

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 31 mai 2012

---

Présidence de M. MÉTRAL  
Juges : Mme Thalmann et M. Neu  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat  
au Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** J.\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en [...], mère célibataire d'un enfant né en [...], est sans formation professionnelle. Après avoir travaillé en qualité d'aide-soignante, puis vendeuse, avec des périodes de chômage en 1994 et 1999, elle a retrouvé un emploi en 1999 en qualité de responsable de stock de matériel auprès du magasin [...], contrat qu'elle a résilié avec effet au 31 décembre 2001. Par la suite, elle a touché successivement des prestations de l'assurance-chômage, des indemnités perte de gain et le revenu d'insertion (RI), sans reprendre d'activité professionnelle. Le 15 février 2002, l'assurée a consulté la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin-traitant, en raison d'une dépression et d'une obésité. Dans son rapport du 24 mai 2004, cette praticienne a attesté une incapacité de travail totale et continue dès le 15 février 2002 en raison d'un état dépressif sévère depuis fin 2001, ainsi que de troubles alimentaires compulsifs et d'une obésité. Dès cette date, l'assurée a consulté plusieurs psychiatres, notamment les Drs R.\_\_\_\_\_ (courrier non daté de 2002) et S.\_\_\_\_\_ de la Policlinique L.\_\_\_\_\_ (courrier du 3 octobre 2002).

Le 5 février 2004, J.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison de "*dépression - trouble du comportement alimentaire*" et a indiqué qu'elle était notamment suivie par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie. Ce dernier a, dans un rapport médical du 30 mars 2004, mentionné que sa patiente était atteinte d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11), d'hyperphagie boulimique (F 50.3) et de trouble mixte de la personnalité avec traits évitants et paranoïaques (F 60). Il a attesté une incapacité de travail totale durant la durée du suivi, soit du 11 février au 17 novembre 2003. En raison de l'absence d'amélioration significative de la symptomatologie dépressive et alimentaire malgré une thérapie soutenue et supervisée, le Dr F.\_\_\_\_\_ a préconisé une démarche auprès de l'AI.

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le dossier de l'assurée à l'appréciation du service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR). Par avis médical du 27 octobre 2004, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin-adjoint au SMR, a préconisé un examen psychiatrique par le SMR.

J.\_\_\_\_\_ a été examinée le 3 février 2005, en présence du Dr H.\_\_\_\_\_, par la Dresse E.\_\_\_\_\_, laquelle a rédigé un rapport le 16 février 2005 signé "Dresse E.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH". Cette praticienne a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F 60.31) et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33.4). S'agissant de l'appréciation du cas, la Dresse E.\_\_\_\_\_ a considéré qu'en raison de l'existence d'un trouble dépressif récurrent, donc d'un risque de décompensation dépressive actuellement en rémission, et d'une fragilité psychologique, la capacité de travail exigible était de 50 % dans toute activité, depuis février 2002 et ce, afin de permettre à l'assurée de mieux gérer une quelconque activité professionnelle et de diminuer le risque d'une décompensation dépressive sévère. La Dresse E.\_\_\_\_\_ a toutefois reconnu une incapacité de travail complète du 11 février au 17 novembre 2003.

Dans un rapport médical du 24 février 2005, la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (nouvelle psychiatre traitante de l'assurée depuis le 14 juin 2004), a posé les diagnostics de trouble dysthymique avec début tardif (F 34.1) depuis 2001 et de trouble mixte de la personnalité avec traits évitants et paranoïaques (F 61.0) depuis l'adolescence. Elle a indiqué que la capacité de travail était nulle dans l'activité exercée et qu'elle n'était pas envisageable dans une autre activité.

Par décision du 31 mai 2005, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2003, soit à l'issue du délai de carence d'un an.

Par décision sur opposition du 15 septembre 2006, l'OAI a admis partiellement l'opposition formée par l'assurée et lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> février au 30 avril 2003, à une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2003 au 29 février 2004, ainsi qu'à une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> mars 2004.

