

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 août 2011

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Neu et Monod, assesseur
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

R. _____, à Renens, recourante, représentée par Me Laurent Savoy,
avocat à Lausanne

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 LAI

E n f a i t :

A. a) R. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1955, a été engagée le 1^{er} mars 2003 par l'entreprise M. _____, en tant que cheffe de rayon à plein temps. A partir de l'automne 2005 à tout le moins, l'assurée a connu des difficultés professionnelles et a été avertie à plusieurs reprises que ses responsabilités pourraient lui être retirées. Dès le mois de mars 2007, l'assurée s'est retrouvée en totale incapacité de travail. Son employeur l'ayant licenciée le 3 août 2007 pour le 31 octobre 2007, l'assurée a engagé devant le Tribunal d'arrondissement de Lausanne une procédure à son encontre, accusant son chef de mobbing et de harcèlement sexuel. Cette procédure s'est soldée par une transaction le 9 janvier 2009.

Le 8 octobre 2007, le médecin traitant de l'assurée, le Dr L. _____, a écrit à l'avocat de celle-ci qu'il connaissait l'assurée depuis longtemps, qu'elle était très sensible aux événements extérieurs et que depuis 2005, elle souffrait d'un état anxio-dépressif avec des somatisations. Il avait dû lui prescrire à plusieurs reprises des anxiolytiques et l'assurée avait fait une rechute début 2007. Elle l'avait alors informé qu'elle connaissait des problèmes au travail avec un supérieur, sans s'expliquer davantage. Par la suite, elle lui avait expliqué qu'elle subissait du mobbing et qu'elle était même harcelée sexuellement depuis un ou deux ans. Le Dr L. _____ avait alors mis sa patiente en incapacité de travail. Ce médecin indiquait également que l'assurée allait beaucoup mieux sur le plan psychique depuis qu'elle ne travaillait plus à la M. _____.

b) Il ressort d'un entretien téléphonique du 9 janvier 2008 d'un collaborateur de la P. _____, l'assureur perte de gain en cas de maladie, avec le médecin traitant de l'assurée que cette dernière allait bien mieux depuis qu'elle ne travaillait plus et n'avait pas besoin d'être suivie par un spécialiste. Par ailleurs, selon le Dr L. _____, l'incapacité de travail n'était

pas justifiée auprès d'un autre employeur. Dans un rapport du 21 janvier 2008 faisant suite à un entretien avec l'assurée, un collaborateur de la P._____ a écrit que l'assurée soutenait toutefois qu'aucune amélioration n'avait eu lieu.

Le 22 février 2008, le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, ainsi qu'en médecine psychosomatique et psychosociale, a rédigé un rapport d'expertise sur mandat de la P._____. Il a posé les diagnostics d'état dépressif réactionnel après une tentative d'agression sexuelle et de mobbing et de suspicion d'ostéoporose. Il a indiqué que l'assurée restait inflexible sur une situation traumatique qu'elle n'était pas capable de dépasser et qu'elle devrait être suivie par un psychiatre. La capacité de travail dans l'activité habituelle de vendeuse était de 50%, au vu de l'état dépressif. Par ailleurs, la partie "appréciation médicale" avait la teneur suivante :

« Madame R._____ est une assurée autrefois cheffe de rayon [...] à la M._____ de [...], âgée actuellement de 55 ans qui sera victime d'un harcèlement sexuel et de mobbing qui est survenu durant l'année 2005 de la part de son supérieur hiérarchique qui lui aurait demandé de l'embrasser.

A cette époque, Madame R._____ sera sidérée par cette situation dont elle ne dira mot à quiconque. Enfin, elle se sentira humiliée et présentera des troubles digestifs avec des ballonnements. La patiente consultera le Docteur W._____, spécialiste FMH en neurologie à Lausanne en date du 10 septembre 2007. Dans son consilium du jour, ce médecin décrira des cervicalgies hautes, avec des céphalées postérieures constrictives associées à des nausées.

L'examen neurologique détaillé s'avérait parfaitement physiologique. A ce moment-là, le Docteur W._____ proposera l'introduction d'un antidépresseur tricyclique sous la forme de Saroten retard 50 mg à prise vespérale.

Récemment, un CT-scan des surrénales sera réalisé le 15 juin 2007 dans le Service de Radiologie de la Clinique G._____ à [...]. Cet examen révélera une petite expansivité surrénalienne gauche présentant tous les critères de bénignité, cet adénome étant probablement riche en graisse. Le résultat de ce scanner sera banalisé par le Docteur X._____, spécialiste FMH en endocrinologie à Lausanne.

Dans une lettre au Docteur L._____, il apparaît que ce confrère attestera un état anxio-dépressif avec de multiples somatisations chez cette patiente. A l'heure actuelle, Madame R._____ présente une anxiété, avec des rêves au sujet de son travail, cette dernière se réveillant vers trois heures du matin. Il serait fort intéressant que cette patiente puisse retrouver une activité professionnelle peu stressante à temps partiel dans une activité de la vente, afin de ne pas la couper complètement du monde du travail. »

Le 27 mars 2008, la P._____ a écrit à l'assurée qu'elle la considérait apte à reprendre une activité à 50% dès le 15 avril 2008 et que, en application de son devoir de tout mettre en oeuvre pour retrouver une capacité travail entière, elle devait être suivie par un psychiatre, conformément aux recommandations de l'expert. L'assureur demandait également à l'assurée de s'adresser à l'assurance invalidité. Le 20 mai 2008, la P._____ a écrit à l'assurée que, constatant que cette dernière n'avait pas donné suite à ses injonctions, elle était dans l'obligation de suspendre le versement de ses prestations jusqu'à l'obtention des mesures indiquées.

B. a) Le 21 mai 2008, 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), en vue de l'obtention d'une rente, invoquant une dépression, une masse surrénalienne et de ostéoporose. Selon un formulaire complété le 4 juin 2008, l'assurée travaillerait à 100% en bonne santé comme technicienne dentiste, par intérêt personnel et financier.

b) Le 25 juin 2008, le Dr L._____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail de l'assurée, d'état dépressif avec somatisation, de lombalgie chronique et d'état anxieux, affections s'étant aggravées depuis 2007. Dans un nouveau rapport de septembre 2008, ce médecin retenait les mêmes diagnostics et attestait une totale incapacité de travail.

c) Le 18 septembre 2008, la Dresse B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent (épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques) et d'état de stress post-traumatique. Elle a expliqué que sa patiente était traumatisée par des difficultés professionnelles, voire du mobbing, depuis 2004, et qu'elle présentait une humeur dépressive à un degré nettement anormal pour la personne extravertie et joviale qu'elle était avant 2004.

d) Dans un rapport du 13 décembre 2008, la Dresse B._____ a longuement décrit les événements s'étant déroulés dans l'activité professionnelle de l'assurée, qui se plaignait de subir du mobbing depuis 2004. La Dresse B._____ a affirmé n'avoir aucune raison de mettre en doute la sincérité de l'assurée, avec laquelle elle avait eu des entretiens depuis plus de six mois. Elle a conclu son rapport comme suit :

« En définitif, j'estime que la patiente présente une pathologie psychiatrique nécessitant un traitement psychiatrique et psychothérapeutique depuis plus de six mois et pour une durée indéterminée sans constater une amélioration de son état durant la période du suivi régulier de juillet à décembre 2008. De plus, son médecin traitant généraliste lui prodigue des soins, notamment en raison de la problématique énoncée ci-dessus, et confirme l'incapacité de travail à 100 % depuis le 30.03.2007, ce qui est selon toute vraisemblance exact vu la chronicité des symptômes et les traitements antidépresseurs et anxiolytiques déjà dispensés.

En conclusion, je propose d'acceptation d'un taux d'incapacité de travail de 100% depuis le 30. 03. 2007 et pour une durée indéterminée. »

e) Le 15 mai 2009, le docteur T._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du Centre d'Expertise Médicale (CEMED), a rédigé une expertise médicale de l'assurée à la requête de l'OAI. Il a retenu une totale capacité de travail sans aucune diminution de rendement dans l'activité habituelle de l'assurée, après une période de totale incapacité de travail pour trouble dépressif ayant débuté le 31 mars 2007. Il a indiqué notamment ce qui suit :

« Rappel de l'histoire médicale :
[...]

L'assurée présente des troubles psychiques de longue date. Il y a eu des épisodes dépressifs secondaires à des accidents avec un premier épisode en 1974 puis un second épisode en 1980. En 1994, elle a fait une tentative de suicide (abus médicamenteux) dans le cadre de conflits conjugaux. A ce moment, il n'y a pas eu une hospitalisation en milieu psychiatrique, mais l'assurée a reçu un traitement antidépresseur durant trois ans. Madame R. _____ a présenté un nouvel épisode dépressif en 1999 suite au décès de ses parents avec un traitement antidépresseur durant 18 mois. Elle a présenté un épisode dépressif en mars 2007 secondaire à un licenciement. Il y avait des signes avant-coureurs en lien avec des conflits au travail.

[...]

Situation actuelle :

L'assurée rapporte des céphalées, des oppressions thoraciques, de l'irritabilité, des douleurs, des cauchemars, un ralentissement psychique, des épisodes d'anxiété paroxystique qui peuvent durer jusqu'à 12 heures, un évitement dans les relations sociales, une plus forte émotivité depuis 2005, de la fatigue présente presque tous les jours, de la tristesse et de la réduction de la capacité à éprouver du plaisir. Le sommeil est également perturbé par les cauchemars. La libido est diminuée. Par ailleurs, l'assurée ne se plaint pas de sentiment de dévalorisation ni de culpabilité. Il n'y a pas d'idée noire ni d'idée suicidaire.

A l'examen clinique, la présentation est soignée. L'assurée semble avoir de bonnes compétences intellectuelles cognitives et de bonnes capacités d'élaboration psychique. Il y a des restrictions du champ de la pensée sur les conflits professionnels, plus que sur les douleurs. Il n'y a pas de comportement manifestement démonstratif mais par moment l'attitude est un peu théâtrale. L'assurée ne paraît pas particulièrement désespérée. Il y a une certaine labilité émotionnelle, il n'y a pas d'effondrement lorsque l'on évoque ses conflits au travail ni de réaction d'angoisse. La tristesse est tout au plus d'intensité légère, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni de fatigue.

Le résultat monitoring thérapeutique montre des taux relativement bas, infra-thérapeutiques. Nous notons qu'il y a un cumul de deux antidépresseurs de la classe des tricycliques et qu'au total cela devrait permettre une réponse thérapeutique.

Sur la base de ces éléments, nous retenons le diagnostic de trouble dépressif récurrent, d'épisode actuel léger probablement en voie de rémission partielle (F33.00). L'assurée présente une tristesse tout au plus légère et il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. On n'observe pas non plus de trouble cognitif particulier. L'assurée semble prise dans un conflit. On note que par le passé, les épisodes dépressifs sont apparus lors de traumatismes et des accidents ou des conflits relationnels notamment avec son mari. Ceci est également le cas actuellement avec un conflit au travail qui s'est achevé par un licenciement en mars 2007. Le trouble dépressif n'est pas sévère. Il n'y a pas nécessité d'hospitalisation en milieu psychiatrique.

L'assurée ne présente pas d'élément de syndrome de stress post-traumatique (F43.1). Il y a des cauchemars mais en dehors de cela

on n'observe pas de réactivité émotionnelle marquée lorsque l'on aborde les conflits. De plus, les éléments décrits sous la rubrique harcèlement sexuel ne sont pas de nature à avoir mis en cause l'intégrité physique de l'assurée. Nous ne reviendrons pas sur la notion de mobbing qui est une description non médicale d'une circonstance relationnelle bien particulière. Toutefois, dans le cadre de conflits relationnels difficiles, l'assurée a probablement présenté des troubles de l'adaptation qui ont culminé jusqu'à la survenue d'un épisode dépressif au moment de l'annonce de son licenciement.

L'assurée présente des traits de personnalité histrioniques avec une attitude théâtrale et une tendance à dramatiser.

Synthèse et conclusions :

Sur la base de ces éléments, il n'y a pas lieu de retenir de limitation fonctionnelle. L'assurée peut travailler 8 heures par jour sans diminution de rendement. On peut considérer que suite à son licenciement, il y a pu avoir une période d'incapacité de travail de 9 mois en lien avec un épisode dépressif plus sévère. Ceci n'est actuellement plus le cas. »

f) Le 16 juin 2009, l'OAI a établi un projet de décision, selon lequel l'assurée avait droit à une rente complète du 1^{er} mars 2008 au 31 juillet 2008, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé, une reprise de l'activité habituelle à plein temps étant possible dès le 1^{er} mai 2008, soit neuf mois après l'annonce de son licenciement, comme l'avait retenu l'expert.

g) Le 21 août 2009, par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a présenté des objections et a conclu à l'octroi d'une demi-rente au moins dès le 1^{er} août 2008. Elle a joint un avis de son médecin traitant du 12 août 2009, selon lequel le Dr T._____ retenait un épisode dépressif léger sans syndrome somatique en oubliant que sa patiente était sous médication importante qui couvrait en partie les symptômes de la dépression. Le Dr L._____ expliquait également que l'expert avait pu tomber sur un bon jour et que l'assurée n'était dans tous les cas pas capable de travailler à plus de 50%.

h) Le 23 août 2009, la doctoresse B._____ a rédigé un rapport à l'intention du conseil de l'assurée, dans lequel elle retenait une totale incapacité de travail actuellement et une capacité de travail de 50%

à moyen terme et posait les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen, sans syndrome somatique F33.10), troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F43.25), difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0), difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie (Z60.0) et stress (Z73.0). La Dresse B. _____ indiquait également ce qui suit :

« Durant l'année 2009, la patiente a évolué avec des variations thymiques sur un fond important d'anxiété et de tristesse.

Selon les dires de la patiente, elle supportait une tension importante dès 2005 en relation avec le mobbing et consistant en actes de harcèlement sexuels successifs, avertissement abusif, changement humiliant de place de travail, et enfin en un licenciement abusif.

En janvier 2009 la patiente a dû faire face à la procédure juridique devant le Tribunal d'arrondissement de Lausanne. Lors de l'audience, la patiente a renoncé à poursuivre le mobbeur en raison de son incapacité à supporter la pression inhérente tout en pensant que si elle le poursuivait, ce dernier perdrait son travail et ne pourrait plus ainsi entretenir sa famille. Toutefois, avec le recul, la patiente est déçue des conclusions du procès verbal de conciliation du 9 janvier 2009, tout comme son conseil.

Epuisée d'une part par la procédure dans laquelle elle était engagée, et d'autre part en subissant la violence conjugale depuis de nombreuses années, la patiente a néanmoins réussi à ne pas sombrer davantage grâce au soutien de son médecin généraliste et à l'aide apportée par le traitement anxiolytique et antidépresseur. Cependant Mme R. _____ s'est retrouvée en arrêt maladie depuis le 30 mars 2007 suite à la péjoration d'un état de santé déjà fragilisé avant la survenue des actes de mobbing.

[...]

Depuis 2007, la patiente a vécu également une période de dépression et d'angoisse concernant tant son état physique que psychique. Pour rappel, on peut préciser qu'un scanner devait être effectué tous les 3 mois pour suivre l'évolution de l'adénome surrenalien gauche.

En ce qui concerne la problématique familiale, la malade précise que son mari la battait et lui faisait subir des infidélités depuis de nombreuses années, actes ayant culminé en juillet 2008 par la découverte d'une autre femme vêtue d'un simple peignoir dans l'appartement conjugal. Or, elle s'est mariée à l'âge de 18 ans, sans connaître d'autres hommes que son mari. En effet, vu sa culture, l'infidélité est particulièrement blessante et inacceptable. De plus, le mari lui crache souvent dessus, même dans la voiture. Souvent, elle se rend dans la buanderie afin d'y trouver refuge. Pas si rarement, il lui arrive de s'enfuir chez sa belle-soeur (la femme du frère de son mari) pour ne plus être confrontée à l'agressivité de son époux. Au mois de juin 2009, cette violence a atteint son paroxysme par un geste si violent que la concernée en a craint pour sa vie : son mari

lui aurait ainsi coincé la tête entre la porte et le cadre de celle-ci. De plus, il l'aurait menacée à plusieurs reprises avec un couteau. La patiente témoigne qu'au mois de janvier 2009 elle se trouvait dans un profond état de désarroi lié à son mariage et à sa vie qu'elle perçoit comme un échec. Elle affirme avoir tenté à plusieurs reprises de se suicider. Suite au dernier éclat de colère le mari aurait quitté la Suisse provisoirement pour se rendre en l'ex-Yougoslavie dans sa famille. Par ailleurs, son époux lui répéterait assez souvent: "Tu devrais de suicider, qu'est-ce que tu attends?". Mme R. _____, bien que craignant son mari, lui reste toutefois profondément attachée et vit mal son départ. Actuellement les contacts téléphoniques sont tendus et le mari finit toujours par lui boucler le téléphone au nez. La patiente avoue avec difficulté les menaces, les insultes et les coups infligés par son époux, sans parler de scènes de violences sexuelles qui l'ont dégoûtée de vivre depuis longtemps. Étant prise dans la thématique de la souffrance conjugale sur laquelle le mobbing s'est rajouté, elle pleure la journée et la nuit. Elle ne peut pas se concentrer sur autre chose vu que sa vie et tous les efforts dévoués pour la vie de famille et son travail ont fini par ce qu'elle considère un lamentable échec de soi. Toutefois, elle reste ouverte à la reprise d'un travail à temps partiel afin de sortir de l'enfermement sur elle-même et de la douleur personnelle.

De plus, son fils la traite sans égard ce qui la blesse profondément.

Le mobbing, rajouté aux autres mauvais traitements subis, a engendré chez la patiente un sentiment de désarroi, d'inutilité et de nullité. La patiente, bien atteinte, affirme être "détruite".

La patiente accuse des troubles constants de sommeil accompagnés de réveil aux alentours de 03h00 du matin, sans possibilité de se rendormir. Le matin, elle présente une fatigue importante, des pensées confuses, une absence de dynamisme et de désir de se lever afin de commencer une nouvelle journée. Sa vie est "vide" et elle mentionne à plusieurs reprises le désir de mourir. Elle se sent "détruite, épuisée, enfermée". Durant les entretiens du mois d'août, la patiente m'a indiqué à plusieurs reprises ne plus avoir l'envie de vivre. Elle vit dans une angoisse permanente, dégénérant en crise de panique pour peu de choses. Elle pense souvent que ce serait mieux pour elle "de disparaître". Elle se sent désemparée, n'a "pas de force", présente des maux de dos et des maux de tête pulsatiles.

Lors de la consultation du 20 ct, la patiente se montre collaborante. Elle présente un faciès triste marqué par les pleurs. Ainsi, afin de ne pas révéler son état, la patiente a mis plusieurs couches de fond de teint, ce qui est bien visible. La malade est voûtée, accablée par les difficultés multiples qui la pèsent et la dépassent et ne présente pas un tonus musculaire suffisant pour maintenir une posture habituelle. Je ne retiens pas de symptômes de la lignée psychotique au sens de l'OMS. Durant l'entretien, on note des difficultés de concentration et on mentionne notamment des troubles de mémorisation. La thymie est triste et marquée par l'anxiété de fond. »

i) Le 9 septembre 2009, le Dr J. _____ du Service médical régional de l'AI (SMR) a rédigé un avis médical, selon lequel l'expertise du Dr T. _____ était convaincante, notamment s'agissant des raisons pour

lesquelles les diagnostics posés par les médecins traitants ne pouvaient être suivis dans le cadre d'une expertise AI.

j) Le 28 novembre 2009, la Dresse B._____ a établi un nouveau rapport, dans lequel elle a proposé la reprise du travail à 50% au 1^{er} janvier 2010 et a indiqué notamment ce qui suit :

« Depuis le dernier rapport médical effectué en date du 23.08.2009, on peut noter l'existence stable des symptômes anxio-dépressifs, marquant ainsi la chronicité du tableau évolutif : la malade est restée figée dans un état dépressif tel qu'il a été décrit dans le rapport précédent et manifesté actuellement par une tristesse profonde, des pleurs fréquents qui durent tout au long des entretiens. De plus, la patiente se trouve dépourvue de tout intérêt et envie, imprégnée d'une vision négative de toute chose, fatiguée constamment et notamment par des troubles du sommeil persistants malgré la médication. Ses yeux sont éreintés, cernés et enfoncés dans les orbites, la thématique de la pensée est centrée sur des sujets sombres et notamment sur l'échec de sa vie. La malade n'entend pas le thérapeute afin de comprendre les événements selon une vision différente et par conséquent, elle se trouve dans l'incapacité de développer des mécanismes de défense mieux adaptés à la situation présente.

D'autre part, la situation sur le plan familial n'a pas évolué par l'amélioration des relations au sein de la famille, bien au contraire. Comme suite, celles-ci focalisent toute la pensée et l'énergie de la patiente. »

k) Par décision du 4 décembre 2009, l'OAI a confirmé son projet du 16 juin 2009.

l) Le 5 janvier 2010, le Dr L._____ a écrit au conseil de l'assurée qu'il ne pouvait que confirmer son rapport du 12 août 2009, que sa patiente n'allait pas mieux, qu'elle souffrait toujours du dos et qu'elle avait toujours d'importantes angoisses et somatisations. Sa capacité de travail ne dépassait en aucun cas 50%.

m) Le 16 janvier 2010, la Dresse B._____ a établi un rapport, dans lequel elle a affirmé que la situation de l'assurée n'évoluait pas et

que le Dr T._____, n'ayant vu sa patiente qu'une seule fois, ne pouvait pas apprécier la complexité de sa situation aussi bien qu'elle-même ou son médecin traitant. Par ailleurs, l'assurée se trouvant sous traitement antidépresseur, l'expert n'avait pas pu apprécier son état correctement. La Dresse B._____ indiquait également que, lors des séances de thérapie, elle avait le sentiment d'écouter une personne franche, sans exagération des faits ni du vécu traumatisant et qu'en aucun cas, elle n'avait constaté d'aspect histrionique ni de tendance à dramatiser.

C. **a)** Par acte du 1^{er} février 2010, R._____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Laurent Savoy, avocat à Lausanne, a interjeté recours contre la décision du 4 décembre 2009, concluant avec suite de dépens principalement à sa réforme, en ce sens que la recourante, du fait de son état anxio-dépressif, a droit à une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée dès le 1^{er} mars 2008, subsidiairement à une rente entière du 1^{er} mars 2008 au 31 décembre 2009 et à une demi-rente par la suite. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour l'instruction complémentaire. A l'appui de son recours, elle se réfère aux divers avis médicaux de ses médecins traitants, le Dr L._____ et la Dresse B._____.

b) Par réponse du 22 avril 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a produit notamment un avis du SMR du 8 avril 2010, selon lequel les rapports des 28 novembre 2009 et 16 janvier 2010 de la Dresse B._____ ne font état d'aucune aggravation notable depuis ses rapports antérieurs. La situation est donc stationnaire depuis l'expertise psychiatrique de mai 2009. Quant au rapport du 5 janvier 2010 du Dr L._____, il ne précise pas si l'état de santé de la recourante s'est amélioré ou péjoré depuis son dernier rapport d'août 2009.

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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile, compte tenu des fériés de fin d'année (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre les 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 ; 110 V 48, consid. 4a).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. L'office intimé considère que la recourante a droit à une rente complète du 1^{er} mars au 31 juillet 2008, une reprise de l'activité habituelle à plein temps étant exigible dès le 1^{er} mai 2008. La recourante affirme pour sa part que sa capacité de travail reste nulle depuis le mois de mars 2007, ce qui lui donnerait droit à une rente entière d'invalidité de durée indéterminée dès le 1^{er} mars 2008. Subsidiairement, elle soutient que sa capacité de travail ne s'est améliorée qu'au 1^{er} janvier 2010, atteignant 50% depuis lors.

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 cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré 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. L'assuré a droit à une rente s'il est

invalide à 40% au moins, pour autant qu'il ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 LAI, dans sa version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, anciennement art. 29 LAI).

b) Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, selon lequel si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (cf. notamment TF 9C_718/2009 du 4 février 2010, consid. 1.2 ; 8C_104/2009 du 14 décembre 2009, consid. 2 ; 8C_180/2009 du 8 décembre 2009, consid. 3). Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4 ; 115 V 133, consid. 2 ; 114 V 310, consid. 3c ; 105 V 156, consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, 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). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra 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). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

5. a) Sur le plan somatique, le médecin traitant de la recourante fait état d'une lombalgie chronique inchangée depuis 2007, comme il ressort de ses rapports de juin et septembre 2008 (cf. supra, let. B.b), ainsi que dans celui du 5 janvier 2010 (cf. supra, let. B.l). Ce diagnostic n'a

toutefois pas été retenu par le Dr D._____ dans son expertise de février 2008 (cf. supra, let. A.b). Cette expertise contient une anamnèse complète, comprenant les plaintes de la recourante ; elle décrit les documents sur lesquels elle s'est fondée et a été établie après un examen de la recourante. Elle remplit ainsi les réquisits posés par la jurisprudence. Elle a donc valeur probante. Le Dr D._____ diagnostique certes une suspicion d'ostéoporose, mais sans incidence sur la capacité de travail de la recourante, qui n'est à son avis limitée que par des facteurs psychiques. Le Dr L._____ ne mentionnant par ailleurs aucune aggravation des lombalgies depuis leur apparition en 2007, il convient de retenir que celles-ci n'ont jamais eu de valeur invalidante.

b) Sur le plan psychique, l'appréciation des médecins traitants diverge de celle de l'expert du CEMED. En effet, selon le Dr T._____, la recourante souffrait, au moment de l'expertise, soit au mois de mai 2009, d'un trouble dépressif léger. L'expert ne retenait d'incapacité de travail en relation avec une telle affection que jusqu'à fin avril 2008, soit neuf mois après son licenciement (cf. supra, let. B.e). En revanche, le Dr L._____ estimait, postérieurement à cette date, soit en août 2009 (cf. supra, let. B.g) et en janvier 2010 (cf. supra, let. B.l), que la capacité de travail de la recourante ne dépassait pas 50%. Quant à la Dresse B._____, elle évoquait au mois d'août 2009 un trouble dépressif moyen impliquant une totale incapacité de travail, une capacité de travail à 50% pouvant toutefois exister à moyen terme (cf. supra, let. B.h). Ce médecin a par la suite confirmé son appréciation, en novembre 2009 (cf. supra, let. B.j) puis en janvier 2010 (cf. supra, let. B.m), estimant que la recourante avait recouvré une capacité de travail de 50% dès le mois de janvier 2010.

aa) A l'appui de leur point de vue, les médecins traitants critiquent l'expertise du Dr T._____, notamment sur le plan formel. En premier lieu, ils affirment que l'expert, qui n'a vu la recourante qu'une seule fois, n'a pas pu apprécier correctement la complexité de sa situation. La jurisprudence considère toutefois que la durée de l'examen, qui n'est pas un critère pour apprécier la valeur probante d'un rapport médical, ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert,

dont le rôle consiste précisément à se faire une idée sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_443/2008 du 28 avril 2009, consid. 4.4.2 ; 9C_386/2010 du 15 novembre 2010 ; 9C_751/2010, du 20 juin 2011 ; TFA I 1084/06 du 26 novembre 2007, consid. 4).

Les médecins traitants relèvent également que la recourante était sous l'influence de médicaments lorsqu'elle a été examinée par l'expert, qui a donc faussement apprécié son état psychique comme amélioré, alors qu'il n'était en réalité pas consolidé. Ce raisonnement ne saurait être suivi. En effet, il ressort du rapport d'expertise que le Dr T._____ n'ignorait pas les médicaments pris par la recourante. Il mentionne d'ailleurs expressément la combinaison de deux antidépresseurs. Cela étant, il relève également qu'il n'a pas observé de ralentissement psychomoteur, raison pour laquelle il ne voit pas de contre-indication à la reprise d'une activité professionnelle, malgré le traitement suivi. En effet, contrairement à ce que semble croire la Dresse B._____, la capacité de gain d'un assuré ne s'apprécie pas selon un "état consolidé", soit sans apport de médicaments, mais bien une fois que les traitements médicaux raisonnablement exigibles sont suivis (cf. art. 7 LPGa et art. 7 al. 2 let. d LAI).

bb) L'expertise du Dr T._____ est claire et bien motivée. Par ailleurs, elle se base sur une anamnèse complète et tient compte des plaintes exprimées par l'assurée, de sorte qu'elle remplit tous les critères de la jurisprudence pour détenir valeur probante.

En ce qui concerne le début de l'incapacité de travail de la recourante, il est fixé au mois de mars 2007 par l'expert et les médecins traitants de manière concordante, de sorte que l'OAI était fondé à retenir cette même date pour définir le début du délai d'attente d'un an de l'art. 28 LAI.

En ce qui concerne l'évolution de la situation médicale de la recourante après le début de son incapacité de travail, les constats faits par la psychiatre traitante, la Dresse B._____, sont comparables à ceux

faits par l'expert. Des divergences d'opinion entre ces deux spécialistes n'apparaissent en effet qu'au moment de l'interprétation desdits constats. Ainsi, les troubles du sommeil, la fatigue, l'absence de dynamisme, l'angoisse, les idées noires et les troubles de mémorisation relevés par la Dresse B. _____ dans son rapport d'août 2009 et dont elle qualifie l'évolution de stable par la suite, ont également été investigués par le Dr T. _____, qui a toutefois conclu, contrairement à la psychiatre traitante, à un état dépressif léger, la recourante ne présentant selon lui qu'une tristesse légère, sans ralentissement psychomoteur, trouble cognitif particulier ni fatigue, sa capacité de travail étant redevenue entière dès le mois de mai 2008. La Dresse B. _____ mentionne également l'existence d'une grave problématique de couple. Celle-ci n'apparaît toutefois jamais dans les rapports du Dr L. _____ et n'est que brièvement relevée par l'expert, qui ne lui prête pas d'influence décisive. La Dresse B. _____ elle-même n'aborde ce point que dans son seul rapport d'août 2009 et n'en fait plus état par la suite, et ce qui démontre que, s'il existe certainement, il n'a selon toute vraisemblance pas l'influence qu'elle lui prête. Par ailleurs, l'expert retient que la recourante présente des traits de personnalité histrionique, avec une attitude théâtrale et une tendance à dramatiser, alors que la Dresse B. _____ affirme avoir eu le sentiment d'écouter une personne franche, sans exagération des faits ni du vécu traumatisant, sans aspect histrionique et sans tendance à dramatiser. Au vu des constatations médicales similaires faites par l'expert et la psychiatre traitante et de la jurisprudence selon laquelle les rapports émis par les médecins traitants doivent s'apprécier avec prudence, il convient, au stade de la vraisemblance prépondérante, de suivre dans le cas d'espèce l'avis de l'expert en ce qui concerne l'évolution et la fin de l'incapacité de travail de la recourante.

6. a) Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé, se fondant sur l'expertise du Dr T. _____, a considéré que la recourante s'est retrouvée en totale incapacité de travail de mars 2007 à début mai 2008, date à partir de laquelle sa capacité de travail est redevenue entière dans son activité habituelle. Il se justifiait donc de reconnaître à la

recourante le droit à une rente temporaire d'invalidité, du 1^{er} mars 2008 (fin du délai d'attente d'un an) au 31 juillet 2008 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de travail ; cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). En conséquence, le recours doit être rejeté et la décision attaquée 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 francs (art. 69 al. 1 bis 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 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 ; 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours déposé le 1^{er} février 2010 par R._____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 décembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents 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 :

- Me Laurent Savoy, avocat (pour R._____),
- 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 :