

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 septembre 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Rossier et M. Monod, assesseurs
Greffier : M. Bichsel

Cause pendante entre :

D. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Christian Bacon,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA et 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. D._____, ressortissante portugaise née en 1954, serveuse, souffrant de longue date de céphalées et de rachialgies (sans répercussion sur sa capacité de travail), a présenté une incapacité de travail dès le mois de mars 2003, en lien notamment avec sa situation familiale (décès de sa mère deux ans auparavant, rupture sentimentale d'avec son partenaire de vie, éloignement de son fils demeurant au Portugal). Le cas a été pris en charge par son assureur-maladie; figurent au dossier, dans ce cadre, en particulier les pièces médicales suivantes:

- Un rapport établi le 25 avril 2003 par le Dr S._____, généraliste FMH et médecin traitant de l'assurée depuis le mois d'octobre 1995, dans lequel était posé le diagnostic de douleurs mécaniques de la ceinture scapulaire, avec éléments de fibrosité, étant précisé que la problématique psychologique pouvait avoir une influence aggravante.

- Un rapport d'expertise rhumatologique établi le 16 juillet 2003 par le Dr L._____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, lequel retenait les diagnostics de trouble somatoforme douloureux sous la forme d'une fibromyalgie et de douleurs rachidiennes chroniques, ainsi que d'état dépressif, et relevait que ni les examens radiologiques ni le status ne permettaient d'expliquer la globalité des symptômes dont souffrait l'assurée, leur intensité et leur retentissement sur son fonctionnement. D'un point de vue strictement rhumatologique, la capacité de travail de l'intéressée était réputée pleine et entière dans son activité habituelle de sommelière, et ce dès le lendemain de l'expertise (soit dès le 15 juillet 2003).

- Un rapport d'expertise psychiatrique établi le 5 novembre 2003 par le Dr C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel étaient posés les diagnostics d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F 32.00) ainsi que de traits

émotionnellement labiles, type borderline et traits dépendants. Dans son appréciation du cas, ce psychiatre indiquait en particulier ce qui suit:

"En l'état, l'assurée présente des traits caractériels et souffre d'une baisse de l'humeur, d'un adynamisme, d'un manque de confiance en elle, etc. dont l'intensité est insuffisante pour entraîner une incapacité de gain complète.

Une reprise de travail à 50 % dès le 01.11.2003 et à 100 % dès le 01.01.2004 est indiquée vu les risques de glissement vers une névrose de compensation, l'intervalle libre lui permettant de mieux assimiler et métaboliser sa problématique. Les traits de personnalité borderlines et dépendants, somme toute mineurs, ne sont pas un obstacle à une reprise de travail complète."

L'assureur-maladie de l'assurée ayant dès lors mis fin au versement de ses prestations, celle-ci s'est inscrite au chômage en janvier 2004, avant qu'une nouvelle incapacité totale de travail ne soit attestée, dès le 15 février 2004, par son médecin traitant (Dr S._____).

B. D._____ a déposé le 20 décembre 2004 une demande de prestations de l'invalidité, tendant à l'octroi d'une mesure de reclassement dans une nouvelle profession, subsidiairement d'une rente.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'office), le Dr N._____, médecin cadre du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), a établi un rapport le 11 janvier 2005, posant comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée les diagnostics d'hémisyndrome douloureux fonctionnel dans un contexte de déconditionnement physique global, de probable état anxio-dépressif, ainsi que de syndrome d'apnée du sommeil. Ce médecin indiquait que la capacité de travail de l'intéressée était nulle "*dans pratiquement n'importe quelle activité*" lorsqu'il avait été consulté, soit en janvier, février et juin 2004, et estimait qu'un examen psychiatrique détaillé était nécessaire. Il précisait qu'il était à son sens exigible qu'elle exerce une autre activité, "*à condition que son état psychologique s'améliore et module son seuil douloureux de façon à la rendre accessible*

à une rééducation globale visant à renforcer sa musculature et à améliorer sa gestuelle".

Le Dr S._____ a retenu dans un rapport établi les 8 et 10 mars 2005 les diagnostics d'état dépressif en aggravation, considéré comme léger fin 2003 et majeur en 2004, d'état dépressif majeur épisode actuel sévère (en référence à une appréciation du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte [DUPA] en juillet 2004), de trouble douloureux, de trouble panique sans agoraphobie ainsi que d'hémisyndrome droit douloureux fonctionnel dans un contexte de déconditionnement physique global. Etaient de ce chef retenues les incapacités de travail suivantes: 100 % du 5 mars au 30 novembre 2003, 50 % du 1^{er} décembre au 31 décembre 2003, enfin 100 % depuis le 15 février 2004, encore en cours. Selon le Dr S._____, le pronostic était mauvais, s'agissant d'une maladie chronique s'étant accentuée ces dernières années, sur une base psychiatrique gravement ancrée dans le passé, et sans espoir d'amélioration.

Dans un rapport du 17 mars 2005, les Drs X._____ et J._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant de l'Hôpital [...] - le Dr J._____ assurant le suivi de l'assurée sur le plan psychiatrique depuis le 24 août 2004 -, ont posé comme ayant des répercussions sur sa capacité de travail les diagnostics d'état dépressif majeur, épisode actuel sévère (existant de puis fin 2003), de troubles somatoformes douloureux (existant depuis "env. 1995"), ainsi que de trouble panique sans agoraphobie. Selon ces médecins, la symptomatologie douloureuse cumulée à la comorbidité psychiatrique actuelle était incompatible avec une reprise d'activité professionnelle pour l'instant; il était à leur sens important de réévaluer la situation d'ici un an, après une tentative de reprise d'activité occupationnelle, étant précisé ce qui suit:

"L'introduction du traitement antidépresseur a permis une légère amélioration thymique et surtout de faire disparaître les idées suicidaires. Cependant, l'épisode dépressif actuel est toujours sévère

(cf. constatations objectives). Un deuxième antidépresseur a été introduit fin 2004, permettant de légèrement améliorer les troubles du sommeil.

A noter que l'introduction de benzodiazépines a également atténué la symptomatologie anxieuse, mais ayant par contre comme effet indésirable une exacerbation de la fatigue et une diminution du dynamisme.

De plus, la symptomatologie douloureuse est extrêmement invalidante depuis plusieurs mois, sans que les différents traitements médicamenteux prescrits n'aient pu apporter d'amélioration. Ceci a pour effet d'entretenir un repli social et une perte d'intégrité, et contribue fortement au maintien de la symptomatologie dépressive.

De ce fait, le pronostic semble sombre pour une possible reprise d'activité professionnelle pour le moment. Cependant, nous avons néanmoins tenté une reprise d'activité occupationnelle qui sera un bon indicateur de la possibilité ou non d'une réinsertion professionnelle."

L'OAI a décidé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique, réalisé le 9 octobre 2006 par le Dr K._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie du Service médical régional AI (SMR). Il résulte du rapport établi par ce psychiatre le 27 octobre 2006 notamment ce qui suit:

"DIAGNOSTICS

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- **ANAMNESTIQUEMENT TROUBLE DÉPRESSIF RÉCURRENT, ACTUELLEMENT EN RÉMISSION, SOUS TRAITEMENT (F 33.4).**

- sans répercussion sur la capacité de travail :

- **TROUBLE SOMATOFORME INDIFFÉRENCIÉ (F 45.1).**

APPRÉCIATION DU CAS

Nous nous trouvons en face d'une assurée qui présente un trouble somatoforme indifférencié (CIM-10 F 45.1). Il s'agit d'un syndrome douloureux avec peu ou sans substrat somatique avec des douleurs « un peu partout ». Nous n'avons pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Les critères pour ce dernier ne sont pas rejoints, en particulier il n'y a pas de détresse issue directement des douleurs présentes pendant presque toute la journée et presque tous les jours (ceci est illustré par la reconstruction de la vie quotidienne, et également par les observations au cours de l'examen psychiatrique). Il s'agit pour ainsi dire de la forme minimale ou incomplète du syndrome douloureux somatoforme persistant.

Pour ce dernier, il y a dans la jurisprudence actuelle, une présomption qu'il s'agit d'une maladie non invalidante. Ceci sauf sous certaines conditions qui doivent être analysées par l'expert psychiatre.

En 1^{ère} ligne, on se pose la question d'une comorbidité psychiatrique, c'est-à-dire de la présence d'une maladie psychiatrique majeure qui existe indépendamment du syndrome douloureux. Selon le dossier mis à notre disposition, plusieurs épisodes dépressifs existaient vraiment et sont documentés par les médecins traitants, d'abord en juillet 04, par le DUPA à Lausanne, et, plus tard par le service spécialisé pour les troubles anxieux et de l'humeur STAS [recte: STAH] de Cery, où un « état dépressif sévère » est documenté depuis la fin 03 jusqu'au 17.02.05 (voir le rapport médical).

A l'occasion de l'examen au SMR, il n'y a pas de syndrome dépressif ni de symptôme de la lignée dépressive. Ceci sous traitement avec des antidépresseurs selon les règles de l'art. Il s'agit donc d'une rémission complète. Selon la description dans le dossier il y a eu, pendant un certain temps au moins, des limites fonctionnelles psychiatriques dues à la dépression sous forme d'un trouble de la perception mentale, un trouble du raisonnement et un ralentissement de la pensée et des troubles de la concentration.

Au moment de notre examen, nous n'observons aucune de ces limites fonctionnelles psychiatriques. Vu le caractère fuyant et évitant des réponses de l'assurée à l'occasion de la reconstruction du vécu intrapsychique des trois dernières années, il était extrêmement difficile de confirmer les rapports par une exploration psychiatrique précise.

Mais, ce qui est important du point de vue médico-légal, il nous semble que ces états dépressifs étaient directement liés avec l'état douloureux et on ne peut pas dire que l'assurée ait souffert de deux maladies indépendantes. Dans ce sens-là on ne peut pas parler d'une comorbidité psychiatrique, mais d'une nette amélioration d'une seule affection (douloureuse et dépressive).

Il y a d'autres signes qui montrent que, au moins au moment de l'examen, il ne s'agit pas d'une maladie incapacitante: l'assurée n'a pas perdu l'intégration sociale, elle vit une vie sociale active, qui ne se distingue probablement pas beaucoup de la vie que l'assurée menait avant sa maladie.

La souffrance principale de l'assurée n'est pas issue directement des douleurs, pendant presque toute la journée et presque tous les jours, mais il s'agit plutôt d'une souffrance due au « fait d'être malade » ou « du tout, de l'ensemble de tout » comme s'exprime l'assurée. La description de la vie quotidienne montre bien qu'il n'y a pas une souffrance issue directement liée à la douleur, et présente presque toujours. Il ne s'agit donc pas d'une névrose profondément ancrée avec les douleurs comme symptôme principal. Pour parler le langage médico-juridique actuellement en vigueur, il ne s'agit donc pas d'un « état cristallisé ».

Il n'y a pas non plus des années de maladie avec des symptômes stables ou en évolution. Par contre, sous un traitement avec des antidépresseurs et un suivi psychiatrique, on observe une nette amélioration de l'état de l'assurée par rapport à l'état décrit dans les documents mis à notre disposition.

La description des douleurs reste vague, imprécise, l'assurée assume une attitude très fuyante si on pose des questions les concernant et ainsi la présentation de l'état douloureux n'arrive pas à évoquer de la compassion chez l'examineur. Ceci à la différence de l'attitude authentique que l'assurée assume si on parle d'un sujet qui n'a rien à faire avec la maladie.

Toutes ces observations contribuent à notre impression qu'il ne s'agit pas d'une maladie invalidante.

Ceci à l'exception de la période du 05.03.03 jusqu'à un moment que nous ne pouvons pas déterminer mais qui est à situer après le 17.02.05, et que nous fixons alors au jour de l'examen, où l'assurée présentait des limites fonctionnelles psychiatriques dues à une dépression.

Les limitations fonctionnelles

Entre le 05.03.03 et le 09.10.06: ralentissement de la pensée, trouble de la concentration, diminution de la capacité du raisonnement. Diminution de la capacité de la perception mentale. A partir du jour de l'examen, c'est-à-dire du 09.10.06, ces limitations fonctionnelles ne sont pas présentes.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail au moins ?

Depuis le 05.03.03.

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

Il était de 100 % jusqu'au 09.10.06 et il est de 0 % depuis lors.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est de 100 % depuis le 09.10.06."

Dans un rapport d'examen du 13 novembre 2006, la Dresse Z. _____ du SMR a fait siennes les conclusions du Dr K. _____ s'agissant des atteintes présentées par l'assurée, respectivement de leurs répercussions sur sa capacité de travail.

Le 10 janvier 2007, l'office a soumis à l'assurée un projet de décision, dans le sens de son droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, du 1^{er} mars 2004 au 31 janvier 2007, fondée sur une incapacité totale de

travail du mois de mars 2004 au mois d'octobre 2006. Dès le mois d'octobre 2006 en revanche, la capacité de travail de l'intéressée était réputée pleine et entière dans son activité habituelle, conformément aux conclusions du Dr K. _____ du SMR, de sorte que le droit à la rente n'était plus ouvert.

L'assurée a formé opposition contre ce projet de décision par courrier du 30 janvier 2007, contestant l'amélioration de son état de santé retenue et requérant un délai afin de produire un rapport de son médecin. Elle précisait que, dans la mesure où l'OAI maintenait sa position, elle demandait un bilan professionnel et souhaitait une reconversion professionnelle, ses problèmes somatiques ne lui permettant pas de reprendre son activité habituelle de serveuse.

Le 9 février 2007, l'intéressée a produit un certificat médical établi le jour même par les Drs W. _____ et R. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant du Département de psychiatrie du CHUV, attestant qu'elle était suivie depuis le 2 août 2004 pour un état dépressif récurrent, un trouble panique sans agoraphobie et un trouble somatoforme douloureux, entraînant une incapacité totale de travail depuis cette date, encore en cours. Selon ces médecins, l'évolution était marquée par une péjoration de la symptomatologie anxieuse et dépressive avec tendance à la chronification, empêchant la reprise même partielle de sa capacité de travail malgré un traitement psychiatrique intégré conséquent.

Interpellé par l'OAI, le Dr R. _____ a établi un rapport le 24 juillet 2007, posant comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (existant depuis mi-2003), de trouble panique sans agoraphobie (existant depuis 1995) ainsi que de troubles douloureux somatoforme (existant depuis 1995), atteintes occasionnant une incapacité totale de travail (diminution de rendement de 100 %) dans toute activité depuis le 24 août 2004 - voire depuis mars

2003, en référence à des certificats médicaux établis par le Dr S._____.

Il résulte de ce rapport en particulier ce qui suit:

"Depuis notre dernier rapport médical qui vous a été adressé le 17 mars 2005, malgré un suivi psychiatrique régulier et conséquent, nous avons constaté la persistance d'une symptomatologie anxieuse et dépressive sous forme d'attaques de panique fréquentes et répétées, associée à un état de tristesse et de fatigue, des troubles de la concentration et de la mémoire, un sommeil agité avec réveils nocturnes et un retrait social. En outre, Mme D._____ décrit une aggravation de sa symptomatologie douloureuse, réduisant son autonomie."

[...]

"Mme D._____ est sous traitement médicamenteux" [...] "associé à des entretiens médicaux de soutien psychothérapeutique à raison d'une fois par mois ainsi qu'une psychothérapie de groupe utilisant une approche cognitivo-comportementale centrée sur les troubles douloureux somatoformes. Par ailleurs, une psychothérapie individuelle de type analytique ayant récemment été indiquée devrait très prochainement débiter. Le pronostic reste cependant sombre devant ce tableau psychopathologique polymorphe dont les symptômes se sont chronifiés."

[...]

"Quelle est la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'ici ?

La symptomatologie dépressive d'allure chronique d'intensité sévère, les crises d'attaque de panique persistantes ainsi que les douleurs de l'appareil locomoteur multifocales intenses et invalidantes empêchent l'exercice de toute activité professionnelle."

Egalement interpellé, le Dr S._____ a retenu dans un rapport du 3 octobre 2007 le même tableau diagnostique que le Dr R._____, précisant que la situation était complètement bloquée, le traitement mis en place visant surtout à éviter une aggravation.

Dans un avis du 12 décembre 2007, le Dr H._____, spécialiste FMH en chirurgie du SMR, a estimé que le rapport du 24 juillet 2007 mentionné ci-dessus ne faisait état d'aucun élément en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée par rapport à la date de l'examen psychiatrique par le Dr K._____ du SMR, de sorte qu'il s'agissait en définitive d'une appréciation différente d'une situation identique. Selon le Dr H._____, il y avait ainsi lieu de confirmer la

validité du rapport d'examen établi le 13 novembre 2006 par la Dresse Z._____, en ce sens que, après une incapacité totale de travail du 5 mars 2003 au 9 octobre 2006, la capacité de travail de l'intéressée était réputée pleine et entière dans toute activité, sans limitation fonctionnelle.

Par courrier du 13 mai 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'elle recevrait prochainement une décision confirmant le projet de décision du 10 janvier 2007 - la décision en cause lui sera notifiée le 12 août 2009. Sur le plan médical, l'office a retenu qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'examen psychiatrique réalisé en octobre 2006 par le Dr K._____ du SMR, dont le rapport remplissait à son sens toutes les exigences pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Quant à la demande tendant à l'octroi d'une mesure de reconversion professionnelle, le droit à un tel reclassement n'était pas ouvert dans le cas d'espèce, la capacité de travail de l'intéressée, pleine et entière dans son activité habituelle de serveuse, excluant l'existence d'un préjudice économique.

C. D._____ a formé recours contre la décision du 12 août 2009 par acte du 11 septembre 2009. Elle a relevé qu'elle travaillait depuis le 30 août 2009 dans le restaurant tenu par l'un de ses frères, à un taux ne dépassant pas les 30 %, et qu'elle avait déjà beaucoup de peine à rester concentrée - évoquant en particulier des pertes de mémoire, sa difficulté à accomplir ses tâches et sa lenteur, soit une situation de stress permanent qui lui procurait passablement d'angoisses et la rendait irritable. L'intéressée précisait qu'il s'agissait d'un travail occupationnel, le personnel devant être à ses côtés durant ses heures de travail, et concluait qu'il lui était impossible de reprendre une activité à 100 %; elle priait l'OAI d'interpeller la Dresse T._____ quant à son état de santé.

Dans sa réponse du 17 novembre 2009, l'OAI a derechef soutenu que le rapport établi par le Dr K._____ du SMR devait se voir reconnaître pleine valeur probante, respectivement que les rapports des médecins traitants de la recourante ne contenaient aucun élément médical susceptible de remettre en cause le bien-fondé de sa décision, en

l'absence en particulier d'une aggravation attestée de l'état de santé de l'intéressée. L'office intimé a dès lors proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, une interpellation de la Dresse T. _____ n'étant à son sens pas nécessaire.

Dans sa réplique du 8 février 2010, la recourante, désormais représentée par l'avocat Christian Bacon, a conclu, sous suite de frais et dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée, en ce sens qu'une rente entière lui était octroyée depuis le 1^{er} mars 2004 sans limitation dans le temps, et subsidiairement à son annulation, avec pour suite le renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a fait valoir, en substance, qu'il était patent que son état psychiatrique ne correspondait absolument pas au contenu des rapports du SMR, lesquels n'étaient au demeurant pas sans contradiction, singulièrement qu'il n'y avait eu, postérieurement au 9 octobre 2006, aucune amélioration stable de son état de santé. Elle estimait par ailleurs qu'un examen complémentaire, par le biais d'une IRM, était incontournable s'agissant d'apprécier ses atteintes sur le plan somatique, respectivement que la question de ses troubles de la mémoire, récemment investiguée par le Prof. V. _____ de la Consultation de la mémoire du CHUV, méritait également d'être approfondie. Elle requérait dès lors que le Prof. V. _____ soit invité à rendre un rapport après l'avoir consultée, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, afin que soit établie la présence d'un trouble psychiatrique invalidant ou d'un trouble somatoforme douloureux dont elle souffrait de manière invalidante et constante, enfin la mise en œuvre d'une expertise sur le plan somatique, par le biais notamment d'une IRM, afin de confirmer qu'elle présentait sur ce plan des atteintes importantes et invalidantes qui ne pouvaient être ni amoindries ni supprimées. L'intéressée a produit un lot de pièces à l'appui de son recours, comprenant notamment deux protocoles opératoires des 17 août 2007 et 5 février 2008, concernant des interventions sous forme de sections du ligament annulaire antérieur du carpe à gauche, respectivement à droite (en raison de syndromes du tunnel carpien), ainsi qu'un rapport établi le

10 octobre 2007 par le Dr Q._____, spécialiste FMH en neurologie, lequel relevait en particulier ce qui suit:

"De par sa normalité, le présent bilan serait plutôt rassurant de même que la normalité du CT-Scan cérébral pratiqué préalablement. Néanmoins, sans être du tout typique, la description des troubles donnée par Madame D._____ reste effectivement compatible avec un AIT [Accident Ischémique Transitoire], avec comme éléments de diagnostics différentiels, un phénomène anxieux et très peu probablement une manifestation paroxystique de sclérose en plaques.

Si l'on veut aller au bout des recherches, on devrait effectivement effectuer une IRM cérébrale mais je doute que la réalisation de cet examen amène beaucoup."

Dans sa duplique du 1^{er} mars 2010, l'OAI a produit un avis rendu le 17 février 2010 par le Dr H._____, dont il résulte en substance que les pièces produites par la recourante n'attestaient d'aucun élément nouveau ou justifiant une incapacité de travail de longue durée, respectivement une limitation fonctionnelle particulière. L'office confirmait dès lors ses conclusions et proposait le rejet du recours.

Dans ses déterminations du 25 mars 2010, la recourante a maintenu ses réquisitions et confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA; art. 79 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36], par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Est litigieuse en l'espèce la suppression, avec effet dès le 1^{er} février 2007, de la rente entière octroyée à la recourante, singulièrement

l'amélioration de son état de santé retenue par l'office intimé dès le mois d'octobre 2006.

3. a) A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Aux termes de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007 (correspondant à l'actuel art. 28 al. 2 LAI), l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait réaliser en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation utiles,

sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible le montant de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent, permettant de calculer le degré d'invalidité (VSI 2000 p. 82, consid. 1b; TF 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 3.1).

c) Selon la jurisprudence rendue en application de l'ancien art. 41 LAI, toujours valable sous l'empire de la LPGA (ATF 130 V 343, consid. 3.5), la décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413, consid. 2d et les références; TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 4.1).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 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. Selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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. Dans le cadre d'une révision, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

Constitue un motif de révision n'importe quel fait propre à entraîner une modification du degré d'invalidité. Selon la jurisprudence, il peut y avoir matière à révision soit en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, soit en cas de modification notable des répercussions sur la capacité de gain d'un état de santé resté inchangé (ATF 130 V 343, consid. 3.5; TF 8C_983/2008 du 14 mai 2009,

consid. 2.1). Une révision n'est admissible que si une modification de la situation effective s'est produite, et si cette modification influence le degré d'invalidité, partant le droit à la rente; il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente (cf. TF 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranchée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 précité, consid. 3.5.2; TF 9C_441/2008 précité, consid. 4.1 in fine).

d) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à une appréciation médicale, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 122 V 157, consid. 1c et les références; ATF 125 V 351, consid. 3a et les références; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Dans le domaine des assurances sociales, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées par un assureur pour résoudre un cas litigieux. En particulier, dans la mesure où il satisfait aux exigences requises, un rapport émanant d'un service médical régional AI au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a pleine valeur probante (TF I

573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 et la référence), alors que les constatations de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il convient en effet de 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 (ATF 125 V 351 précité, consid. 3b/cc et les références; VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc).

Cela étant, l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée des différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet en définitive de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, fût-il établi par un médecin traitant ou par un expert mandaté par l'assuré, il est ainsi nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (ATF 125 V 351 précité; TF 9C_359/2009 du 26 mars 2010, consid. 4.2 et les références).

4. En l'espèce, dans la motivation de sa décision, l'OAI a en substance retenu qu'il y avait lieu de reconnaître pleine valeur probante au rapport établi le 27 octobre 2006 par le Dr K._____ du SMR, dont il a fait siennes les conclusions, en ce sens que, après avoir été nulle en raison de limitations fonctionnelles dues à une dépression, la capacité de travail de la recourante était réputée pleine et entière dans toute activité dès le 9 octobre 2006 à tout le moins - soit dès la date de l'examen au SMR. L'office a estimé que les pièces médicales postérieures à l'examen pratiqué par le SMR, singulièrement le rapport établi le 24 juillet 2007 par le Dr R._____, ne faisait état d'aucun élément de nature à modifier sa position, en particulier d'aucune aggravation de l'état de santé de l'intéressée.

La recourante conteste l'amélioration de son état de santé retenue sur le plan psychique dès le mois d'octobre 2006. Elle fait par ailleurs valoir que ses atteintes sur le plan somatique n'ont pas été investiguées avec toute la diligence requise, et requiert la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires.

a) La décision attaquée reconnaissant à la recourante le droit à une rente avec effet rétroactif, tout en en prévoyant simultanément la suppression, elle doit satisfaire, comme rappelé ci-dessus (cf. consid. 3c), aux exigences posées en matière de révision (au sens des art. 17 al. 1 LPGA et 88a al. 1 RAI). La suppression de la rente en cause, avec effet au 1^{er} février 2007, supposerait ainsi pour être valable que soit établie une amélioration notable et durable de l'état de santé de l'intéressée en octobre 2006, amélioration de nature à justifier une capacité de travail exigible pleine et entière en lieu et place de l'incapacité totale précédemment retenue.

b) Dans son rapport du 27 octobre 2006, le Dr K. _____ a estimé que, selon le dossier mis à sa disposition, plusieurs épisodes dépressifs avaient vraiment existé et étaient documentés par les médecins traitants de la recourante, respectivement qu'il y avait eu, pendant un certain temps au moins, des limites fonctionnelles psychiatriques dues à la dépression sous forme d'un trouble de la perception mentale, un trouble du raisonnement et un ralentissement de la pensée et des troubles de la concentration; cela étant, il n'y avait plus ni syndrome dépressif ni symptômes de la lignée dépressive à l'occasion de l'examen au SMR, ceci sous traitement avec des antidépresseurs selon les règles de l'art, de sorte que le Dr K. _____ a retenu, anamnestiquement, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, sous traitement, et considéré que la capacité de travail de la recourante, après avoir été nulle du 5 mars 2003 à une date difficilement déterminable, mais à situer après le 17 février 2005 - arrêtée au jour de l'examen au SMR -, était désormais pleine et entière sur le plan psychique dans toute activité. La date mentionnée du 17 février 2005 ne renvoie à aucun moment déterminant,

au vu des pièces versées au dossier; le médecin du SMR voulait vraisemblablement se référer, bien plutôt, au 17 mars 2005, date du rapport établi par les Drs X._____ et J._____.

Le Dr K._____ n'a dès lors pas contesté l'appréciation des psychiatres traitants de l'intéressée, mais estimé que l'atteinte dépressive attestée était en rémission complète. Or, dans son rapport postérieur du 24 juillet 2007, le Dr R._____ a exposé avoir constaté, malgré un suivi psychiatrique régulier et conséquent, la persistance d'une symptomatologie anxieuse et dépressive, sous forme d'attaques de panique fréquentes et répétées, associées à un état de tristesse et de fatigue, des troubles de la concentration et de la mémoire, un sommeil agité avec réveils nocturnes et un retrait social; compte tenu de cette atteinte, ainsi que de la présence de douleurs multifocales intenses, la capacité de travail de l'intéressée était réputée nulle dans toute activité. Dans la mesure où, comme déjà relevé, l'atteinte de la lignée dépressive telle que retenue par les médecins traitants de la recourante, ceci antérieurement comme postérieurement à l'examen réalisé au SMR, n'est pas contestée en tant que telle par le Dr K._____, celui-ci l'estimant en rémission complète en se fondant sur l'unique examen clinique du 9 octobre 2006, il eût fallu procéder, pour éprouver le caractère durable de la rémission constatée (cf. art. 88a al. 1 RAI), à un nouvel examen qui permette de confirmer, le cas échéant d'infirmier, le premier; à défaut, on ne s'explique pas que l'office se soit écarté des conclusions des psychiatres traitants de la recourante, précisément fondées sur un suivi personnel, ceci sans que des circonstances - au demeurant non invoquées par l'intimé - permettent de justifier objectivement des doutes quant à l'impartialité des évaluations effectuées dans le cadre du mandat thérapeutique (évaluations auxquelles le Dr K._____ s'est au demeurant ralliées s'agissant de la période antérieure à son propre examen). On relèvera à cet égard que l'avis rendu le 12 décembre 2007 par le Dr H._____ du SMR l'a été sans examen personnel de l'intéressée: un tel avis ne contenant ainsi aucune observation clinique, mais ayant bien plutôt pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de donner

des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (cf. TF 9C_105/2009 du 19 août 2009, consid. 4.2), on ne voit pas sur quel examen médical le médecin du SMR aurait pu se fonder dans le cadre de sa synthèse pour s'écarter du rapport du Dr R._____. En d'autres termes, le seul avis du Dr H._____, en l'absence d'un examen personnel de la recourante, ne saurait suffire à infirmer les conclusions du Dr R._____, ce d'autant moins que le Dr H._____ n'est pas spécialisé en psychiatrie. Or, l'appréciation du Dr R._____ était manifestement de nature à remettre sérieusement en cause sinon l'appréciation du Dr K._____, à tout le moins le caractère durable de la rémission constatée par ce médecin, de sorte que l'office intimé ne pouvait s'en écarter sans pouvoir se fonder, pour se faire, sur un nouvel examen clinique. Au demeurant, dans le cadre d'une révision de la rente allouée dans le sens de sa suppression, il n'appartenait pas à l'intéressée d'établir que son état de santé s'était aggravé, mais bien plutôt à l'OAI d'établir l'amélioration notable et durable permettant une telle révision.

Cela étant, on ne saurait en conclure que le rapport établi par le R._____, parce qu'il est de nature à remettre sérieusement en cause l'appréciation antérieure du Dr K._____, respectivement le caractère durable de la rémission constatée par ce médecin, devrait de ce chef se voir reconnaître pleine valeur probante, et, partant, que la suppression de la rente à laquelle a procédé l'intimé serait injustifiée. Compte tenu des observations du Dr K._____ en octobre 2006, d'une part, et du fait que celles émanant de médecins traitants ne doivent être admises, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. consid. 3d), qu'avec une certaine réserve, d'autre part, il convient bien plutôt de constater que l'instruction sur le plan médical, s'agissant des atteintes présentées par l'intéressée sur le plan psychique, n'est pas suffisante en l'état pour pouvoir statuer sur son droit à une rente au-delà du mois de janvier 2007.

c) Concernant par ailleurs les atteintes présentées par la recourante sur le plan somatique, le dernier rapport circonstancié figurant au dossier a été établi en janvier 2005 par le Dr N._____. Ce médecin

avait alors notamment fait mention de la nécessité d'une rééducation globale visant à renforcer sa musculature et à améliorer sa gestuelle, non sans relever que l'exigibilité était conditionnée par son état psychologique. On ignore tout de l'évolution de l'état de santé de l'intéressée sur le plan somatique depuis lors - les pièces produites à l'appui de son recours, portant sur des problèmes "ponctuels" telles les deux interventions en raison de syndromes du tunnel carpien, ne donnant aucune indication quant à l'exigibilité, respectivement quant aux limitations fonctionnelles. Dans ces conditions, force est de constater que les pièces au dossier ne permettent pas davantage de se prononcer sur d'éventuelles répercussions, en terme de capacité de travail, de l'état de santé de la recourante sur le plan somatique, respectivement qu'une réactualisation des données médicales apparaît également nécessaire sur ce point.

d) Dès lors qu'il appartient au premier chef aux Offices de l'assurance-invalidité d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA et 57 al. 1 let. f LAI), il n'apparaît pas opportun que la Cour de céans ordonne elle-même une expertise judiciaire, ni qu'elle suspende la procédure le temps que l'intimé complète l'instruction. La solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour les motifs que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer le dossier de la cause à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction, par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire portant sur les plans psychique et somatique. L'office examinera ensuite, le cas échéant, la pertinence de la mise en œuvre de mesures professionnelles dans le cas de la recourante, et rendra une nouvelle décision concernant son droit à une rente postérieurement au 31 janvier 2007.

5. Il résulte des considérants qui précèdent que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction.

6. **a)** A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe général de 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'assurance-

invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération ou de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches publics – tels les Offices AI (cf. art. 54 ss LAI).

Compte tenu de l'issue du litige, le présent arrêt doit ainsi être rendu sans frais.

b) La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à une indemnité à titre de dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'500 fr. à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 12 août 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- IV.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Christian Bacon, à 1002 Lausanne (pour D. _____);
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à 1800 Vevey;
- Office fédéral des assurances sociales, à 3003 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 fédérale 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 :