**b)** Saisi d'un recours par lequel l'assurée concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2003, le Tribunal des assurances a, par jugement du 7 novembre 2007, rejeté ledit recours (AI 197/06 - 37/2008).

**c)** J. \_\_\_\_\_ a interjeté recours en matière de droit public contre le jugement précité auprès du Tribunal fédéral (ci-après le TF). Par arrêt du 25 mars 2009 (9C\_303/2008), le TF a admis le recours et renvoyé la cause à l'administration pour qu'elle mette en œuvre les mesures d'instruction qui s'imposaient. Il a notamment considéré ce qui suit :

"que pour trancher la divergence concernant la capacité de travail de la recourante entre la doctoresse E. \_\_\_\_\_ et la doctoresse V. \_\_\_\_\_, les premiers juges ont retenu que seule la première s'était prononcée sur l'exigibilité;

que cet élément apparaît manifestement inexact au regard du rapport de la seconde, du 24 février 2005, dans lequel elle a confirmé que l'activité exercée jusque là n'était plus exigible, que la capacité de travail raisonnablement exigible était nulle dans la profession déjà exercée et pas envisageable dans une autre;

qu'il apparaît dès lors que les premiers juges ont tiré des conclusions définitives sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante sur la base du seul rapport de la doctoresse E. \_\_\_\_\_;

que les motifs invoqués pour ce faire par les premiers juges ne sont pas donnés, la doctoresse V. \_\_\_\_\_, même succinctement, s'étant également prononcée sur la capacité de travail raisonnablement exigible ou l'exigibilité;

que par ailleurs, il n'est d'aucun secours d'affirmer que le dossier comprend d'autres évaluations de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique, si ces rapports divergent de celui de la doctoresse E. \_\_\_\_\_ et aboutissent à une conclusion différente quant à l'incapacité de travail, ce qui est le cas en l'occurrence;

qu'au surplus, on ne se trouve pas dans une situation identique à celle évoquée par les premiers juges, dans laquelle le rapport signé par la doctoresse E. \_\_\_\_\_ avait été préparé en collaboration avec

un autre médecin, était le résultat d'un examen clinique bidisciplinaire conjoint, avait fait l'objet d'une appréciation consensuelle, et où les médecins traitants aboutissaient majoritairement à la même conclusion que la doctoresse E. \_\_\_\_\_ quant à l'incapacité de travail (arrêt I 594/06 du 10 octobre 2007, consid. 5);

qu'à la lumière de l'arrêt I 65/07 cité, l'appréciation de la juridiction cantonale n'est dès lors pas conforme au droit et ne peut être suivie, le jugement entrepris se révélant ainsi contraire au droit fédéral et devait être annulé;

qu'en l'absence d'évaluation suffisamment circonstanciée de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique et de la capacité de travail raisonnablement exigible, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il mette en oeuvre les mesures d'instruction qui s'imposent".

**B. a)** Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a chargé le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, d'examiner l'assurée. Dans un rapport d'expertise médicale du 4 décembre 2009, le Dr B. \_\_\_\_\_ a tout d'abord écarté le diagnostic de trouble dépressif, estimant que l'on pouvait tout au plus parler de fluctuations dysthymiques et précisant que l'assurée n'observait pas son traitement antidépresseur au vu du dosage médicamenteux. Il a toutefois retenu les diagnostics de trouble de la personnalité sans précision (F 60.9) et de boulimie atypique (F 50.3) en exposant ce qui suit (p. 22) :

"Le premier diagnostic est décisif pour la capacité de travail, il s'agit d'une problématique majeure et durable. Comme souvent, dans de telles situations, il y a plusieurs sous-aspects, ici entre autres sous forme de comportement histrionique, instabilité pulsionnelle, tendance à la dépendance et surtout manques et difficultés de structuration.

Ce diagnostic a conduit chez l'assurée d'une manière progressive à un dysfonctionnement, accentué aussi avec le maintien, le renforcement de ses défenses. Nous confirmons dans ce sens la coexistence entre éléments pathologiques et des ressources et pensons que l'incapacité de travail attribuée dans le passé de 50 % est un grand maximum. D'une manière médicothéorique, l'assurée pourrait être insérée dans les activités simples, exécutives et avec un cahier des charges bien défini. Même si une telle vision ne correspond pas à ses aspirations et auto appréciation, elle est exigible.

Mme J. \_\_\_\_\_ nous a formellement fait une demande pour une aide au placement. Nous pensons que ceci pourrait se justifier dans un

cadre circonscrit et dans la mesure où elle veut vraiment collaborer. Une telle approche serait en même temps aussi une ouverture "socio-thérapeutique" et pourrait renverser l'enfermement déjà très avancé dans une vision d'incapacité totale. Dans l'optique d'une telle démarche, le cadre de collaboration entre l'assurée et les personnes mandatées devrait être très précisément surveillé".

Le Dr B. \_\_\_\_\_ a en outre annexé à son rapport d'expertise, un rapport d'examen psychologique du 7 avril 2008 établi par Madame U. \_\_\_\_\_, psychologue clinicienne FSP, à l'intention de la Dresse V. \_\_\_\_\_, ainsi qu'un rapport du 15 mai 2007 établi par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne.

Par avis médical du 2 février 2010, le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que l'expertise psychiatrique du Dr B. \_\_\_\_\_ confirmait les diagnostics déjà retenus de trouble de personnalité et de boulimie atypique, ainsi qu'une incapacité de travail de 50 % en relation avec le trouble de la personnalité, rejoignant ainsi les conclusions de la Dresse E. \_\_\_\_\_. La décision du 15 novembre 2006 n'était dès lors pas remise en cause.

**b)** Par décision du 11 juin 2010, confirmant un projet de décision du 9 février 2010, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité du 15 février au 30 avril 2003, à une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2003 au 29 février 2004, ainsi qu'à une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> mars 2004. Se référant aux observations médicales, l'OAI a retenu que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dans toutes activités simples et exécutives, telles que celles qu'elle avait exercées jusqu'alors.

**C. a)** Par acte de son mandataire du 16 août 2010, J. \_\_\_\_\_ interjette recours contre la décision du 11 juin 2010 et conclut, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens que seule une rente entière doit lui être octroyée. Elle indique avoir bénéficié d'une observation ou évaluation pluridisciplinaire à l'Unité de réhabilitation de l'hôpital de M. \_\_\_\_\_ du 24 mai au 11 juin 2010, au terme de laquelle il s'avère qu'elle n'est actuellement pas en mesure d'effectuer un travail rémunéré

même pas à temps partiel. Elle transmet à cet effet un rapport d'évaluation bio-psycho-sociale du 6 août 2010 établi par le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin agréé de l'Unité, qui préconise la mise en place d'un programme avec objectifs thérapeutiques afin de permettre une réinsertion sociale progressive et de retrouver éventuellement une capacité de travail à temps partiel. Elle produit également deux certificats médicaux, l'un du 9 juillet 2007 émanant du Dr P.\_\_\_\_\_, et l'autre du 12 juillet 2010 de la Dresse V.\_\_\_\_\_ concluant à une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée suite à l'évaluation réalisée à l'hôpital de M.\_\_\_\_\_. Elle estime dès lors nécessaire de poser un diagnostic sur son état de santé, voire de procéder à une observation professionnelle dans un COPAI ou une structure semblable.

**b)** Dans sa réponse du 25 octobre 2010, l'intimé propose le rejet du recours et produit un avis médical du 15 octobre 2010 du Dr T.\_\_\_\_\_ du SMR. Ce praticien retient que le status psychiatrique fait défaut, de sorte qu'il n'est pas possible de juger de la pertinence du diagnostic de trouble dépressif récurrent que personne auparavant, la Dresse V.\_\_\_\_\_ y compris, n'avait posé. L'intimé rappelle en outre la jurisprudence du TF relative à la conception essentiellement biomédicale de la maladie (dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels) par opposition au modèle bio-psycho-social.

**c)** Dans sa réplique du 9 décembre 2010, la recourante transmet un rapport médical du 29 novembre 2010 de la Dresse V.\_\_\_\_\_, laquelle relève que l'évaluation bio-psycho-sociale effectuée par l'Unité de réhabilitation contient des constatations purement médicales qui justifient une incapacité de travail de 100 % actuellement.

**d)** Dans sa duplique du 19 janvier 2011, l'intimé considère que les arguments développés par la recourante ne sont pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision. Ainsi, en reprenant les conclusions de l'évaluation bio-psycho-sociale, la Dresse V.\_\_\_\_\_ n'a fait état d'aucun élément objectif qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_.

**e)** Dans ses déterminations du 21 mars 2011, la recourante produit un courrier du 9 mars 2011 de la Dresse V.\_\_\_\_\_ adressé à son mandataire. La psychiatre traitante s'est ainsi prononcée sur la situation actuelle de sa patiente en lien avec le traitement médicamenteux, sa participation aux activités de l'atelier [...] et sa capacité de travail.

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

**1. a)** Interjeté le 16 août 2010, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé 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 respecte en outre les autres exigences légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), si bien qu'il y a lieu d'entrer en matière.

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

**2.** En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement la question de savoir si le degré d'invalidité de la recourante a été correctement établi.

**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 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20; 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

**b)** Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1).

**c)** 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 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; TF 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. 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

**d)** Cela étant, selon la jurisprudence, 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 être enclins, en cas de doute, à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2).

**3.** Par arrêt du 25 mars 2009 (9C\_303/2008), le TF a considéré, outre l'irrégularité formelle qui entachait le rapport du 16 février 2005 de la Dresse E.\_\_\_\_\_ (laquelle s'était prévalué d'un titre auquel elle ne pouvait prétendre, à l'époque, en vertu de la législation fédérale), que des mesures d'instruction s'imposaient en l'absence d'évaluation suffisamment circonstanciée de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique et de la capacité de travail raisonnablement exigible. Après avoir pris connaissance du rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ mandaté pour la réalisation d'une expertise psychiatrique, l'intimé a, par décision du 11 juin 2010, reconnu à la recourante le droit à une demi-rente d'invalidité du 15 février au 30 avril 2003, à une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2003 au 29 février 2004, ainsi qu'à une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> mars 2004. La recourante soutient pour l'essentiel qu'elle a droit à une rente entière, compte tenu de son état de santé.

**a)** Il ressort du dossier que la recourante a quitté son emploi au 31 décembre 2001 en raison de la dégradation des conditions de travail (rapport du 30 mars 2004 du Dr F.\_\_\_\_\_, point 3), puis a bénéficié d'indemnités de chômage. Avant sa prise en charge le 11 février 2003 auprès du Dr F.\_\_\_\_\_, la recourante a consulté à deux reprises un psychiatre installé (rapport du 30 mars 2004 du Dr F.\_\_\_\_\_, point 3) et la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, à partir du 15 février 2002, laquelle a attesté une incapacité de travail totale dès la date précitée. Cette évaluation doit toutefois être appréciée avec réserve, la Dresse X.\_\_\_\_\_ n'étant pas une spécialiste en psychiatrie. Il semble que durant l'année 2002 (correspondant au délai d'attente d'un an), l'état dépressif a été fluctuant. Le Dr R.\_\_\_\_\_ a évoqué un épisode dépressif et des troubles de la personnalité, alors que la Dresse S.\_\_\_\_\_ a mentionné une situation psycho-sociale précaire et un trouble du comportement alimentaire sur fond d'état dépressif. En 2003, soit du 11 février au 17 novembre 2003, la recourante a été suivie par le Dr F.\_\_\_\_\_ qui, dans son rapport du 30 mars 2004, a retenu que sa patiente souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11), d'hyperphagie boulimique (F 50.3) et de trouble mixte de la personnalité avec traits évitants et paranoïaques

(F 60). Il a attesté une incapacité de travail totale durant la durée du suivi et a préconisé une démarche auprès de l'AI. Depuis le mois de juin 2004, la recourante est désormais suivie par la Dresse V. \_\_\_\_\_ laquelle a, en février 2005, posé les diagnostics de trouble dysthymique avec début tardif (F 34.1) depuis 2001 et de trouble mixte de la personnalité avec traits évitants et paranoïaques (F 61.0) depuis l'adolescence. Elle a admis que durant la période observée tous les critères d'un épisode dépressif n'étaient pas réunis (courrier du 29 novembre 2010). Elle a toutefois conclu que la capacité de travail était nulle dans l'activité exercée et qu'elle n'était pas envisageable dans une autre activité.

**b)** Dans le cadre de son expertise, le Dr B. \_\_\_\_\_ a examiné la question de l'aspect dépressif, conscient que ce point avait été évoqué à plusieurs reprises (rapport d'expertise du 4 décembre 2009, p. 19). Après avoir passé en revue de manière systématique les critères pour déterminer un épisode dépressif selon la classification Internationale des maladies en vigueur (CIM-10), l'expert a conclu que ce terme diagnostique n'était pas applicable, puisque l'on pouvait parler tout au plus de fluctuations dysthymiques. Ainsi, durant une grande partie de l'entretien, la recourante était apparue euthymique, puis de manière assez inattendue, elle était tout à coup en larmes lors de l'évocation de sujets durs ou pénibles subjectivement (mort de son père, solitude, incompréhension, etc...). Elle a toutefois pu regagner l'état antérieur euthymique assez rapidement une fois que la thématique était quittée. L'expert a constaté que l'énergie vitale était maintenue et qu'il existait des intérêts et des ouvertures spontanément mentionnés ("création de tableaux et de bagues; lecture : passablement, aime bien; est aussi sur internet") malgré la réduction du périmètre social.

Sur la base d'une évaluation réalisée par une psychologue et de tests projectifs, le Dr B. \_\_\_\_\_ a retenu la notion de personnalité "psychotique", la recourante se montrant comme une personne au bord de la logorrhée, partiellement digressive, dans un discours mal structuré, avec peu d'écoute pour autrui, égocentrée. A la question de savoir si ce trouble était guérissable, l'expert a répondu qu'il comportait deux aspects,

à savoir celui qui venait de la patiente elle-même et celui qui était objectivement lié à l'impossibilité d'avancer. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a relevé que seul ce trouble de la personnalité était décisif pour la capacité de travail, car il était majeur et durable, puisque la recourante allait rester en partie dysfonctionnelle dans les interactions sociales complexes et non cadrées. L'expert a estimé que d'un point de vue médicothéorique, la recourante pouvait être insérée dans toutes les activités simples, exécutives et avec un cahier des charges bien défini. La coexistence entre éléments pathologiques et ressources permettait de retenir une incapacité de travail de 50 % au maximum, telle qu'elle avait été attribuée dans le passé.

**c)** L'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ répond, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence en la matière (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351). Sur le fond, son appréciation doit être admise comme ayant pleine valeur probante. Elle infirme clairement les conclusions du rapport du 24 février 2005 de la Dresse V. \_\_\_\_\_ au niveau des diagnostics et de la capacité de travail à retenir, ainsi que celles du rapport du 16 février 2005 de la Dresse E. \_\_\_\_\_, laquelle avait estimé que le trouble de la personnalité n'avait pas de valeur invalidante et que seuls le risque de décompensation dépressive et la fragilité psychologique entraînaient une incapacité de travail à 50 % dès février 2002 et à 100 % du 11 février au 17 novembre 2003.

Le rapport d'évaluation bio-psycho-sociale du 6 août 2010 établi par le Dr P. \_\_\_\_\_, ainsi que les courriers des 29 novembre 2010 et 9 mars 2011 de la Dresse V. \_\_\_\_\_, ne sont pas de nature à mettre en doute les constatations de l'expert B. \_\_\_\_\_, la valeur objective du rapport d'évaluation, sur lequel s'appuie la psychiatre traitante, devant être fortement relativisée. En effet, si la médecine moderne repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie, où la maladie n'est pas considérée comme un phénomène purement biologique ou physique, mais comme le résultat d'une interaction entre des symptômes somatiques et psychiques d'une part et l'environnement social du patient d'autre part, le droit des assurances sociales - en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité - s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la

maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299). Le droit n'ignore pas le rôle majeur que le modèle bio-psycho-social joue aujourd'hui dans l'approche thérapeutique de la maladie. Néanmoins, dans la mesure où il en va de l'évaluation asséurologique de l'exigibilité d'une activité professionnelle, il y a lieu de s'éloigner d'une appréciation médicale qui nierait cette exigibilité lorsque celle-ci se fonde de manière prépondérante sur des facteurs psychosociaux ou socioculturels, facteurs qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, 2003; Meyer, *Krankheit als leistungsauslösender Begriff im Sozialversicherungsrecht*, Schweizerische Ärztezeitung 2009/90 p. 585). En l'espèce, le rapport élaboré dans le cadre d'une approche bio-psycho-sociale de la maladie ne contient aucune explication circonstanciée quant à l'influence objective que jouent les atteintes constatées sur la capacité de travail de la recourante. On rappellera que la problématique liée aux troubles cognitifs, notamment le trouble de la concentration, avait été relevé par le Dr B.\_\_\_\_\_, tout comme l'anxiété. Enfin, si la thymie déprimée a été exprimée par la recourante, elle n'a pas été objectivée par l'expert.

**d)** S'agissant de l'évaluation de l'incapacité de travail, le Dr B.\_\_\_\_\_ a conclu que celle "*attribuée dans le passé de 50 % représente un grand maximum*", Concernant les activités exigibles, l'expert a précisé que la recourante pouvait assumer "*toutes les activités accessibles avec ses formations et ses expériences professionnelles. Elle devrait faire preuve de modestie dans ses choix*" (rapport d'expertise du 4 décembre 2009, p. 24, point C.3). Dans son rapport d'expertise, le Dr B.\_\_\_\_\_ n'a toutefois pas fixé le début de l'incapacité de travail. Cela étant, le moment de la survenance de l'incapacité de travail invalidante peut être fixé au 15 février 2002 vu le rapport du 24 mai 2004 de la Dresse X.\_\_\_\_\_, laquelle a reconnu une incapacité de travail dès la date précitée. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a reconnu à la recourante le droit à une rente dès le 15 février 2003, soit au terme du

délai d'une année dès le moment où une incapacité de travail de 50 % pouvait être retenue. Un stage dans un centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité, tel que demandé par la recourante pour évaluer sa capacité résiduelle de travail, n'est pas nécessaire.

Le Dr B. \_\_\_\_\_ n'a également pas discuté de la période allant du 11 février au 17 novembre 2003 correspondant à la prise en charge chez le Dr F. \_\_\_\_\_, durant laquelle le médecin précité avait conclu à une totale incapacité de travail. L'appréciation du Dr F. \_\_\_\_\_ avait finalement été confirmée par la Dresse E. \_\_\_\_\_, incitant l'intimé, dans ses décisions successives à octroyer à la recourante une rente entière durant une période limitée dans le temps. Au regard de l'expertise établie par le Dr B. \_\_\_\_\_, on peut certes nourrir quelques doutes sur le bien-fondé de cette rente entière temporaire. Il n'y a toutefois pas lieu de revenir sur cet aspect non contesté de la décision litigieuse, compte tenu également du temps écoulé depuis l'octroi et le versement de cette prestation.

**4. a)** La recourante ne conteste pas les aspects de la décision litigieuse qui ne sont pas directement liés à la constatation de sa capacité de travail résiduelle. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir, sauf à préciser que vérifié d'office, le calcul du taux d'invalidité de 50 % de la recourante ne porte pas flanc à la critique, au regard de la capacité de travail constatée.

**b)** Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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 francs (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 recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 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 rendue le 11 juin 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Agier du Service juridique d'Intégration Handicap, à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :