fait du repassage et s'occupe de la lessive. En outre, elle fait les commissions et ses paiements. L'assurée va prendre une douche vers 13h30. Ensuite, elle se maquille à 14h30. L'assurée va trouver sa grand-mère dans un EMS, elle boit un café avec elle jusqu'à 16h30 environ. C'est ensuite qu'elle fait les commissions. Elle rentre chez elle vers 18h00. Elle peut préparer le repas ou peut s'allonger sur le divan et s'endormir entre 18h00 et 22h00 ou 23h00. V.\_\_\_\_\_ mange vers 19h30 si elle ne s'est pas endormie. Par la suite, elle peut rester éveillée une heure au salon. Elle se rendort à nouveau où elle peut dormir jusqu'à 23h00. Son fils ou sa fille vient la voir le soir pour l'accompagner et éviter qu'elle ne s'endorme. Ils partent vers 21h00. Ensuite, l'assurée regarde la télévision et s'endort au bout de 45 minutes. L'assurée ne décrit pas de réveil fréquent, de rêve ou de cauchemar.

Ressources financières: reçoit le revenu d'insertion depuis juillet 2005.

**STATUS PSYCHIATRIQUE**

Sa fille l'a amenée en voiture. Tenue et hygiène correctes. Discours adéquat, cohérent, l'assurée est collaborante avec l'examineur. Durée de l'entretien: environ 2h30. Discret trouble de l'attention, de la concentration et de la mémoire d'évocation. Absence de trouble du cours de la pensée (perte des associations) ou du contenu (idées délirantes). Absence d'attitude d'écoute ou d'hallucination auditive. Présence d'une tristesse exprimée avec pleurs spontanés. Absence

de ruminations existentielles ou d'idéation suicidaire. Diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables. Image de soi: l'assurée se sent comme une grand-mère de 80 ans. Avenir: l'assurée dit vivre au jour le jour. En ce qui concerne l'appétit, l'assurée mentionne un poids stable. Absence de libido. Pas de symptomatologie anxieuse de type crise de panique déclenchée au cours de l'entretien

### **DIAGNOSTICS**

#### **- avec répercussion sur la capacité de travail:**

- Aucun.

#### **- sans répercussion sur la capacité de travail:**

- Dysthymie à début tardif. F34.1.

### **APPRECIATION DU CAS**

L'anamnèse psychiatrique permet de constater un épisode dépressif sévère nécessitant une hospitalisation à l'Hôpital [...] et un suivi ambulatoire à l'UPA [...], avec un arrêt de travail à 100% du 01.11.2002 à septembre 2003. D'après la description donnée par l'assurée, elle présentait des idées suicidaires avec passage à l'acte et un état de perplexité. Le Dr K.\_\_\_\_\_, dans son rapport médical du 07.04.2004, a prescrit un arrêt de travail du 01.11.2002 à septembre 2003 à 100%, une capacité de travail à 50% à partir de septembre 2003 et une capacité de travail à 100% à partir du mois d'octobre 2003.

En outre, à partir de fin 2005, l'assurée décrit des troubles du sommeil de type hypersomnies, ce qui va motiver des investigations faites par le Prof. X.\_\_\_\_\_. Il va prescrire une incapacité de travail à 100% du 01.06.2005 et, en l'absence de pathologie expliquant l'hypersomnie, le Prof. X.\_\_\_\_\_ va retenir une dépression. Parallèlement, dans chaque rapport médical produit par le Prof. X.\_\_\_\_\_, à chaque fois il mentionne que la dépression est la conséquence de l'absence de nouvelle de l'OAI.

Toutefois, dans son rapport du 14.02.2007, malgré le fait que durant l'entretien avec le Prof. X.\_\_\_\_\_ l'assurée est bord des larmes, elle ne veut pas un suivi psychothérapeutique. A partir de juin de la même année, d'après le Prof. X.\_\_\_\_\_, V.\_\_\_\_\_ est moins déprimée, elle ne pleure plus malgré l'arrêt du traitement de Trittico® (antidépresseur).

Dès l'introduction d'un traitement d'Acomplia®, l'assurée va perdre 16 kg, ce qui va être accompagné d'une amélioration de sa thymie. Malgré l'arrêt de travail prescrit par le Prof. X.\_\_\_\_\_ depuis le 01.01.2005, l'assurée faisait des recherches de travail dans le contexte du chômage à 50%, étant donné que le Dr N.\_\_\_\_\_ prescrivait un arrêt de 50% en suivant les indications du Dr K.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, du mois de septembre 2003 (changés en octobre de la même année).

D'après l'anamnèse donnée par l'assurée, l'hypersomnie ne vient pas accompagnée d'autre type de symptômes, à part les ruminations existentielles, motifs pour lesquels à partir du mois d'octobre 2003, d'après l'anamnèse, seulement le diagnostic de dysthymie à début tardif peut être retenu. La dysthymie étant d'une intensité insuffisante pour retenir même un épisode dépressif léger,

une répercussion sur la capacité de travail de longue durée ne peut pas être retenue.

L'examen psychiatrique au SMR permet de constater une tristesse exprimée, sans rumination existentielle ou idéation suicidaire. Une symptomatologie psychiatrique ou anxieuse n'est pas mise en évidence, des critères pour retenir un trouble de la personnalité ne sont pas constatés.

En conclusion, l'assurée a fait un épisode dépressif sévère en novembre 2002, avec amélioration à 50% à partir de septembre 2003 et amélioration à 100% à partir d'octobre de la même année. Depuis, V.\_\_\_\_\_ va présenter une symptomatologie correspondant à une dysthymie, à début tardif, symptomatologie présente lors de l'examen psychiatrique au SMR.

### ***Les limitations fonctionnelles***

Aucune sur le plan psychiatrique.

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

Sur le plan psychiatrique, depuis novembre 2002.

