

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 juin 2012

---

Présidence de M. JOMINI  
Juges : MM. Zbinden et Perdrix, assesseurs  
Greffière : Mme Berberat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 4 et 28 LAI; 17 LPGA et 88a RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** M.\_\_\_\_\_, née en 1960, travaillait depuis septembre 1989 à 100 % en qualité de préparatrice des articles non alimentaires au magasin L.\_\_\_\_\_ à [...].

La prénommée a déposé le 17 juillet 1996 une demande de prestations AI en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI ou Office AI) en raison de "*douleurs dans les bras et avant-bras, surtout à droite, douleurs de la nuque et du dos, ainsi que des deux épaules et engourdissement*".

Dans un rapport médical du 28 août 1996, le Dr K.\_\_\_\_\_, rhumatologue, a posé les diagnostics de cervico-dorsalgies sur troubles dégénératifs et statiques modérés et séquelles d'une ancienne ostéochondrose, d'épicondylite droite chronique, de tunnel carpien droit actuellement amélioré après un traitement conservateur et de fibromyalgie. Il a attesté une incapacité de travail à 50 % du 5 mai 1995 au 30 juin 1996, estimant que dès le 1<sup>er</sup> juillet 1996, la capacité de travail était entière. Il a appuyé le désir de sa patiente de changer de profession, l'activité actuelle (déballage de marchandises et port de charges lourdes) entraînant une cervico-dorsalgie après l'effort. Ces éléments ont été confirmés par la Dresse R.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée (rapport médical du 27 septembre 1996), laquelle a également mis en évidence un syndrome anxio-dépressif chronique.

Finalement, l'intéressée a pu suivre un reclassement professionnel en qualité de caissière auprès du même employeur (communication de l'OAI du 19 novembre 1997), puis a été engagée dès le 1<sup>er</sup> janvier 1998 au magasin L.\_\_\_\_\_ à [...] à raison d'une trentaine d'heures par semaine.

Par décision du 23 avril 1998, confirmant un projet de décision du 2 avril 1998, l'OAI a constaté que le stage avait été un succès. La nouvelle activité étant adaptée à son état de santé, des mesures professionnelles n'étaient plus nécessaires. Par ailleurs, l'assurée ne présentait pas de préjudice économique important (27 %), raison pour laquelle elle n'avait pas droit à une rente.

Par la suite, l'assurée a œuvré dans différents supermarchés, puis de 2005 à 2007 en qualité de caissière auprès du magasin J.\_\_\_\_\_ à [...]. En raison de la fermeture de cette succursale, elle s'est inscrite à l'assurance-chômage à 50 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2007.

**b)** Le 23 septembre 2008, M.\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison de "*fibromyalgie, asthme, douleurs corporelles, douleurs lombaires chroniques*". Le 10 novembre 2008, elle a rempli un complément à sa demande en déclarant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 % en qualité de caissière, employée de cafétéria ou vendeuse par nécessité financière et morale, depuis toujours (formulaire 531 bis).

Dans un rapport médical du 4 novembre 2008, le Dr K.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente de cervico-dorso-lombalgie sur trouble statique et dégénératif du rachis, d'état anxio-dépressif, de bronchite asthmatiforme à répétition et de fibromyalgie. Il a attesté une incapacité de travail de 50 % dès le 31 mai 2007, précisant que l'activité habituelle de caissière était encore exigible.

Dans un rapport médical du 5 janvier 2009, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée présentait depuis 1991 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a précisé qu'il était son psychiatre traitant depuis le 13 octobre 2008, l'intéressée ayant été suivie depuis 1991 par deux autres psychiatres et ce, par périodes et en fonction de son état. Il a attesté une incapacité de travail

de 50 % depuis le 13 octobre 2008, ajoutant qu'il convenait de s'adresser au Dr K. \_\_\_\_\_ pour la période antérieure. Il a estimé que la poursuite des mesures thérapeutiques actuelles pouvait avoir un effet positif permettant une amélioration de la capacité de travail.

Au vu de ces éléments, l'OAI a sollicité l'avis de son Service médical régional (SMR) qui a préconisé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique et psychiatrique afin de préciser les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de cette assurée (avis médical du 23 janvier 2009).

Dans un rapport du 19 février 2009, faisant suite à un examen clinique du 16 février 2009, les Drs D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et O. \_\_\_\_\_, psychiatre, ont retenu que l'assurée présentait des rachialgies chroniques étagées communes dans le cadre de troubles statiques et vraisemblablement dégénératifs et un discret syndrome rotulien bilatéral. Ils ont toutefois mentionné que les atteintes à la santé musculo-squelettiques étaient modestes, mais qu'elles entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes qui demeuraient toutefois compatibles avec une activité professionnelle complète, soit *"nécessité de pouvoir alterner 2 X par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids > 6 kg, pas de port régulier de charges d'un poids > 9 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail imposant le maintien prolongé immobile de la tête dans une position extrême, pas de travail imposant des genuflexions ou devant se réaliser à genoux, ou imposant le franchissement régulier d'escaliers ou d'escabeaux"*.

S'agissant de l'état de santé psychique de l'intéressée, ils ont exposé ce qui suit :

"(...) Il s'agit d'une assurée originaire du [...], âgée de 48 ans, sans formation professionnelle, qui souffre de douleurs chroniques de longue date et d'une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle. En 1997, suite à une première demande de prestations AI, l'assurée a été reclassée comme caissière après avoir travaillé comme vendeuse dans divers supermarchés. Elle a par la suite travaillé comme caissière à

la J.\_\_\_\_\_, d'où elle a été licenciée en 2007 en raison de la fermeture du magasin. Après une longue période de chômage, l'assurée a épuisé ses droits et depuis janvier 2009, elle travaille à 80 % comme employée de maison. L'assurée dépose une nouvelle demande AI en septembre 2008, toujours en raison de douleurs chroniques et d'une symptomatologie anxio-dépressive.

(...) La symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle développée par l'assurée suite au décès de son père et au conflit conjugal chronique dans le cadre d'un diagnostic d'épisode récurrent de dépression réactionnelle, d'intensité moyenne, a nécessité un soutien psychothérapeutique.

Sous une prise en charge psychiatrique ambulatoire, accompagnée d'un traitement médicamenteux antidépresseur et anxiolytique, l'épisode dépressif moyen diagnostiqué par le psychiatre traitant en octobre 2008 a été suivi d'une nette amélioration qui a permis à notre assurée une reprise d'une activité professionnelle à un pourcentage de 80 % en janvier 2009.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. Selon la CIM-10, ce diagnostic est caractérisé par la présence d'une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée, entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. A l'examen clinique, les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis.

En conclusion, l'aggravation décrite par le psychiatre traitant a été suivie d'une nette amélioration de l'état de l'assurée et la capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité, depuis janvier 2009. Il ne s'agit pas d'une aggravation de longue durée".

Par avis médical du 25 février 2009, le Dr V.\_\_\_\_\_ a estimé que l'assurée présentait depuis le 31 mai 2007 une incapacité de travail de 50 %, mais qu'elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dès janvier 2009. Il a en outre relevé les éléments suivants :

"(...) Elle a épuisé ses droits au chômage en 2008 et a déposé une nouvelle demande AI en septembre 2008, toujours en raison de ses douleurs chroniques, compliquées maintenant d'un trouble dépressif. Ses médecins traitants (rhumatologue et psychiatre) attestent une CT de 50 % comme caissière depuis 2007. Un examen clinique

rhumatologique et psychiatrique a lieu au SMR le 16.02.2009, où on apprend que depuis janvier 2009, l'assurée travaille à 80 % comme employée de maison ; l'examen psychiatrique ne met en évidence que de légers traits dépressifs, l'anamnèse parlant pour des épisodes dépressifs réactionnels lors du décès du père puis lors du divorce de l'assurée, avec nette amélioration grâce au traitement ; la CT est donc de 100 % dès janvier 2009. Sur le plan rhumatologique, il existe des troubles statiques et dégénératifs du rachis à l'origine de rachialgies chroniques et un discret syndrome rotulien bilatéral. Dans l'activité habituelle de caissière comme dans une activité adaptée, la CT est entière".

**c)** Par décision du 20 avril 2009, confirmant un projet de décision du 4 mars 2009, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles, considérant que l'assurée avait été réadaptée de manière appropriée et qu'elle avait repris une activité professionnelle à 80 % depuis janvier 2009.

Par décision du 21 juillet 2009 (dont la motivation figure dans un courrier séparé du 20 avril 2009), confirmant un projet de décision du 4 mars 2009, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une demi-rente limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> mai 2008 (à l'échéance du délai d'attente d'un an) au 31 mars 2009 (après trois mois d'amélioration depuis la reprise d'une activité d'employée de maison en janvier 2009).

**B. a)** Par acte du 26 août 2009, M. \_\_\_\_\_ recourt contre la décision du 21 juillet 2009 et conclut implicitement à sa réforme, en ce sens qu'elle a droit à une demi-rente au-delà du 31 mars 2009. Elle allègue qu'elle a accepté l'activité d'employée de maison pour des raisons financières, car elle était en fin de droit au niveau des prestations de l'assurance-chômage. Au mois d'avril 2009, sur ordre de son médecin, elle a travaillé à 50 %, ne pouvant assumer un taux d'occupation plus élevé. Au vu de son état de santé, elle estime par conséquent avoir droit à une demi-rente.

**b)** Dans sa réponse du 26 octobre 2009, l'Office AI a confirmé que l'exercice de l'activité d'employée de maison à 80 %, exercée depuis janvier 2009, avait dû être réduite dès avril 2009, sur conseil du médecin

traitant. L'Office AI a dès lors estimé qu'il convenait d'interroger ce praticien, puis de demander l'avis du SMR.

**c)** Dans un rapport médical du 3 décembre 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ a signalé que sa patiente avait commencé à travailler dès le 20 janvier 2009 en qualité de femme de ménage et de garde d'enfants à 80 % et ce, pendant deux mois, soit jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2009. Ce travail étant très dur et pénible pour elle, elle a diminué son taux d'activité à 50 % du 1<sup>er</sup> avril au 30 juillet 2009, date à laquelle elle a reçu son congé, la famille pour laquelle elle travaillait, souhaitant une personne à 100 %. Depuis le 1<sup>er</sup> août 2009, elle émarge à l'aide sociale.

**d)** Dans un rapport médical du 21 décembre 2009, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et d'un syndrome douloureux persistant. S'agissant de l'évolution de sa capacité de travail, cette dernière était à 50 % jusqu'au 19 janvier 2009, une tentative de réinsertion professionnelle progressive ayant été tentée à 80 % dès le 20 janvier 2009. Malheureusement, cet essai s'est soldé par un échec, d'où le retour à la capacité de travail initiale soit de 50 % dès avril 2009. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a attesté une capacité de travail à 50 % dans une activité de vendeuse et de caissière ou dans une autre activité adaptée. Le pronostic était réservé en ce qui concerne le trouble psychiatrique et ses implications cliniques.

**e)** Dans ses déterminations du 28 janvier 2010, l'Office AI a transmis l'avis médical du 22 janvier 2010 du Dr Z. \_\_\_\_\_ du SMR qui a relevé ce qui suit :

"(...) L'activité habituelle prise en compte par les médecins du SMR dans leur examen clinique a été celle de vendeuse-caissière, dernier poste occupé par l'assurée au magasin J. \_\_\_\_\_ ([...]).

Un stage dans le cadre de l'AI a été mis en place à la cafétéria ([...]) du 18.02.08 au 09.04.08 soit plus de six semaines avec un taux prévu de 100 % et un taux réalisé de 90 %.

L'examen clinique SMR retenait uniquement des limitations fonctionnelles de la sphère somatique qui justifient les limitations fonctionnelles du rapport d'examen SMR de 2009. L'examen bidisciplinaire démontrait l'absence d'empêchement psychique durable à l'intégration au monde de l'économie. Il était noté en page 9 que l'assurée avait repris un poste de travail en tant qu'employée de maison à 80 %. Les médecins ne se prononçaient pas sur l'adaptation d'un tel poste de travail aux limitations fonctionnelles.

La capacité de travail exigible dans l'activité habituelle de caissière en magasin, si elle était adaptée, était retenue à 100 % et dans une activité à 100 % à traduire en terme de métier par un spécialiste en réadaptation et ce depuis janvier 09.

Dans son courrier du 21.12.09, le Dr Q.\_\_\_\_\_ rapporte que l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Ces diagnostics sont identiques à ceux qu'ils avaient annoncés dans son rapport médical du 05.01.09, rapport dans lequel, il précisait que ces problèmes existaient depuis 1991 environ. Il nous informe qu'en décembre 2009, un ajustement thérapeutique était en cours.

En ce qui concerne le pronostic en termes de capacité de travail, il retient une capacité de travail exigible autour de 50 % dans l'activité professionnelle de la patiente (vendeuse-caissière) ou dans une autre activité adaptée. Les diagnostics sont identiques à ceux retenus dans le rapport du 05.01.2009 antérieur à l'examen bidisciplinaire SMR, il en est de même de la capacité de travail exigible de l'assurée. Aucune modification de l'état de santé de l'assurée ne peut donc être évoquée depuis le 05.01.09, date antérieure à l'examen clinique du SMR du 16.02.09 qui appréciait alors la capacité de travail de l'assurée dès janvier 09.

En l'absence d'élément médical nouveau depuis le rapport d'examen SMR du 16.02.09, nous maintenons notre position".

L'Office AI, se ralliant à l'avis médical précité, a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

**f)** Dans sa réplique du 26 février 2010, l'assurée a allégué que le seul argument de l'OAI pour refuser le maintien d'une demi-rente était la reprise d'une activité à 80 %. Elle a en outre contesté toute amélioration de son état de santé au niveau médical.

**g)** Dans sa duplique du 12 mars 2010, l'Office AI a précisé qu'une amélioration de l'état de santé psychique avait été constatée avant janvier

2009, d'où une capacité de travail estimée à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le 16 janvier 2009.

**h)** Dans ses déterminations du 21 avril 2010, l'assurée a relevé que son état psychique n'avait pas subi d'amélioration avant ou après janvier 2009 et ce malgré plusieurs années de thérapies diverses. Elle se demandait pour quels motifs son droit à une demi-rente d'invalidité n'était pas maintenu en l'absence d'évolution significative de son état de santé.

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

**1.** 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. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** En l'espèce, selon la décision attaquée, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> mai 2008 au 31 mars 2009, alors que la recourante, qui conclut à l'annulation de cette décision, considère qu'elle n'a pas présenté d'amélioration de sa capacité de travail, raison pour laquelle le versement

de la demi-rente doit être maintenue au-delà du 31 mars 2009. Sans mettre en doute l'indépendance ou l'impartialité des Drs D.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, l'intéressée en conteste implicitement la valeur probante dans la mesure où les conclusions relatives à la capacité de travail divergent de celles émises par ses médecins traitants, notamment dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, date à laquelle ils ont attesté une incapacité de travail à 50 %.

**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.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; 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 ont généralement tendance 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 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**c)** Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C\_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances

régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

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; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). 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 (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), 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; TF 9C\_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2).

**3. a)** Sur le plan somatique, le Dr K.\_\_\_\_\_, rhumatologue traitant, a de manière constante posé les diagnostics de cervico-dorsalgies sur troubles dégénératifs et statiques modérés et de fibromyalgie (rapports médicaux des 28 août 1996, 4 novembre 2008 et 3 décembre 2009). Les Drs D.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ ont confirmé que la recourante présentait depuis de nombreuses années des troubles statiques et dégénératifs, dont la localisation était initialement lombaire, mais qui s'étaient progressivement étendus à l'ensemble du rachis, puis à l'ensemble de l'appareil ostéoarticulaire. Ils ont toutefois estimé que les atteintes à la santé musculo-squelettiques étaient modestes et qu'il n'y avait aucun argument en faveur d'une fibromyalgie ou d'une arthropathie inflammatoire. L'examen clinique avait essentiellement mis en évidence des troubles de la statique vertébrale et un syndrome rotulien qui entraînaient des limitations fonctionnelles, lesquelles restaient cependant compatibles avec l'activité habituelle de caissière, profession qu'elle pouvait exercer depuis 1998 à la suite d'un reclassement professionnel. L'appréciation du Dr K.\_\_\_\_\_ relative à l'existence d'une fibromyalgie n'emporte pas la conviction. Ce praticien s'est contenté de poser ce diagnostic dans un contexte de douleurs générales mal systématisées tendineuses et d'état anxio-dépressif (rapport médical du 4 novembre 2008) sans évoquer le nombre de points de fibromyalgie, ni expliquer les motifs pour lesquels les douleurs précitées entraînaient une incapacité de travail dans l'activité de caissière. Ce diagnostic ne trouve en outre pas de fondement dans les constatations psychiatriques de la Dresse O.\_\_\_\_\_

qui démontre de manière convaincante l'absence de trouble sur ce plan, en l'absence des critères cliniques de la CIM-10 (rapport du 19 février 2009). Enfin, s'agissant du diagnostic de bronchite asthmatiforme dont a fait état le Dr K.\_\_\_\_\_, les experts a indiqué que cette problématique n'avait aucune influence sur la capacité de travail de la recourante, en l'absence de signe d'insuffisance respiratoire.

Le Dr K.\_\_\_\_\_ a finalement attesté une incapacité de travail à 50 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2009, qualifiant le poste d'employée de maison à 80 % de « *très dur et pénible* » (rapport du 3 décembre 2009). Si les experts ne se sont pas prononcés sur l'adéquation de cet emploi par rapport aux limitations fonctionnelles retenues, ils ont toutefois rappelé que "*dans une optique musculo-squelettique rigoureuse (...), une activité professionnelle respectueuses des limitations fonctionnelles énumérées ci-dessus a de tout temps été possible et exigible à 100 %*". Dans la mesure où il incombait à la recourante de s'occuper de trois enfants de 4 ½ ans, 2 ½ ans et 4 mois, de les accompagner en voiture, de préparer les repas et de s'occuper du bébé (rapport du 19 février 2009 des Drs D.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, p. 4 in fine), on peut réellement douter du caractère adapté d'un tel emploi dans le cas de la recourante au vu de ses limitations fonctionnelles décrites.

Il convient dès lors de retenir que sur le plan somatique, la recourante ne présente aucune incapacité de travail dans l'activité habituelle de caissière, laquelle respecte les limitations fonctionnelles mises en évidence par les Drs D.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_, y compris au niveau de la répercussion des gonalgies.

**b)** Sur le plan psychiatrique, le Dr Q.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant depuis le 13 octobre 2008, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et syndrome douloureux somatoforme persistant, attestant une incapacité de travail à 50 % dès la date précitée. Les experts ont retenu que la symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, développée par l'assurée suite au décès de son père et au conflit conjugal chronique (séparation puis divorce en 2007), avait

nécessité un soutien psychothérapeutique. Cet élément a été corroboré par le Dr Q. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 5 janvier 2009, point 1.4) qui a précisé que la recourante avait interrompu tout suivi psychothérapeutique en 2006, mais qu'elle avait, à la demande de son médecin traitant, accepté une nouvelle prise en charge, en raison d'une recrudescence de la symptomatologie dépressive. Les experts ont toutefois relevé qu'en raison de la prise en charge psychiatrique ambulatoire, accompagnée d'un traitement médicamenteux antidépresseur et anxiolytique, l'épisode dépressif moyen diagnostiqué par le Dr Q. \_\_\_\_\_ en octobre 2008 avait été suivi d'une nette amélioration qui avait permis à la recourante de reprendre une activité professionnelle à 80 % dès le mois de janvier 2009. Au vu de ces éléments, il n'y a pas lieu de remettre en cause l'octroi d'une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> mai 2008 (à l'issue du délai d'attente d'un an) au 31 mars 2009 (après trois d'amélioration de l'état de santé), même si l'intimé a fait preuve d'une certaine bienveillance en s'appuyant sur l'appréciation du Dr K. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 4 novembre 2008, point. 1.6) pour fixer le début d'une affection psychique susceptible de réduire la capacité de travail de sa patiente et ce, en dehors de toute prise en charge psychothérapeutique.

Pour la période débutant en janvier 2009, les experts n'ont, lors de l'examen clinique du 16 février 2009, objectivé aucun des symptômes décrits par le Dr Q. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 5 janvier 2009. On peine ainsi à comprendre les motifs pour lesquels la capacité de travail a finalement été réduite de 80 à 50 % dès le 1<sup>er</sup> avril 2009 par le Dr Q. \_\_\_\_\_, ce dernier se limitant à expliquer que la tentative de réinsertion professionnelle s'était soldée par un échec, sans énoncer de symptômes psychiques (courrier du 21 décembre 2009). Dès lors, il n'y a pas lieu de s'écarter des constatations de la Dresse O. \_\_\_\_\_, laquelle a clairement fait état d'une rémission complète de la symptomatologie dépressive et nié la présence d'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux en l'absence des critères de la CIM-10, notamment celui d'un véritable sentiment de détresse.

Il convient par conséquent de retenir que la recourante ne présente pas d'atteinte à sa capacité de travail sur le plan psychique, respectivement sous l'angle d'un éventuel trouble somatoforme douloureux, dès le mois de janvier 2009, période correspondant à la reprise d'un emploi. Par ailleurs, aucun élément ne permet de conclure à une aggravation de son état de santé psychique dès le mois d'avril 2009.

**c)** Au vu de ce qui précède, la Cour de céans ne voit aucune raison de s'écarter des conclusions des Drs D.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ dont le rapport d'expertise remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'intimé n'a ainsi pas violé le droit fédéral en accordant plus de valeur probante à une expertise bidisciplinaire, qui tenait compte des interactions entre les affections physiques et psychiques de la recourante, qu'à l'avis des médecins traitants, qui s'étaient prononcés sous un angle général dans le cadre d'une relation thérapeutique entre patiente et médecin, se fondant en grande partie sur le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et d'état dépressif, dont on ne saurait déduire l'existence d'une incapacité de travail. Les griefs de la recourante sont donc en tous points mal fondés

**4.** Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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 1000 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. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 21 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée
- III.** Les frais de justice, par 400 francs (quatre cents francs), sont 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 :

- M. \_\_\_\_\_, à [...],
- 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 :