

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 octobre 2013

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mme Thalmann et M. Métral
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

J._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Lorraine Ruf,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après: l'assurée, qui s'appelait [...] jusqu'en avril 2011), née en 1966, employée de commerce de formation, a été engagée en qualité d'agente d'escale par la compagnie d'aviation E. _____ en juillet 1996. Le 25 mars 2008, elle a été licenciée pour le 30 juin 2008, avec libération de l'obligation de travailler.

Le 31 décembre 2008, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle. Elle se prévalait de burn out depuis fin novembre 2007, de surmenage et pressions sur le lieu de travail, puis de dépression.

Dans des certificats médicaux, le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a retenu une incapacité de travail de 100% du 14 septembre au 7 octobre 2007, de 40% du 10 octobre au 26 novembre 2007 et de 100% du 27 novembre 2007 au 31 décembre 2008, en raison de maladie.

Le dossier de l'assurée auprès de [...], assureur perte de gain en cas de maladie, a été produit. Il en ressort notamment ce qui suit:

- Des certificats médicaux du Dr P. _____, neurologue, attestant une incapacité de travail du 23 février au 21 mars 2007.

- Un rapport du 14 avril 2008 du Dr N. _____, posant les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, dès septembre 2007, puis retenant notamment qu'aucune raison non-médicale n'empêchait la reprise de l'activité de travail dans les deux à trois mois dans un environnement professionnel différent.

- Des décomptes d'indemnités journalières à 100% versées par [...] du 14 février au 31 décembre 2008.

- Un rapport du 4 novembre 2008 du Dr D._____, psychiatre et psychothérapeute traitant de l'assurée, qui a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique. Il a retenu que l'assurée évoquait une tristesse présente quasiment tous les jours, une irritabilité, des troubles légers de la concentration et de la mémoire, ainsi que des troubles du sommeil et des ruminations, sans idées suicidaires. Le pronostic dépendait essentiellement des conditions professionnelles, peu favorables à l'époque du rapport.

- Un certificat médical du 8 décembre 2008 du Dr N._____, retenant une incapacité de travail de 100% du 1^{er} au 31 janvier 2009.

- Un rapport du 1^{er} septembre 2008 du Dr N._____, retenant les diagnostics de syndrome de burn out et d'état anxio-dépressif, épisode actuel moyen. Il a fait état d'un suivi thérapeutique (anxiolytique, anti-dépresseur et sédatif) et retenu un pronostic favorable si les conditions professionnelles s'amélioraient, une réorientation professionnelle semblant salvatrice. Une reprise professionnelle à terme pouvait s'effectuer en temps de travail réduit avec un rendement normal, ou en travail à plein temps avec limitation de certaines sollicitations, en automne 2008; dans six mois, une reprise professionnelle pouvait être prévue à plein temps.

Dans un formulaire 531bis rempli le 13 janvier 2009, l'assurée a indiqué que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100% dans le domaine de l'aviation en plus de la tenue de son ménage.

L'OAI s'est adressé au Dr N._____, qui dans un rapport produit le 14 janvier 2009 a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Il a indiqué que l'assurée souffrait d'une incapacité à faire face aux événements, d'anhédonie, de troubles de la concentration et du sommeil. Le pronostic était réservé

selon l'efficacité de la médication (antidépresseur et anxiolytique) et du soutien psychothérapeutique. L'incapacité de travail était de 100% depuis décembre 2008. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50% dès le printemps 2009.

Dans un rapport du 16 janvier 2009 adressé à Q._____, le Dr O._____, psychiatre au CEMED, a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique. Il a retenu une pleine capacité de travail au jour de l'examen, et a indiqué en particulier ce qui suit dans son appréciation du cas:

"En conclusion, l'assurée présente actuellement un épisode dépressif léger avec un syndrome somatique. Il est probable que l'intensité de l'épisode dépressif ait été plus importante dans le passé et que le traitement antidépresseur ait permis l'amélioration des symptômes. Cependant, il ne représente actuellement pas une source de limitation fonctionnelle. La capacité de travail médicothéorique est donc actuellement de 100%. Une reprise immédiate de travail peut être considérée. Etant donné que l'assurée a été licenciée, elle peut s'inscrire au chômage et obtenir l'aide d'un orientateur professionnel dans ses recherches d'emploi.

L'amélioration de son état psychique peut encore être obtenue par la reprise d'un suivi psychiatrique spécialisé qu'elle a interrompu après quelques séances en 2008. L'assurée déclare attendre d'être recontactée par une psychiatre qu'elle avait consultée en décembre 2008 actuellement en arrêt maladie.

Enfin, il faut relever que l'assurée désire reprendre une activité professionnelle.

Pronostic

Le pronostic est favorable en particulier par la mise en place d'un suivi spécialisé, une éventuelle adaptation du traitement et la reprise d'une activité professionnelle".

Dans un questionnaire pour l'employeur produit le 29 janvier 2009, E._____ a indiqué que l'assurée travaillait comme agent check in à raison de 41 heures par semaine. Il a remis des décomptes de salaire pour 2006, 2007 et 2008.

L'OAI s'est adressé au Dr M._____, également psychiatre et psychothérapeute traitant de l'assurée, qui dans un rapport du 22 juillet 2009 a diagnostiqué un épisode dépressif moyen. Il a relevé que l'assurée

se plaignait de harcèlement à son travail, avec de grandes fatigues et des somatisations, notamment avec manifestations digestives, de manque de concentration, de pleurs non maîtrisés, de perte de mémoire, de lombalgies ainsi que d'un sentiment de révolte et d'injustice. Il a retenu un pronostic favorable et fait état d'un traitement médicamenteux et psychothérapeutique, puis mentionné que sa patiente devait entreprendre une réorientation professionnelle.

Par communication du 12 août 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible et que son droit à la rente serait examiné.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui, dans un avis médical du 2 octobre 2009 des Drs B. _____ et S. _____, a préconisé un examen psychiatrique pour déterminer la capacité de travail dans une activité autre que celle exercée auprès d'E. _____.

L'assurée a été examinée à sa demande par le Dr R. _____, psychiatre et ancien chef de clinique universitaire. Dans un rapport d'expertise du 25 avril 2010, ce spécialiste a posé les diagnostics de trouble dépressif récidivant, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, de conséquences de status post traumatique dans le contexte d'un harcèlement au travail et de probable modification de la personnalité. Il a retenu notamment ce qui suit dans son appréciation du cas:

"L'observation clinique au cours des dernières années donne à voir le développement d'un cortège symptomatologique qui va des symptômes aspécifiques s'organisant au début du harcèlement aux symptômes plus spécifiques que sont les symptômes de stress posttraumatique sous-tendus par la honte, l'humiliation et la perte de sens (la perte de sens s'organise autour de la question «qu'est-ce que j'ai bien pu faire pour mériter cela». [...])

La symptomatologie va donc (cf. dossier du Dr N. _____ et rapport du Dr O. _____) évoluer avec l'apparition de troubles somatiques persistants qui petit à petit s'accompagnent de l'apparition d'un tableau dépressif sévère justifiant, pour reprendre l'expression particulièrement pertinente du Dr N. _____, l'extraction du milieu de travail. Il convient de souligner que le repérage dans l'actualité de symptômes de la lignée dépressive parle en faveur de

l'installation chronique de ce trouble (la patiente est d'ailleurs toujours au bénéfice d'antidépresseurs qui lui sont prescrits soit par le Dr N. _____ soit par le psychiatre qu'elle a consulté).

Puis, après trois ans de harcèlement ou mobbing, apparaissent les symptômes caractéristiques de stress posttraumatique tels que la reviviscence des scènes où l'expertisée se fait agresser, le sentiment d'humiliation, l'irruption dans la nuit des situations traumatiques sous forme de cauchemars intrusifs, la douleur à l'évocation d'E. _____, la difficulté que le sujet a à ne pas ressasser, sa tendance à en rêver, le fait que l'évocation de la blessure réactive la souffrance comme au moment des faits, la mise en place de conduites de peurs ou d'évitements, le fait d'être empêchée de retourner vers les aéroports et de prendre l'avion (tous ces symptômes permettent de faire l'hypothèse, que comme dans les traumatismes, par crainte de la douleur, la victime s'empêche de retourner sur les lieux). L'expertisée présente par ailleurs un effondrement de son narcissisme, à savoir son estime de soi, revivant, quasi au quotidien, une énorme désillusion par rapport à ce qui longtemps a fait son projet de vie. Enfin, elle développe une tendance paranoïde, ce qui se traduit par l'isolement, une méfiance à l'égard d'autrui et une interprétativité.

Pour conclure, l'enchaînement des tableaux cliniques et leurs superpositions est caractéristique de ce que l'on décrit comme mobbing ou harcèlement moral. Celui subi par l'expertisée fut long. Les travaux scientifiques estiment qu'à partir de 6 mois, l'harcèlement moral peut provoquer des traces indélébiles.

Sur le plan de la vie professionnelle, nous estimons la capacité de travail actuelle nulle tout en précisant que l'expertisée ne pourra jamais reprendre un travail dans le milieu quelle connaît, à savoir celui de l'aviation, tout emploi dans ce milieu pouvant réactiver de manière encore plus grave les blessures qu'elle porte et que seules des mesures de réhabilitation pourront lui permettre de retrouver une capacité de travail dans un autre domaine. En ce sens, l'expertisée doit bénéficier des mesures de réhabilitation et de réinsertion de l'assurance invalidité".

Le 4 juin 2010, l'OAI a demandé des explications complémentaires au Dr R. _____, notamment pour justifier l'existence du diagnostic de trouble dépressif récidivant en l'absence d'antécédent personnel psychiatrique. Ce médecin n'a pas répondu à cette demande d'explications.

Le 30 juillet 2010, Q. _____ a informé le mandataire de l'assurée qu'elle mettait fin au versement de ses prestations au 31 janvier 2009. Cet assureur a produit un rapport du 15 juillet 2010 du Dr L. _____, psychiatre au CEMED, qui a émis des doutes quant à l'expertise établie par le Dr R. _____, notamment quant aux diagnostics retenus, à leur

motivation compte tenu de l'anamnèse et à la justification de la persistance de l'incapacité de travail.

Dans un avis médical du SMR du 22 décembre 2010, les Drs S._____ et B._____ ont relevé que l'expertise du Dr R._____ n'était pas convaincante et qu'il y avait lieu d'ordonner la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique.

Les 6 et 12 mai 2011, sur mandat de l'OAI, l'assurée a été soumise à un examen par le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son expertise du 18 mai 2011, ce médecin a posé les diagnostics de trouble anxieux, sans précision, et d'épisode dépressif léger. Il a retenu notamment ce qui suit dans son appréciation du cas:

"Appréciation diagnostique

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un trouble anxieux non spécifié et un épisode dépressif actuellement léger.

- Trouble anxieux NS

Le dossier de l'assurée évoque des symptômes post traumatiques voire un véritable trouble état de stress post-traumatique.

[...]

Cette assurée présente un certain nombre de symptômes évoquant un trouble état de stress post traumatique. Il est pourtant discutable d'admettre ce trouble, sachant qu'on n'a pas ici le réquisit préalable du facteur de stress extrême requis dans les ouvrages diagnostiques de référence.

[...]

Dans le cas présent, on n'a par ailleurs pas davantage les critères cliniques requis pour un véritable trouble état de stress post traumatique. Il y a par contre des symptômes relevant de ce registre. Le soussigné retient les rêves (une fois par semaine) en rapport avec la vie professionnelle. Les intrusions n'ont toutefois pas de caractère continu. Il n'y a pas de flash back. Le soussigné retient un certain degré d'hypervigilance et des troubles de concentration et du sommeil, dans la mesure où ces derniers ne seraient pas uniquement relevant de ce qu'implique l'épisode dépressif.

Même si elles sont aujourd'hui peu marquées et moins marquées que dans le passé, l'assurée rapporte encore des conduites d'évitement par rapport à son ancienne vie professionnelle. Elle se

dit incapable de se confronter à sa place de travail et à son ancienne supérieure hiérarchique, entre autres choses. Elle est par contre [sic] de prendre l'avion aujourd'hui et dit voyager avec E._____.

Ces éléments ne valent pas pour un état de stress post traumatique. Ils doivent néanmoins être notés au dossier. Ils génèrent un certain degré [de] souffrance et génèrent des limitations principalement liées à l'évitement. Ils doivent dès lors faire l'objet d'une désignation diagnostique.

En l'absence d'un trouble anxieux spécifique et d'un état de stress post traumatique, en particulier, le soussigné utilise la rubrique de trouble anxieux non spécifié, comme le préconise le DSM-IV-TR dans un tel cas.

Certains auteurs anglo-saxons utiliseraient une terminologie de *subsyndromal post traumatic stress disorder* qui n'est pas répertoriée dans les ouvrages diagnostiques de référence.

- Trouble dépressif majeur (état actuel léger)

[...]

Dans le cas présent, l'assurée offre une symptomatologie dépressive de peu de sévérité. En l'état, le soussigné retient les symptômes cardinaux de fatigue anormale et de perte d'intérêt et du plaisir. Il note aussi la baisse de l'estime de soi, les difficultés à penser et à se concentrer et les troubles du sommeil, même si une partie des items peut se recouper avec ce qui a été d'ores et déjà nommé par le trouble anxieux non spécifié.

La présentation de l'assurée n'est pas en discordance avec les symptômes qu'elle rapporte. Mme J._____ est déprimée, même si la présentation clinique n'a rien de particulièrement préoccupant.

Au vu de ce qui précède, on doit retenir l'épisode dépressif. On doit le qualifier de léger, conformément aux requisits de la CIM-10 sur ce point. Ce degré de gravité est d'ailleurs corroboré par le score de l'échelle d'évaluation de la dépression du 06.05.2011.

Même si le tableau dépressif de Mme J._____ comporte une forte composante réactionnelle, on est au-delà de ce que désigne un trouble de l'adaptation, au vu de la durée, du nombre et de la sévérité des signes et symptômes présentés. Le diagnostic de trouble de l'adaptation doit dès lors être écarté en l'état actuel de l'évolution.

La recherche de phases d'excitation maniaque ou hypomaniaque n'a pas été contributive. Le trouble bipolaire doit dès lors être réfuté.

L'anamnèse parle contre des épisodes dépressifs multiples et des phases de rémission complète. On ne doit dès lors pas retenir la récurrence.

Le soussigné a recherché minutieusement d'éventuelles caractéristiques psychotiques associées à la symptomatologie dépressive, puisqu'une tendance à l'interprétation et un vécu

quelque peu persécutoire ont été mentionnés dans le passé. Il n'a pas trouvé de telles caractéristiques.

Le tableau actuel dure probablement depuis plus de deux ans avec une variation d'intensité allant de moyenne à légère. L'épisode dépressif peut dès lors être qualifié de chronique, comme le préconise le DSM-IV-TR dans un tel cas.

Au vu de ce qui précède, on doit retenir un *épisode dépressif léger* selon la terminologie de la CIM-10 ou un *trouble dépressif majeur (état actuel léger, chronique)* selon la terminologie du DSM-IV-TR.

Cette appréciation diagnostique rejoint celle qui s'est progressivement imposée au dossier. Il est vraisemblable que l'assurée ait varié dans l'intensité de son trouble affectif avec un amendement progressif de la symptomatologie après son retrait d'un milieu professionnel vécu comme sévèrement traumatique.

L'évaluation médicale du 16.01.2009 au CEMed rapporte un épisode dépressif *léger* dont le degré de sévérité est argumenté par les items retrouvés dans le descriptif clinique et selon les règles de la CIM-10.

Le médecin psychiatre traitant retient un épisode dépressif *moyen* dans son rapport du 22.07.2009, sans qu'on en retrouve toutefois les critères requis dans le texte de son appréciation.

L'expertise R._____ retient l'épisode dépressif *moyen*, sans argumenter explicitement ce degré de gravité par les items de la CIM-10 ou par une échelle appropriée telle que celle de Hamilton. Cette expertise ne documente pas davantage la *récurrence* sachant qu'elle ne décrit pas d'épisode antérieur ni d'intervalle libre de toute symptomatologie dépressive depuis le début de la problématique en cause.

- Autres pathologies psychiatriques

La recherche d'autres pathologies psychiatriques n'a pas été contributive. On peut exclure un trouble de personnalité, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence.

L'assurée a bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent et n'a pas présenté de troubles psychiques manifestes jusque-là. Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, on est en droit de récuser une telle pathologie. On peut en tout cas récuser un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

L'expertise R._____ note une probable modification de la personnalité sans qu'on en sache plus.

Le soussigné est convaincu qu'on n'est pas en droit de retenir ici le trouble modification durable de la personnalité tel qu'il est décrit dans la CIM-10, dans la mesure où c'est ce qu'aurait voulu évoquer l'expertise R._____. Il n'y a pas eu d'expérience de catastrophe, dans le sens de ce qui est prévu au code F62.0. Il n'y a pas

davantage eu de maladie psychiatrique grave justifiant un tel diagnostic, comme cela est prévu au code F62.1.

Il est par contre vrai que l'assurée s'est quelque part campée dans une conviction d'avoir été cassée, injustement traitée et d'être aujourd'hui totalement incapable de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Cette situation correspond à une position psychologique et non pas à une maladie mentale au sens médical du terme.

Appréciation assécurologique

Au terme de cette évaluation médicale, le soussigné ne retient finalement qu'un épisode dépressif léger et un trouble anxieux non spécifié.

- Trouble dépressif

[...]

Actuellement, l'assurée présente un épisode dépressif léger, dans la mesure où on applique les règles diagnostiques des ouvrages de référence et de la CIM-10 en particulier. Un tel trouble ne peut être corrélé à de quelconques limitations et à une incapacité de travail psychiatrique significative, même s'il peut altérer sévèrement la qualité de vie des sujets qui en souffrent.

La question est aussi de savoir si cet épisode dépressif a pu être plus grave dans le passé et par là générer une incapacité de travail psychiatrique. Le soussigné pense que la réponse est non. L'épisode dépressif n'a jamais été qualifié de sévère. On n'en a pas les conséquences qui auraient pu être des passages à l'acte auto agressifs ou des hospitalisations et des hospitalisations en milieu spécialisé, par exemple. L'épisode dépressif a pu être de sévérité moyenne. Le soussigné est d'avis que cela n'a jamais été le cas sur la durée. Les rapports psychiatriques qui mentionnent ce degré de sévérité au dossier ne le documentent d'ailleurs pas explicitement, si on se réfère aux critères requis par la CIM-10.

- Trouble anxieux non spécifié

L'assurée présente des symptômes épars qu'on peut mettre en rapport avec ce que décrit le trouble état de stress post traumatique, sans qu'il y en ait les critères diagnostiques. Il s'agit d'intrusions (essentiellement cauchemars), de conduites d'évitement et d'un certain degré d'activation neurovégétative.

Les intrusions ne sont pas continues. L'expertisée rapporte une fréquence hebdomadaire. Elles ont pu être plus marquées au départ.

Les conduites d'évitement se sont considérablement amendées. On ne retrouve plus ce que décrivait l'expertise R. _____ à ce sujet. L'assurée a pu reprendre l'avion. Elle a pu retourner à l'aéroport de Genève. Elle dit voyager avec E. _____.

L'hyperactivation neurovégétative n'a rien d'extrême. L'expertisée n'a tout de même pas la présentation des sujets souffrant d'un état

de stress post traumatique floride qui sont constamment sur le qui-vive.

En l'état, le soussigné voit mal comment on pourrait justifier des limitations significatives et une incapacité de travail psychiatrique sur le trouble anxieux non spécifié de l'assurée.

On peut néanmoins admettre que Mme J. _____ n'est pas à même d'affronter sa place de travail telle qu'elle dit qu'elle l'était au moment des faits en cause au risque de présenter des troubles qui pourraient avoir un caractère incapacitant.

- Conclusion

Au vu de ce qui précède, le soussigné ne retient pas d'incapacité de travail psychiatrique chez cette assurée dans la mesure où son appréciation doit se fonder sur une pathologie médicale et non pas sur le vécu de la personne en cause.

Mme J. _____ n'a pas une maladie psychiatrique qui justifie une incapacité de travail dans son métier d'agent d'escalier. Cette appréciation rejoint celle de l'expertise CEMED. Elle rejoint aussi celle du médecin traitant dans son rapport du 01.09.2008, sachant que ce dernier prévoyait alors une reprise professionnelle à plein temps dans les six mois.

Puisqu'il faut dater et chiffrer, le soussigné propose d'admettre les incapacités de travail admises jusqu'au 16.01.2009, puisque l'expertise CEMed objective une situation en tout point comparable à celle qui prévaut actuellement, tout en sachant que les éléments anxieux n'ont pas fait l'objet d'une désignation diagnostique séparée.

Depuis le 17.01.2009, la capacité de travail de l'assurée en tant qu'agent de check in était de 100%, avec la réserve que Mme J. _____ n'était pas à même d'affronter sa place de travail telle qu'elle dit qu'elle l'était au moment des faits en cause, au risque de présenter des troubles qui auraient pu avoir un caractère incapacitant.

En l'état, le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité au vu des troubles psychiques mineurs dont souffre l'assurée.

L'expertisée conserve des ressources conséquentes. Elle garde de bonnes capacités relationnelles. Elle parle français et anglais et a des rudiments d'autres langues européennes. Elle présente bien et paraît en excellente santé physique. Elle a montré une certaine polyvalence dans sa vie professionnelle. Le soussigné ne voit dès lors pas de justification médicale à un reclassement professionnel.

Au vu de la longue absence du monde ordinaire du travail, on pourrait prendre en considération une aide au placement, dans la mesure où Mme J. _____ s'y montrerait disposée et où elle y aurait droit.

[...]

En ne prenant en compte que ce qui est strictement médical, le soussigné ne peut plus retenir d'incapacité de travail psychiatrique dans ce cas.

En l'état, le traitement peut être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité. Des mesures de reclassement professionnel n'ont guère de sens. Une aide au placement pourrait être considérée, si l'assurée se montrait motivée pour cette démarche et si elle y avait droit.

Sur un plan strictement médical, le pronostic est plutôt bon, au vu d'une évolution favorable sous traitement et des ressources conséquentes constatées chez cette assurée".

Dans un rapport du SMR du 14 juin 2011, se fondant sur les conclusions du Dr V._____, le Dr S._____ a retenu l'atteinte principale à la santé de trouble anxieux, sans précision, et d'épisode dépressif léger. La capacité de travail a été estimée à 100% dans une activité adaptée dès le 17 juin 2009 (sic), sans limitation fonctionnelle. Dans l'appréciation du cas, le Dr S._____ a mentionné notamment que l'assurée présentait une capacité de travail entière dès le 17 janvier 2009.

Dans un projet d'acceptation de rente du 22 juin 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2008 au 30 avril 2009, soit après un délai de trois mois d'amélioration de son état de santé. Il a retenu que la capacité de travail de l'intéressée était considérablement restreinte depuis le 14 septembre 2007 et que le rapport d'expertise du Dr V._____ permettait de retenir une pleine capacité de travail dès le 17 janvier 2009 dans une activité d'agent d'escalier pour peu qu'elle soit exercée chez un autre employeur qu'E._____.

L'assurée a contesté ce projet de décision, en informant l'OAI de son intention de déposer un nouveau rapport médical. Aucun nouveau rapport n'a été produit dans cet intervalle.

Par décision du 8 novembre 2012, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière du 1^{er} septembre 2008 au 30 avril 2009, en se référant aux mêmes motifs que ceux de son projet de décision.

B. Par acte de son mandataire du 13 septembre 2012, J._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant avec suite de frais et dépens principalement à l'octroi d'une rente entière du 1^{er} septembre 2008 au 31 décembre 2009 et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants. Elle soutient que l'OAI a écarté à tort l'avis du Dr R._____, qui n'était pas son médecin traitant et dont les motivations et les constatations permettent de retenir qu'elle présentait une incapacité de travail totale au moment où ce médecin a déposé son rapport, soit en avril 2010. A titre de mesures d'instruction, elle s'est réservée le droit de compléter son recours, de déposer de nouvelles pièces et de requérir la mise en œuvre d'une expertise.

Dans sa réponse du 28 février 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il soutient que l'expertise du Dr R._____ comporte un défaut de motivation et une contradiction manifeste, en particulier parce que le diagnostic de trouble dépressif récidivant retenu par ce médecin n'est corroboré par aucun antécédent psychiatrique. Selon l'OAI, l'expert V._____ explique de façon détaillée les raisons pour lesquelles il s'écarte des diagnostics et des conclusions retenus par le Dr R._____. L'OAI en déduit que l'expertise du Dr R._____ est dénuée de valeur probante et que celle du Dr V._____ doit être suivie dans ses conclusions.

La recourante n'a pas déposé de réplique.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours

doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Dans la décision attaquée, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} septembre 2008 au 30 avril 2009. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente pour la période du 1^{er} mai 2009 au 31 décembre 2009.

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 art. 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 (art. 6 LPGA in fine).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale, exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.1; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.1).

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 51 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. 2c; 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. 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).

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 se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

c) Selon la jurisprudence, une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la

suppression correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle, 2011, n° 3065, p. 833; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 et les références citées).

Selon l'art. 88a RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, applicable en l'espèce), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les

travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2).

Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, il s'agit d'un rapport juridique, certes complexe, mais défini pour l'essentiel uniquement par le montant de la prestation et les périodes pour lesquelles elle est due. Le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. 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 quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d).

4. a) Dans le cas présent, l'assurée présente une incapacité de travail de longue durée depuis le 14 septembre 2007, en raison de troubles psychiques, attestée médicalement par son médecin traitant, le Dr N._____. C'est donc à juste titre que, après un délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 LAI), le droit à une rente entière lui a été reconnu depuis le 1^{er} septembre 2008. Cela n'est du reste pas contesté par les parties.

b) Pour la période subséquente, la recourante remet en cause l'évaluation de sa capacité de travail telle que retenue par l'OAI dans la décision attaquée. Elle fait valoir de façon succincte que sur la base de l'expertise privée du Dr R._____ - écartée de manière insuffisamment motivée par l'OAI - son incapacité de travail était encore totale à la date du dépôt de cette expertise et s'est poursuivie à tout le moins jusqu'au 31 décembre 2009.

Dans son expertise du 18 mai 2011, le Dr V._____ a posé les diagnostics de trouble anxieux, sans précision, et d'épisode dépressif léger. Dans son appréciation du cas, il a écarté au vu de l'anamnèse la présence d'un état de stress post traumatique, raison pour laquelle il retenait selon les critères de la CIM-10 la présence d'un trouble anxieux non spécifié. Il a ensuite observé que l'assurée offrait une symptomatologie dépressive de peu de sévérité, et qu'il n'y avait pas de trouble de l'adaptation ni de trouble bipolaire, raison pour laquelle il a diagnostiqué selon lesdits critères la présence d'un épisode dépressif léger. Il n'a pas mis en évidence d'autres pathologies psychiatriques. Dans son appréciation asséculoologique, le Dr V._____ a considéré que le trouble dépressif n'entraînait pas de limitation de la capacité de travail ni n'en avait entraînée et qu'il n'avait jamais été qualifié de sévère selon les critères de la CIM-10; il a estimé en outre que le trouble anxieux non spécifié n'engendrait pas de limitations significatives ni d'incapacité de travail. L'expert a conclu à une pleine capacité de travail dès le 17 janvier 2009 dans l'activité habituelle et que le traitement médicamenteux était adéquat de même que l'évolution favorable.

L'expertise du Dr V._____ répond pleinement aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante et traite de façon exhaustive les troubles présentés par l'assurée. L'expert prend position de manière détaillée sur les diagnostics - à savoir de trouble anxieux, sans précision, et d'épisode dépressif léger - en s'appuyant sur les critères scientifiques de la CIM-10 et du DSM-IV-TR. L'expert V._____ dresse les raisons pour lesquelles il s'écarte des conclusions et des constatations de son confrère psychiatre le Dr R._____, en relevant que ce médecin n'argumente pas explicitement le degré de gravité de l'épisode dépressif moyen par les items de la CIM-10 ou par une échelle d'évaluation des troubles psychiques, ni ne documente la récurrence au vu de l'anamnèse, et qu'il retient le trouble de probable modification durable de la personnalité sans se fonder sur les critères de la CIM-10. A cela s'ajoute que, pourtant dûment interpellé par l'OAI par courrier du 4 juin 2010, le Dr R._____ n'a pas expliqué pourquoi il posait le diagnostic de trouble dépressif récidivant sans retenir d'antécédent personnel

psychiatrique. Le Dr L._____ (rapport du 15 juillet 2010 du CEMED) et les médecins du SMR (avis médical du 22 décembre 2010 des Drs S._____ et B._____) se sont du reste distancés des conclusions du Dr R._____.

A la lecture de l'expertise du Dr R._____, on peine en outre à discerner les raisons pour lesquelles l'épisode dépressif devrait être qualifié de moyen au moment de l'examen de l'assurée en automne 2009, alors que selon l'évaluation du CEMED (rapport du 16 janvier 2009 du Dr O._____), l'assurée présentait en janvier 2009 un épisode dépressif léger sans syndrome somatique. Plus particulièrement, le Dr R._____ n'objective pas ce qui devrait être considéré comme une péjoration de l'état dépressif de la recourante. Au demeurant, le Dr R._____ s'attarde beaucoup à décrire les problèmes personnels et relationnels vécus par l'assurée auprès de son ancien employeur et son argumentation ne paraît pas aussi scientifiquement rigoureuse - notamment au vu de l'analyse de la problématique sous l'angle des critères de la CIM-10 - que celle de son confrère le Dr V._____. Quant aux avis des Drs D._____, M._____ et N._____, ils convient de les apprécier avec les réserves d'usage en tant qu'ils émanent des médecins traitants de l'assurée. Cela vaut d'autant plus pour l'appréciation émise par le Dr N._____ car il n'est pas psychiatre.

Enfin, ensuite de la communication par l'OAI du projet de décision, la recourante a annoncé la production d'un rapport médical à l'appui de ses conclusions. Or, aucun rapport n'a été produit, ni dans la procédure administrative ni dans la présente procédure de recours. On ne peut donc que constater que la recourante ne fait état d'aucun élément de preuve nouveau permettant de s'écarter du rapport d'expertise établi par le Dr V._____. Conformément à l'avis de cet expert - repris par les médecins du SMR et par l'OAI - il y a donc lieu de retenir que la recourante présente une pleine capacité de travail dès le 17 janvier 2009 dans son activité habituelle, pour peu qu'elle ne soit pas exercée auprès de son ancien employeur.

c) En conséquence, la recourante a recouvré une pleine capacité de travail et de gain depuis janvier 2009, ce qui constitue un changement des circonstances permettant de modifier le droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA. Après un délai de trois mois depuis cette amélioration de son état de santé, soit au 1^{er} mai 2009, elle n'a plus droit à une rente d'invalidité. C'est donc à juste titre que le droit à une rente d'invalidité lui a été reconnu du 1^{er} septembre 2008 au 30 avril 2009. Partant, le recours doit être rejeté.

5. 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 8 novembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Il n'est pas alloué de frais ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Lorraine Ruf, avocate à Lausanne (pour J. _____)
- 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 :