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

Sur le plan psychiatrique, amélioration à partir de septembre 2003 à 50% et 0% d'incapacité de travail à partir d'octobre 2003.

Concernant la capacité de travail exigible, sur le plan psychiatrique, elle est de 100%.

### **CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE**

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE OU DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE:100%

DEPUIS: OCTOBRE 2003."

Dans un rapport médical du 17 juillet 2008, le SMR (Dr W.\_\_\_\_\_) a retenu comme atteinte principale à la santé une dysthymie à début tardif (F 34.1). Il n'a retenu aucune pathologie associée du ressort de l'AI ou de facteurs/diagnostics associés qui ne seraient pas du ressort de l'AI. A son sens, l'incapacité de travail durable a débuté le 1<sup>er</sup> novembre 2002. Depuis cette date jusqu'au 31 août 2008, l'incapacité de travail de l'assurée était totale, du 1<sup>er</sup> au 30 septembre 2003, elle était de 50%. A partir du 1<sup>er</sup> octobre 2003, la capacité de travail est entière dans une activité tant habituelle qu'adaptée. L'assurée ne présente pas de limitations fonctionnelles. De ce rapport, on extrait en outre ce qui suit:

"Cette assurée de 48 ans, divorcée et mère de 2 enfants, a un CFC d'employée de commerce avec une formation complémentaire de comptable. Elle a travaillé comme telle de janvier 2001 à octobre 2002, date de son licenciement pour raisons économiques. Elle

présente une demande de rente le 4.6.2006 sans indication de motif.

La Dresse N.\_\_\_\_\_, généraliste, atteste une incapacité de travail de 100% du 1.11.2002 au 31.8.2003, puis de 50% pour "troubles dépressifs sévères sans symptôme psychotique". Dans les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, on trouve un diabète type II, un ulcère duodéal et un tabagisme.

Parallèlement, l'assurée est suivie par le Prof. X.\_\_\_\_\_, neurologue, qui retient également un état dépressif sévère avec somnolence et fatigue diurne. Tous les examens neurologiques, y compris une polysomnographie nocturne, n'ont pas mis en évidence de pathologie expliquant les symptômes que le Prof. X.\_\_\_\_\_ rattache à l'état dépressif. Un syndrome des jambes sans repos a été observé, mais a disparu sous traitement martial. Le suivi neurologique fait ressortir une constante amélioration jusqu'en juillet 2007, date de la dernière consultation chez le Prof. X.\_\_\_\_\_.

Un rapport du Dr F.\_\_\_\_\_, de l'UPA, du 7.4.2004, relate un suivi ambulatoire de mai 2003 à septembre 2003 pour un trouble dépressif sévère. De l'avis des psychiatres le travail pouvait être repris à 50% en septembre 2003, et à plein temps depuis octobre 2003.

Au vu de ce qui précède, on doit admettre que l'essentiel des symptômes responsables de l'arrêt de travail est du domaine psychiatrique. A première vue, la prise en charge spécialisée s'est interrompue en 2003.

Afin de connaître les limitations fonctionnelles objectives et l'évolution réelle de la maladie depuis 2003, nous avons convoqué l'assurée à un examen psychiatrique au SMR. Il apparaît que l'assurée a fait un épisode dépressif sévère en 2002, qui s'est peu à peu amendé grâce à un traitement lege artis. Depuis octobre 2003, l'assurée présente un abaissement léger de la thymie, compatible avec une dysthymie à début tardif selon la CIM-10. Il n'y a pas de trouble anxieux, psychotique, ou de la personnalité. La symptomatologie actuelle ne justifie plus d'incapacité de travail."

**d)** Dans un projet de décision du 21 juillet 2008, l'OAI a rejeté la demande, au motif que l'on ne peut reconnaître à l'assurée une incapacité de travail d'au moins 40% sans interruption notable durant 12 mois au moins, celle-ci n'ayant présenté une incapacité de travail que de novembre 2002 à octobre 2003, de sorte qu'aucune rente ne peut lui être allouée (art. 28 al. 1 LAI).

Par courrier du 15 septembre 2008, l'assurée a contesté le projet de décision, soutenant que sa situation n'a pas été prise en compte dans son ensemble. Elle conclut à la révision du projet de décision en ce sens qu'une incapacité de travail d'au moins 50% lui soit reconnu et que le droit à une demi-rente soit ouvert. Elle a requis, le cas échéant, un

complément d'instruction afin de déterminer sa capacité de travail résiduelle ou de lui octroyer des mesures de réadaptation ou de reclassement. Elle produit en outre deux pièces médicales établies le 1<sup>er</sup> septembre 2008 par le Prof. X. \_\_\_\_\_ et son médecin traitant, la Dresse N. \_\_\_\_\_.

Du rapport du Prof. X. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2008 adressé au mandataire de l'assurée, on retient notamment ce qui suit:

"[...]

J'ai vu cette patiente pour la fois le 19 octobre 2005 et le dernier contrôle date du 22 avril 2008.

Je répondrai donc comme suit à vos différentes questions.

**> Description de l'état de santé de V. \_\_\_\_\_ depuis le mois d'octobre 2003**

Réponse: lorsque j'ai reçu cette patiente la 1<sup>re</sup> fois, sur la demande de son médecin traitant, la Dresse N. \_\_\_\_\_ de [...], le 19 octobre 2005, alors que j'étais chef du Service de neurologie au [...]. Elle se plaignait déjà depuis septembre 2002 d'une fatigue et d'une somnolence diurne et d'un état dépressif sévère. Cette dépression avait débuté en 2002 et nécessitait des antidépresseurs. Elle avait en plus un diabète de type II, un ulcère duodéal. La patiente à cette époque avait une somnolence et une fatigue dès le réveil. Cette somnolence diurne était invalidante et ne lui permettait pas de se concentrer ou de faire son travail de comptable.

Même les déplacements [...] au [...] étaient difficiles.

Il y avait en plus une dyssomnie. De ce fait, nous avons proposé de rétablir son sommeil par des séances de luminothérapie et de donner un traitement pour une stimulation de la vigilance, tel que le Modasomil.

Rappelons que depuis octobre 2003 jusqu'à ma 1<sup>re</sup> évaluation neurologique d'octobre 2005, cette patiente présentait déjà un état dépressif, une insomnie sévère sur l'état dépressif et une somnolence diurne invalidante.

**> Possibilité d'établir un rapport médical détaillé précisant entre autres le diagnostic, la description de l'éventuelle aggravation de son état de santé depuis cette période et mentionnant les points sur lesquels les expertises médicales sur lesquelles s'appuie l'Office AI sont critiquables**

Réponse: j'ai vu régulièrement cette patiente tous les trois mois environ depuis 2006 jusqu'à la dernière consultation du 22 avril 2008. Au cours des différentes évaluations, nous avons envisagé surtout une polysomnographie complète, qui a permis d'exclure un syndrome d'apnées du sommeil, mais a confirmé les impatiences des jambes qui invalidaient la patiente et perturbaient son sommeil. Ceci nécessitait des perfusions de fer tous les un à deux mois. L'état dépressif s'était légèrement amélioré, mais la patiente devait toujours prendre différents traitements antidépresseurs.

Concernant l'hypovigilance et la somnolence diurne, elle doit toujours recourir à un stimulateur de l'éveil tel que le Modasomil.

La situation du point de vue de sa fatigue et somnolence diurne ne s'est nullement améliorée depuis ma 1<sup>re</sup> évaluation de 2005 jusqu'au contrôle du 22 avril 2008. Ce qui s'est amélioré, c'est l'état dépressif. Il y a une stabilisation pour son diabète. Il y a une légère amélioration de l'impatience des jambes grâce aux perfusions de fer.

**> Son degré d'incapacité de travail depuis cette période dans une activité habituelle**

Réponse: nous avons envoyé à plusieurs reprises au Dr G.\_\_\_\_\_, du Service médical de l'Office AI, nos consultations, ainsi que mon rapport AI du 19 septembre 2006 qui stipulait que la patiente était toujours dans une incapacité totale de travail à 100% à cause de l'état dépressif et surtout de la somnolence diurne et des troubles de la concentration. De ce fait, son degré d'incapacité de travail ne s'est pas modifié dans une activité habituelle comme comptable.

**> Son degré de capacité de travail dans une activité adaptée s'il est tenu compte de toutes ses limitations fonctionnelles et psychiques**

Réponse: on pourrait envisager une activité adaptée, mais qui ne dépasserait pas 50% et qui ne devrait débuter que l'après-midi concernant la somnolence diurne.

**> Pronostic et autres renseignements utiles éventuels la concernant**

Réponse: lors de notre dernière évaluation du 22 avril 2008, nous avons proposé de garder le même traitement. Nous avons pris note qu'elle a perdu 16 kg sous un traitement d'Acomplia, que la situation pour l'impatience des jambes s'était stabilisée. Cependant, la somnolence diurne persiste, tout comme cette fatigue chronique qui nécessite toujours la prise de Modasomil.

De ce fait, le pronostic concernant l'augmentation d'une quelconque capacité de travail dans une situation adaptée n'est guère de 50%.

Le pronostic concernant la somnolence diurne reste très réservé, tout comme la rechute pour les impatiences des jambes et un état dépressif.

Je suis fortement étonné dans la prise de position de l'AI stipulant que dans leur dossier médical, elle avait une capacité de travail de 100% qui était exigible depuis octobre 2003, ceci d'autant plus que nous avons mentionné dès 2006 son incapacité à 100%, avec des copies systématiques de nos consultations au Dr G.\_\_\_\_\_, médecin conseil de l'office AI, y compris celle du 22 avril 2008."

De la lettre de la Dresse N.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2008 adressée au mandataire de l'assurée, on extrait ce qui suit:

"Description de l'état de santé depuis le mois d'octobre 2003:

- Etat dépressif modéré, degré d'incapacité de travail de 50% sous traitement médicamenteux.

L'expertise médicale de l'AI est critiquable car c'est l'UPA qui a arrêté le traitement et non la patiente. De ce fait, l'UPA ne peut pas

décider du fait que la patiente peut recommencer à travailler à 100% s'ils n'ont pas revu la patiente depuis.

On pourrait aussi critiquer sur ce rapport l'hypersomnie, qui est bien mentionnée mais pas de diagnostic derrière. S'il y a comme dans le rapport pas de dépression mais seulement une certaine dysthénie tardive j'aimerais savoir d'où vient cette hypersomnie qui finalement est la cause des cette incapacité de travail. Comme la patiente aimerait bien travailler, elle a depuis 2003 essayé de retrouver un travail à 50% qui je trouve est raisonnable vu sa diminution de concentration et son problème de sommeil. Le pronostic est stable et cela va rester à une dépression sous contrôle."

Dans un avis médical SMR du 5 décembre 2008, le Dr W. \_\_\_\_\_ retient notamment ce qui suit:

"Dans le rapport SMR du 17.8.2008, nous avons reconnu une incapacité de travail de 100% du 1.11.2002 au 31.8.2003, puis de 50% du 1.9.2003 au 30.9.2003, et une pleine capacité depuis le 1.10.2003.

Ceci est contesté par le Prof. X. \_\_\_\_\_, neurologue, et la Dresse N. \_\_\_\_\_, généraliste.

#### Rapport du Prof X. \_\_\_\_\_ (1.9.2008)

Dans ce rapport, le Prof. X. \_\_\_\_\_ essaie de répondre aux questions posées par le mandataire juridique de l'assurée.

La première question porte sur l'état de santé de l'assurée depuis le mois d'octobre 2003. Sachant que le Prof. X. \_\_\_\_\_ n'a vu l'assurée pour la première fois que le 19.10.2005, toutes les indications qu'il peut fournir ressortent de l'anamnèse, et non pas de l'observation personnelle de l'assurée. Dès lors, il n'est pas étonnant de constater que toutes les pathologies citées nous étaient connues au travers des rapports médicaux antérieurs.

La deuxième question porte sur les diagnostics et une éventuelle dégradation de l'état de santé de l'assurée depuis cette période (octobre 2003), ainsi que sur les désaccords avec l'analyse de l'OAI. Le Prof. X. \_\_\_\_\_ répond qu'il a suivi l'assurée de 2006 à avril 2008. Il n'apporte par conséquent aucune réponse sur la période d'octobre 2003 à 2006. De 2006 à 2008, il admet une "amélioration de l'état dépressif", "une stabilisation pour son diabète", et "une légère amélioration de l'impaticence des jambes grâce aux perfusions de fer". Objectivement donc, il n'y a aucun signe d'une aggravation quelconque. Le fait que l'assurée prenne toujours un traitement antidépressif ou un stimulateur de l'éveil ne préjuge en rien des limitations fonctionnelles effectives. Autrement dit, ce sont les symptômes qui importent, et non pas le fait de devoir prendre un traitement.

La troisième question porte sur la capacité de travail de l'assurée depuis 2003. Le Prof. X. \_\_\_\_\_ répond que l'incapacité de travail est restée totale à cause de l'état dépressif et surtout de la somnolence diurne et des troubles de la concentration. Pour ma part, je note les faits suivants:

- Nous n'avons pas de renseignements sur l'évolution de 2003 à 2005.
- Dans son rapport du 15.8.2006, la Dresse N. \_\_\_\_\_ fait état d'une "bonne réponse" à l'introduction du Modasomil (stimulateur de veille) par le Prof. X. \_\_\_\_\_. Elle retenait une incapacité de travail de 50%.
- Le Prof. X. \_\_\_\_\_ lie toujours la fatigue diurne à l'état dépressif. Dans son rapport du 19.9.2006, il retient une incapacité de travail de 50%, et non pas de 100% comme il l'affirme maintenant.
- De l'avis du Dr F. \_\_\_\_\_, psychiatre, l'épisode dépressif sévère de 2002 s'est amélioré au point qu'il estimait qu'une reprise du travail était possible à 50% en septembre 2003, et a plein temps depuis octobre 2003.
- Malgré cet avis spécialisé, le Prof. X. \_\_\_\_\_ parle toujours de "dépression grave" dans son rapport du 14.2.2007.
- Le 19 juin 2007, le Prof. X. \_\_\_\_\_ observe une patiente moins déprimée, avec un status neurologique normal.
- Le 7.5.2008, le Prof. X. \_\_\_\_\_ écrit à la Dresse N. \_\_\_\_\_. Il répète que la dépression sévère de l'assurée "s'est nettement améliorée ces derniers temps".

On conclut de ce qui précède que l'état de santé de l'assurée ne s'est en tous cas pas péjoré de 2003 à 2005 à 2008. Au contraire, tous les Indices parlent en faveur d'une amélioration.

Au plan psychiatrique, les symptômes recueillis par l'anamnèse lors de l'examen au SMR montrent que l'assurée présente une dysthymie depuis octobre 2003, et non pas un état dépressif sévère comme l'écrit le Prof. X. \_\_\_\_\_ qui est neurologue, et non pas psychiatre.

Au vu de ce qui précède, on peut dire que le Prof X. \_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément nouveau, de nature à modifier notre point de vue."

**e)** Par décision du 26 janvier 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision et a rejeté la demande de prestations AI déposée par l'assurée.

**B. a)** Par acte du 26 février 2009, V. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision, concluant sous suite de frais et dépens à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La recourante soutient notamment que ses problèmes de somnolence diurne ont été occultés par l'OAI. A son sens, ces troubles subsistent malgré une légère amélioration du syndrome des jambes sans repos, d'une anémie fluctuante et d'un diabète stabilisé ainsi que d'une éventuelle amélioration de l'état dépressif. Elle estime que le dossier n'a pas été suffisamment instruit, notamment l'hypothèse d'une cause

somatique ou médicamenteuse de l'hypersomnie n'a pas été envisagée par l'OAI.

S'agissant de l'examen psychiatrique réalisé le 5 juin 2008 par le Dr Y.\_\_\_\_\_, elle allègue qu'il ne vaut tout au plus que pour le moment de son examen et qu'il ne saurait rétroagir à toute la période postérieure à octobre 2003. Elle estime en outre que le dossier ne contient aucune description de ses limitations fonctionnelles. Or, à son sens, l'activité habituelle, qui requiert une excellente concentration, n'est pas adaptée à son état de santé (sommolence diurne, manque de concentration). Dans ces circonstances, elle considère que le calcul du préjudice économique ne peut être admis. Elle relève par ailleurs que son état de santé s'est aggravé (cf. contrôle neurologique du 21 janvier 2009, annexé au recours). Elle conclut au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction.

Du rapport du contrôle neurologique du 21 janvier 2009, réalisé par le Prof. X.\_\_\_\_\_, on extrait ce qui suit:

"J'ai reçu longuement cette patiente suite à mon contrôle final du 22 avril 2008. Elle revient assez déprimée, dans le sens qu'elle a eu récemment, pendant trois heures, un entretien à l'Office AI, avec un médecin, dont elle dit qu'il s'agit probablement du Dr Y.\_\_\_\_\_, sexologue..., qui n'a fait que de critiquer les prescriptions que l'on fait à cette patiente, aussi bien par vous-même que par moi-même, il dit que ce n'est pas justifié du tout de lui donner du Modasomil, que l'on pourrait donner de la Ritaline, etc. Il a l'impression que cette rente AI n'est pas du tout justifiée et la patiente est ainsi complètement décompensée.

J'ai pris note, qu'à juste titre, elle a arrêté l'Acomplia qui a été retiré du marché. Son poids heureusement ne s'est pas modifié et est de 82 kg. Son diabète est stable. Elle est à nouveau sous perfusion de fer en raison d'une anémie et d'une fatigue, mais heureusement son impatience des jambes ne s'est pas décompensée. Son moral est au plus bas au vu de ces litiges avec l'Office AI et surtout avec l'assurance O.\_\_\_\_\_ qui refuse de payer le Modasomil. Je me suis permis de lui donner un échantillon que la firme nous donne par intermittence.

[...]"

**b)** Dans sa réponse du 18 mai 2009, l'OAI indique que les arguments développés par la recourante ne sont pas de nature à remettre

en question le bien-fondé de sa position. Il produit deux avis médicaux du SMR des 7 et 14 mai 2009 et conclut au rejet du recours.

L'avis médical du SMR du 7 mai 2009, signé par le Dr W.\_\_\_\_\_, est ainsi libellé:

"1. Courrier de la Dresse N.\_\_\_\_\_ à Procap du 24.2.2009: ce courrier mentionne une "dépression chronique depuis 2002". Il évoque des difficultés à se lever le matin, une fatigue et des problèmes de concentration. La Dresse mentionne une anémie ferriprive améliorée par des perfusions de fer, et un syndrome de restless legs. Tous ces éléments sont connus et ont été pris en compte dans notre évaluation de la capacité de travail. Aucun élément nouveau n'est apporté.

2. Courrier du Prof. X.\_\_\_\_\_ à la Dresse N.\_\_\_\_\_ du 21.1.2009: en préambule, le Prof. X.\_\_\_\_\_ rapporte le déroulement de l'examen psychiatrique au SMR tel que l'assurée l'a relaté. Nous apprenons que le diabète est stable, que l'assurée est sous perfusion de fer et que le restless legs syndrome ne s'est pas décompensé. La thymie de l'assurée est affectée en réaction aux litiges assécurologiques. Aucun de ces éléments n'est de nature à modifier notre position."

De l'avis médical du SMR du 14 mai 2009, signé par le Dr Y.\_\_\_\_\_, on retient ce qui suit:

"En ce qui concerne les allégations du Pr. X.\_\_\_\_\_ dans sa lettre du 21.01.2009, "Le Dr Y.\_\_\_\_\_, sexologue... qui n'a fait que critiquer la prescription que l'on a faite à cette patiente aussi bien par vous-même que par moi-même, il dit que ce n'est pas justifié du tout de lui donner du Modasomil®, que l'on pourrait lui donner de la Ritaline®, etc. Il a l'impression que cette rente Al n'est pas du tout justifiée et la patiente est ainsi complètement décompensée".

Ma position est la suivante:

- En ce qui concerne le Modasomil® ou l'éventualité de l'introduction d'un traitement de Ritaline®, ces molécules ne faisant pas partie de ma pratique, je suis étonné des commentaires adjugés à l'assurée en ce qui me concerne.
- Par contre, le problème central étant l'hypersomnie, il est possible que j'aie donné des informations à l'assurée concernant le traitement de Fluctine® associé au Zyprexa®, ce qui peut expliquer en partie la fatigue avancée par l'assurée. Ceci est reconnu par la Dresse N.\_\_\_\_\_ dans sa lettre du 24.02.2009 dont on peut lire "la patiente est sous haute dose d'antidépresseur et de neuroleptique pour se battre contre ses symptômes dépressifs qui pourraient d'une part expliquer sa fatigue, mis à part des raisons psychiques".

En conclusion, de par mon expérience clinique et ma spécialité, je ne peux pas mettre en cause le traitement de Modasomil® ainsi que de me permettre de proposer un traitement de Ritaline® pour un trouble de sommeil type hypersomnie. Etant donné que mon rôle est de faire un examen psychiatrique et non de participer à la décision

de l'octroi d'une rente, je ne donne jamais mon impression en ce qui concerne qu'une rente soit justifiée ou pas.

En ce qui concerne le diagnostic psychiatrique, je maintiens mon appréciation lors de l'examen du 17.07.2006."

**c)** Dans sa réplique du 24 juin 2009, la recourante considère, s'agissant de l'avis médical du Dr Y.\_\_\_\_\_, qu'il ne fait que prendre position sur les éléments relatés par le Prof. X.\_\_\_\_\_, sans apporter d'éléments susceptibles d'étayer la décision entreprise et qu'il évoque un problème d'hypersomnie comme problème central. En ce qui concerne l'avis du Dr W.\_\_\_\_\_, il ne fait que relater des éléments déjà connus; toutefois, il omet notamment de relever que la Dresse N.\_\_\_\_\_ a fait état de problème de somnolence, de dépression et de concentration invalidants. Elle affirme que la réalité de son problème de somnolence est admise de toute part. Son état de somnolence ne saurait dès lors être occulté sous prétexte qu'une cause précise à cet état n'a pu être définie. A son sens, le fait qu'un tel état ait une origine médicamenteuse n'influence en rien son caractère invalidant.

Dans sa duplique du 7 septembre 2009, l'OAI soutient que la Dresse N.\_\_\_\_\_ et le Prof. X.\_\_\_\_\_ concluent à une incapacité de travail en raison principalement d'un trouble dépressif. Il relève à ce sujet que depuis la fin de la prise en charge à l'UPA en 2003, aucune incapacité de travail pour des raisons psychiatriques n'a été attestée par un médecin spécialiste en la matière. L'OAI souligne que le Dr P.\_\_\_\_\_ mentionne que l'importante fragmentation du sommeil est vraisemblablement due au syndrome des mouvements périodiques des membres inférieurs ainsi qu'à la pathologie psychiatrique de base. Or, l'OAI rappelle que l'impatience des jambes est traitée par perfusions de fer et ne s'est pas décompensée. En ce qui concerne la pathologie psychiatrique, l'expert psychiatre du SMR a conclu que la recourante ne souffrait d'aucune atteinte à la santé d'ordre psychiatrique ayant des répercussions sur sa capacité de travail.

Dans ses déterminations du 5 octobre 2009, la recourante déclare être suivie de façon régulière, toutes les trois semaines depuis le 19 février 2009, par la Dresse Q.\_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste

FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a attesté une incapacité de travail de 40% sur le plan psychique dans une activité adaptée, au motif de troubles de l'attention et de la concentration ainsi que de des difficultés à assumer les contraintes d'un emploi. La recourante produit un courrier du 4 octobre 2009 de ce médecin, dont on retient ce qui suit:

"La personne susmentionnée est suivie à ma consultation depuis le 19 février 2009 suite à sa demande, ceci de façon régulière toutes les deux à trois semaines. Elle bénéficie d'une psychothérapie et d'un traitement psychotrope, et s'investit autant qu'elle peut dans sa thérapie.

Subjectivement, il n'y pas d'amélioration de son état psychique depuis 2002. Ses principales plaintes sont centrées sur l'hypersomnie, le manque d'énergie, la fatigue, la perte de confiance en soi et les ruminations.

Lors de mon rapport datant du 23 février 2009, j'ai retenu le diagnostic de dysthymie (F 34.1), marquée par une dépression chronique de l'humeur, répondant aux critères d'un épisode dépressif léger à modéré. Ce diagnostic est toujours d'actualité. V.\_\_\_\_\_ a les mêmes plaintes malgré le changement de traitement effectué par la Dresse N.\_\_\_\_\_ par l'introduction de Lithium. Il n'y pas d'éléments nouveaux indiquant une aggravation de son état psychique. A noter qu'elle est submergée par les différents problèmes de sa vie (soucis familiaux, problèmes financiers, litiges asséculoologique). De plus elle est sans travail depuis plusieurs années et est confrontée à la mauvaise conjoncture actuelle (difficultés à trouver du travail compte tenu de son âge). Elle redoute également la perte de ses capacités fonctionnelles. Elle souhaite une évaluation de ses capacités physiques et psychiques, évaluation qui sera effectuée par la fondation [...] à [...] le 27 octobre 2009.

Suite à mes observation, Je constate que V.\_\_\_\_\_ a encore quelques ressources psychiques malgré se fragilité et sa tendance dépressive de longue date. Je retiens donc une capacité de travail évaluée à 60 à 70% sur le plan psychique dans une activité adaptée, en raison de ses troubles de l'attention et de la concentration, et de ses difficultés à assumer les contraintes d'un emploi."

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

**1.** Déposé dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

**2.** Est litigieuse la question du degré d'invalidité de la recourante, en particulier du caractère invalidant de sa dépression et de son hypersomnie.

**a)** Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 *in fine* LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain du recourant 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que le recourant aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé 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.

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

**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 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; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

**aa)** Le juge des assurances sociales 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. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; Pratique VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2<sup>e</sup> éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

En cas de contradictions entre les rapports médicaux, le juge des assurances sociales ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée,

que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées).

Lors de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351, consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; TFA I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

**bb)** Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4<sup>e</sup> éd., Berne 1984, p. 136; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2<sup>e</sup> éd., Berne 1983, p. 278). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit

donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353, consid. 5b; 125 V 193, consid. 2, et les références citées; cf. ATF 130 III 321, consid. 3.2 et 3.3).

L'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence le Tribunal de céans, sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

**c)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou – comme condition alternative – qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215, consid. 6.1.1, et la référence). Dans ces conditions, un trouble psychiatrique diagnostiqué conformément aux règles de l'art n'entraîne pas nécessairement une invalidité justifiant le droit à une rente. La capacité à exercer une activité adaptée dépend plutôt du degré de gravité, donc des répercussions, des atteintes psychiques observées (cf. ATF 130 V 396, consid. 6.2; 127 V 294, consid. 4c).

**3.** En l'espèce, la recourante soutient que sa cause n'a pas été suffisamment instruite, en particulier en raison du fait que l'OAI a occulté ses problèmes de somnolence. Elle considère en outre que le rapport d'examen psychiatrique du SMR du 9 juillet 2008 (Dr Y. \_\_\_\_\_) ne saurait rétroagir à toute la période postérieure à octobre 2003; elle souligne que ce rapport ne contient aucune description des limitations fonctionnelles, de sorte que l'activité sur laquelle s'est basée l'OAI pour calculer son degré d'invalidité n'est pas pertinente et que par conséquent le calcul du préjudice économique réalisé par cet office ne saurait être admis. Elle se prévaut par ailleurs d'un courrier du 4 octobre 2009 de la Dresse Q. \_\_\_\_\_, selon laquelle elle présenterait une incapacité de travail de 40% sur le plan psychique dans une activité adaptée.

**a)** S'agissant du caractère invalidant de la dépression et de l'hypersomnie présentées par la recourante, la Dresse N. \_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine générale, a posé le diagnostic de "troubles dépressifs sévères sans symptôme psychotique existant depuis septembre 2002" et a indiqué que son incapacité de travail était totale du 1<sup>er</sup> novembre 2002 jusqu'à septembre 2003 et que, depuis septembre 2003, elle est de 50%.

Le Prof. X. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, - auquel la recourante a été adressée par son médecin traitant et qui l'a reçue pour la première fois le 19 octobre 2005 - a considéré que la recourante présentait comme atteinte invalidante un état dépressif sévère depuis 2002, avec somnolence et fatigue diurne. Selon l'avis du Prof. X. \_\_\_\_\_, la somnolence et la fatigue ont pour origine la dépression de la recourante. Cet avis est confirmé par le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, lequel a estimé que l'importante fragmentation du sommeil peut être attribuée, d'une part, au syndrome des mouvements périodiques des membres inférieurs ainsi que, d'autre part, à la pathologie psychiatrique de base et aux anti-dépresseurs. Or, sur le plan neurologique, le Prof. X. \_\_\_\_\_ a retenu dans son rapport du 7 mai 2008 qu'aucune particularité n'était à relever à l'examen, hormis les impatiences des jambes. A ce sujet, la recourante a reçu des perfusions de

fer et, de l'aveu même de ce médecin, l'évolution était excellente. Dans ces circonstances et compte tenu du fait que, selon ce médecin, la fatigue et somnolence diurnes sont demeurées inchangées, il est plus que vraisemblable que celles-ci aient une origine psychiatrique - ce qu'affirme par ailleurs le SMR (cf. rapport médical du 17 juillet 2008 du Dr W.\_\_\_\_\_) -, voire médicamenteuse (anti-dépresseur). Sur le plan psychiatrique, le Prof. X.\_\_\_\_\_, a considéré que l'état dépressif s'était amélioré. Selon lui, la capacité de travail dans une activité adaptée ne pourrait s'élever au-delà de 50%.

**b)** Il ressort des pièces au dossier que la recourante a été suivie par l'UPA [...] (Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie) depuis mai 2003, après un suivi en ambulatoire à l'Hôpital [...] en septembre 2002 pour un trouble dépressif sévère sans symptôme psychotique. Elle a indiqué que la recourante avait bénéficié d'un arrêt de travail de 100% du 1<sup>er</sup> novembre 2002 jusqu'à septembre 2003, puis de 50% en septembre 2003. A partir d'octobre 2003, l'UPA a affirmé que la recourante présentait une capacité de travail entière. Compte tenu de l'évolution favorable du trouble dépressif, l'UPA, le médecin traitant et la recourante - à la différence de ce qu'affirme la Dresse N.\_\_\_\_\_ dans son courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2008 - ont décidé de mettre fin au suivi psychiatrique en 2003 déjà, l'UPA demeurant toutefois à disposition de la recourante au besoin. L'UPA n'a plus été sollicité par la recourante depuis.

Le 9 juillet 2008, le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, médecin au SMR, a établi un rapport faisant suite à un examen clinique psychiatrique du 5 juin 2008. Ce rapport comprend une anamnèse, les plaintes de la recourante ("tristesse, fatigue, tr. du sommeil type hypersomnie"), un status psychiatrique, des diagnostics ainsi qu'une appréciation du cas, notamment en ce qui concerne les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible. Le status psychiatrique ne relève aucun diagnostic qui aurait une répercussion sur la capacité de travail, ce qui justifie qu'aucune limitation fonctionnelle n'ait été retenue sur le plan psychique. En effet, le Dr Y.\_\_\_\_\_ a considéré que la recourante présentait une dysthymie à début tardif (F 34.1) d'une

intensité insuffisante pour notamment retenir un épisode dépressif léger. Ce rapport, en particulier l'appréciation du cas, concorde avec l'avis des spécialistes de l'UPA. Le Dr Y.\_\_\_\_\_ arrive par ailleurs à la même conclusion en estimant également que la recourante a présenté une capacité de travail nulle du 1<sup>er</sup> novembre 2002 à septembre 2003, puis de 50% en septembre 2003 et, finalement, complète depuis octobre 2003. Il convient, en outre, de relever que ce rapport ne comporte aucune contradiction, qu'il tient compte des plaintes de la recourante et qu'il est fouillé. Dans ces conditions, force est de constater qu'il remplit tous les réquisits de la jurisprudence relative à la force probante.

**c)** La recourante soutient que le rapport du Dr Y.\_\_\_\_\_ ne peut valoir que pour la période postérieure à son établissement, de sorte qu'il ne s'avère pas pertinent en ce qui concerne la période d'octobre 2003 à juin 2008. Elle fonde son droit à la demi-rente sur les pièces médicales établies par son médecin traitant, la Dresse N.\_\_\_\_\_, et le Prof. X.\_\_\_\_\_. Or, ces médecins, à la différence des Drs Y.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, ne sont pas des spécialistes FMH en psychiatrie. De ce fait, leur avis apparaît déjà comme moins pertinent.

En outre, s'agissant du Prof. X.\_\_\_\_\_, il a commencé à suivre la recourante à partir de 19 octobre 2005. Comme il l'a lui-même mentionné, ce n'est dès lors pas par observations objectives, mais par les plaintes subjectives de la recourante, qu'il a pris connaissance de l'état dépressif et des fatigues et somnolence diurnes de celle-ci. Par ailleurs, il ne pose aucun diagnostic précis et conforme aux règles de l'art à ce sujet. Dans ces circonstances, on ne peut considérer que, sur le plan psychique, l'avis du Prof. X.\_\_\_\_\_ l'emporte sur celui de du Dr Y.\_\_\_\_\_, d'autant plus que l'avis du médecin traitant doit, conformément à la jurisprudence être admis avec réserve. Au demeurant, le Prof. X.\_\_\_\_\_ a rapporté une amélioration de l'état dépressif. On ne peut dès lors retenir que sur le plan psychique, l'état de santé de la recourante se soit aggravé, mais plutôt qu'il s'est amélioré d'octobre 2005 à avril 2008. Pour le surplus, tous les éléments évoqués par ce professeur ont été pris en compte par l'OAI.

En ce qui concerne la Dresse N.\_\_\_\_\_, elle reprend le diagnostic posé par l'UPA ("troubles dépressifs sévères sans symptôme psychotique") ainsi que la capacité de travail établie par celle-ci. Toutefois, à la différence de l'UPA, elle ne retient pas que, depuis octobre 2003, la capacité de travail de la recourante est entière, mais estime que celle-ci est de 50% depuis septembre 2003; ce qu'elle a confirmé dans un courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2008. Or, l'appréciation de l'UPA ne lui était pas inconnue, compte tenu du fait qu'elle avait approuvé, en accord avec les autres intéressés, la fin du traitement de la recourante, que l'évolution favorable du trouble dépressif - observée par cette unité - avait rendu superflu. Dans ces circonstances, on ne comprend pas pour quelles raisons la Dresse N.\_\_\_\_\_ occulte cette appréciation, qui pourtant provient de médecins spécialistes, dont elle a par ailleurs repris l'opinion en ce qui concerne l'état de santé de la recourante jusqu'à septembre 2003. En tout état de cause, compte tenu du courrier du 1<sup>er</sup> septembre 2008, il convient de retenir que, selon ce médecin, la capacité de travail de la recourante est demeurée inchangée depuis septembre 2003 et que, dès lors, son état de santé ne s'est pas aggravé. Cela étant dit, il convient de relever que ce médecin ne pose aucun diagnostic précis conforme aux règles de l'art s'agissant de l'atteinte psychique et qu'aucune des pièces qu'elle a établies ne remplissent les réquisits jurisprudentiels concernant la force probante. Par conséquent, son opinion ne l'emporte pas sur celui du Dr Y.\_\_\_\_\_, d'autant plus qu'étant le médecin traitant de la recourante, son appréciation doit être admise avec réserve.

Il convient de souligner que d'octobre 2003 à février 2009, la recourante n'a pas été suivie par un spécialiste pour ses atteintes psychiques. Il ressort de l'avis de son médecin traitant et le Prof. X.\_\_\_\_\_ que, sur ce plan, son état de santé ne s'est pas aggravé. Au contraire, le Prof. X.\_\_\_\_\_ a rapporté une amélioration. Dans ces circonstances, l'opinion de l'UPA, établie par des médecins spécialistes, demeure valable, d'autant plus qu'il a été confirmé par le Dr Y.\_\_\_\_\_, également médecin psychiatre. Au demeurant, il ressort des pièces établies par son médecin traitant et le Prof. X.\_\_\_\_\_ que la recourante ne voulait pas reprendre de traitement psychiatrique jusqu'à février 2009.

**d)** Au sujet du courrier du 4 octobre 2009 de la Dresse Q.\_\_\_\_\_, médecin traitant, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, on apprend que la recourante est suivie de manière régulière depuis février 2009. Cette doctoresse précise que l'absence d'amélioration de l'état psychique de la recourante depuis 2002 est une constatation subjective de celle-ci et ne se fonde dès lors sur aucune observation objective. Or, il est incontesté que l'état de santé s'est amélioré en septembre 2003, la capacité de travail de la recourante étant passé de 0% à 50%; ce que ni la recourante ni la Dresse N.\_\_\_\_\_ et le Prof. X.\_\_\_\_\_ n'ont par ailleurs critiqué. On remarque en outre que, se référant à un rapport du 23 février 2009, soit postérieur à la décision attaquée du 26 janvier 2009, la Dresse H.\_\_\_\_\_ a posé le même diagnostic que le Dr Y.\_\_\_\_\_, estimant toutefois que la recourante présentait un épisode dépressif léger à modéré. Elle a en outre indiqué que la recourante devait effectuer une évaluation psychique en octobre 2009, dont les suites n'ont pas été communiquées. A son sens, sur le plan psychique, la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée est de 60% à 70%. Elle ne motive cependant pas en quoi les atteintes psychiques seraient invalidantes au sens de la LAI, notamment pas pour quelles raisons un épisode dépressif de léger à modéré - s'il devait être admis, ce que ne partage pas le Dr Y.\_\_\_\_\_, celui-ci ayant estimé que la dysthymie était d'intensité insuffisante pour retenir un épisode dépressif léger - ne permettrait pas l'exercice d'une activité à temps plein. Dans ces circonstances et compte tenu du fait que le courrier de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ ne remplit pas les réquisits de la jurisprudence s'agissant de la force probante et qu'au demeurant, l'opinion du médecin traitant doit être admis avec réserve, il convient de retenir que l'avis de la Dresse Q.\_\_\_\_\_ ne l'emporte pas sur celui du Dr Y.\_\_\_\_\_.

**e)** Au vu de ce qui précède, aucune pièce médicale ne permet de fonder une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante à partir de 2003 - ce qu'a également admis la Dresse Q.\_\_\_\_\_. Compte tenu du fait que la recourante n'a su susciter le moindre doute quant à la pertinence de l'appréciation de l'UPA et du Dr Y.\_\_\_\_\_, il convient de

retenir que l'opinion de cette unité, confirmée par la suite par celle du Dr Y.\_\_\_\_\_, demeure probante.

Par conséquent, la capacité de travail exigible de la recourante dans son activité habituelle, qui s'avère adaptée, est nulle du 1<sup>er</sup> novembre 2002 au 31 août 2003, de 50% du 1<sup>er</sup> au 30 septembre 2003 et entière depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2003. La recourante n'a ainsi pas présenté d'incapacité de travail d'au moins 40% sans interruption notable durant douze mois au moins, conformément à l'art. 28 al. 1 LAI. Dans ces conditions, aucune rente ne peut lui être allouée. C'est donc à bon droit que l'OAI a rejeté la demande de prestations AI déposée par la recourante.

**4.** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 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 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). En outre, il n'y a pas lieu dans ces circonstances d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA; 55 LPA-VD).

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 26 janvier 2009 est confirmée.

**III.** Un émolument de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante V.\_\_\_\_\_.

**IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

**Du**

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

- Me Caroline Ledermann, c/o Procap, service juridique (pour V.\_\_\_\_\_),
- 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).

Le greffier: