

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 septembre 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : M. Métral et Mme Moyard, assesseur
Greffier : M. Germond

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Cottens, recourante, représentée par Mes Séverine Berger
et Bernard Geller, avocats à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 17 al. 1 LPGA; 28 LAI; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1948, a déposé une demande de rente AI le 12 février 2007. Elle y mentionnait une maladie sous la forme d'une "dépression nécessitant un traitement psychiatrique, conséquence de mobbing professionnel". Selon le formulaire "Questionnaire pour l'employeur" complété le 2 mars 2007, elle avait été employée en qualité de [...] à l' [...] depuis le 1^{er} janvier 1986 et avait été en incapacité totale de travailler du 25 février 2005 au 30 juin 2006, puis à 50% dès le 1^{er} juillet 2006. Son taux d'activité était de 65% avant son arrêt de travail et, sans atteinte à la santé, son salaire aurait été de 4'466 fr. 59 à compter du 1^{er} janvier 2007.

Dans un rapport médical adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) le 16 mars 2007, le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant, a posé les diagnostics existant depuis début 2005 de réaction aiguë à un facteur de stress (sévère) (F43.02) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Il précisait que sa patiente n'était plus apte à travailler ni dans son activité habituelle, ni dans une activité adaptée.

Dans le formulaire 531bis, complété le 30 mars 2007, l'assurée a déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait à "100% si possible" par nécessité financière et intérêt personnel.

Selon un rapport d'expertise du 30 avril 2007, la Dresse P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F43.21), d'accentuation de certains traits de personnalité (narcissiques, perfectionnistes; Z 73.1) et de burn-out / conflit du travail - mobbing (Z73.0). L'experte indiquait que l'assurée avait donné son congé pour la fin juin 2007. Elle proposait la poursuite d'un travail psychothérapeutique.

Selon un courrier médical du 25 juillet 2007 des Drs K._____, médecin cantonal adjoint, et B._____, médecin assistant, du Service de la santé publique établi à l'intention de la Caisse de pensions de l'assurée, il était médicalement justifié d'accorder à l'assurée des prestations à 100% de son taux contractuel en raison d'une incapacité de travail durable dans sa fonction. Ces médecins ont retenu les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et d'épuisement professionnel.

Dans un avis médical du Service médical régional (SMR) de l'AI du 13 mars 2008, le Dr X._____ a observé que le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée tel que posé par la Dresse P._____ ne justifiait pas une incapacité de travail durable au sens de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20).

Par décision du 16 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations, suivant en ce sens l'avis précité du SMR. Il a ainsi retenu que l'atteinte à la santé mise en évidence n'était pas invalidante.

B. L'assurée a recouru par acte du 3 juin 2008 contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle concluait à son annulation, respectivement à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui soit allouée dès le 6 février 2007, subsidiairement dès le 1^{er} juillet 2007.

Dans un arrêt du 22 juin 2009 (CASSO AI 291/08 - 190/2009), la Cour de céans a admis le recours de l'assurée, annulé la décision rendue le 16 mai 2008 et renvoyé le dossier de la cause à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique ou par un avis médical circonstancié sur le diagnostic et l'état de santé ainsi que son incidence sur la capacité de travail.

C. Reprenant l'instruction du cas de l'assurée, l'OAI a mandaté le Dr I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. A la suite

d'une étude du dossier asséculoologique et médical et d'un examen clinique pratiqué le 5 mai 2010, le Dr I. _____ a établi un rapport d'expertise psychiatrique du 31 mai 2010, dont il ressort en particulier ce qui suit:

"VIII. Diagnostic et conclusions:

Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous ne retenons sur le plan diagnostique psychiatrique actuellement

- aucun diagnostic

Les fluctuations dysthymiques/dysphoriques que nous avons constatées, de même que les légères crispations anxieuses sous-jacentes, n'atteignent pas un niveau clinique significatif. En l'état actuel, l'assurée est sans aucun traitement psychotrope; si sa fragilité dépressive documentée dans le passé devait resurgir, il existerait donc de nombreux moyens pour l'aider adéquatement. Avec nos constats, il est évident que si tel était le cas, tout traitement devrait rigoureusement être contrôlé.

En conséquence, il n'existe pour notre domaine aucune incapacité de travail ni diminution de rendement.

Il est difficile voire impossible de déterminer rétroactivement les choses, mais puisque nos constats sont très proches de ce que le Dr P. _____ a retenu en 2007, nous partons de l'idée qu'entre ce moment-là et notre rapport, il n'y a pas eu de changement significatif. Autrement dit, le trouble de l'adaptation avec les réactions décrites est à retenir antérieurement et un rétablissement de la capacité de travail pourrait être d'une manière médicothéorique postulée 6 mois après ledit rapport, avec une marge de tolérance de plus, au plus tard à partir du 1^{er} janvier 2008. [...]"

Dans un avis médical SMR du 22 juillet 2010, le Dr X. _____ a fait siennes les conclusions du rapport d'expertise précité. Il a souligné qu'antérieurement au 1^{er} janvier 2008, l'évolution de la capacité de travail de l'assurée avait été évaluée comme il suit par l'expert :

"- incapacité de travail de:

- 100 % du 09.06.2005 au 30.06.2006.

- 50 % du 01.07.2006 au 31.12.2007."

Le 4 octobre 2010, l'OAI a interpellé le dernier employeur de l'assurée ([...]) en vue d'obtenir des indications complémentaires sur son statut précis. Le 24 novembre 2010, la Direction générale de [...] a répondu en ces termes aux questions qui lui étaient posées:

"[1. Est-ce que le contrat de travail a été résilié? Si oui, à quelle date?]

1) Une convention a été établie entre Mme A. _____ et la [...], mettant fin aux rapports de travail au 30 juin 2007.

[2. Depuis le 9 juin 2005, l'assurée présentait une incapacité de travail totale, puis à 50% dès le 1^{er} juillet 2006. A quel taux, l'assurée travaillait-elle à sa reprise {en % sur un 100%}? 3. Jusqu'à quand?]

2) et 3) Depuis le 9 juin 2005, Mme A. _____ n'a jamais repris son activité et ce, jusqu'à la fin des rapports de travail soit jusqu'au 30 juin 2007.

[4. Quel était le taux d'activité contractuel? 5. Est-ce que depuis le début du contrat, l'assurée a changé de taux d'activité? Le cas échéant, à quel taux et depuis quand?]

4) et 5) Mme A. _____ a été engagée à 100% le 1^{er} janvier 1986 et son taux d'activité est passé à 65% dès le 1^{er} décembre 1996.

[6. En 2006, quel aurait été le salaire annuel de l'assurée sans atteinte à la santé pour un taux d'activité de 65%? 7. Idem mais pour un taux d'activité de 100%?]

6) et 7) Sans retenue maladie, le salaire de Mme A. _____ pour l'année 2006 aurait été de CHF 57'607.16 (y compris 13^{ème} salaire) pour un taux d'activité de 65%, respectivement de CHF 88'626.40 pour un taux d'activité de 100%.

[8. Idem que la question 6 et 7 mais pour l'année 2007?]

8) Sans retenue maladie, le salaire de Mme A. _____ pour l'année 2007 aurait été de CHF 58'065.58 (y compris 13^{ème} salaire) pour un taux d'activité de 65%, respectivement de CHF 89'331.66 pour un taux d'activité de 100%."

Au terme d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 30 novembre 2010 établi à la suite d'une enquête effectuée le 29 novembre 2010 au domicile de l'assurée, le statut proposé par l'enquêtrice a été arrêté à 65% active et 35% ménagère, l'intéressée ayant déclaré qu'en bonne santé, elle aurait continué son travail à l' [...] à 65% jusqu'à l'âge de la retraite. Selon cette enquête, l'assurée ne rencontrait pratiquement aucun empêchement dans l'accomplissement de ses tâches ménagères (empêchements de 7.5%).

Par projet de décision du 17 janvier 2011, l'OAI a reconnu le droit à l'assurée à trois quarts de rente pour la période du 1^{er} juin 2006 au 31 mars 2008. Ses constatations étaient les suivantes:

"Depuis le 9 juin 2005 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Selon nos observations, vous continueriez d'exercer votre activité de [...] à 65% sans problèmes de santé. Les 35% restants correspondent à vos travaux habituels. Selon nos observations, l'empêchement dans la tenue du ménage est de 7.5%.

Du point de vue médical, nous avons sollicité une expertise psychiatrique auprès du Docteur I._____. Celle-ci a été réalisée en date du 31 mai 2010.

A réception de l'expertise en question, votre dossier a été soumis auprès du Service médical régional qui ne peut que constater votre incapacité de travail complète depuis le 9 juin 2005. Votre état de santé s'étant amélioré depuis lors, nous pouvons compter sur une capacité de travail complète à compter du mois de janvier 2008.

Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est le suivant.

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité
Active	65%	100%	65%
Ménagère	35%	7.5%	2.62%
Degré d'invalidité			67.6%

Notre décision est par conséquent la suivante:

A partir du 9 juin 2006, le droit à une rente basée sur un degré d'invalidité de 68% est reconnu jusqu'au 31 mars 2008, soit après trois mois d'amélioration de l'état de santé."

L'assurée, par son conseil, a déposé le 14 février 2011 ses déterminations sur le projet de décision, en faisant en substance valoir qu'il n'existait aucun motif de mettre fin à la rente. Elle a joint à son écriture un rapport médical adressé le 8 février 2011 par le Dr E. _____ à son avocat, aux termes duquel ce médecin, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise du Dr I. _____, déplorait que ce dernier n'ait vu l'assurée qu'à une seule occasion. Il était d'avis que l'expert n'avait pas vu le trouble de l'adaptation, de l'attention et de la mémoire présenté par sa patiente, ainsi que les troubles de la pensée, des obsessions, des éléments dépressifs, et des troubles de l'élan vital et du dynamisme. Le Dr E. _____ apportait en outre ses propres observations aux observations cliniques de l'expert résumées selon le système AMDP. Il notait par ailleurs que sa patiente suivait régulièrement des séances d'acupuncture. Vu sa fragilité, l'assurée était incapable d'occuper un poste à responsabilités tel que celui qu'elle avait dans le passé. Pour le Dr E. _____, si sa patiente devait effectuer un travail peu qualifié, elle risquait de subir une blessure narcissique grave. Enfin, le stress du travail risquerait de déstabiliser son équilibre fragile.

Dans un avis SMR du 15 avril 2011, le Dr X. _____ a attribué pleine valeur à l'évaluation d'une capacité de travail entière depuis le 1^{er} janvier 2008 selon rapport d'expertise du Dr I. _____. Il a constaté que les pièces médicales versées depuis lors ainsi que le rapport médical du 8

février 2011 du Dr E._____ ne présentait aucun élément significatif permettant de s'écarter des conclusions du Dr I._____.

A la suite de la communication par l'OAI, le 29 avril 2011, de la motivation de son projet de décision du 17 janvier 2011, l'assurée a produit le 16 mai 2011 un certificat médical du 2 mai 2011 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, au terme duquel elle avait subi une intervention chirurgicale à sa hanche gauche (pose d'une prothèse totale) le 1^{er} décembre 2008 d'où une incapacité totale de travail jusqu'au 31 mai 2009. Le 19 mai 2011, l'OAI a informé l'assurée que l'incapacité de travail décrite par le Dr G._____ n'avait aucune influence sur le droit aux prestations de sorte qu'il indiquait maintenir les termes de son préavis ainsi que son courrier du 29 avril 2011.

Le 8 août 2011, l'assurée a produit un nouveau certificat médical du 18 juillet 2011 de la Dresse L._____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive et chirurgie de la main, qui attestait une incapacité de travail à 100% du 11 avril au 1^{er} août 2011. Par courrier du 11 août 2011 à l'assurée, l'OAI a relevé que cette incapacité de travail n'avait pas d'incidence sur la décision de rente à venir puisqu'il s'agissait de prestations allouées dans le temps du 1^{er} juin 2006 au 31 mars 2008, cette nouvelle incapacité devant faire l'objet d'une nouvelle demande AI.

Dans une correspondance du 22 août 2011 à l'OAI, l'assurée lui a fait savoir que l'incapacité de travail propre au poignet avait pris fin le 1^{er} août 2011, de sorte qu'elle renonçait au dépôt d'une nouvelle demande en rapport avec cette atteinte à la santé.

Par décision du 21 octobre 2011, l'OAI a confirmé son préavis du 17 janvier 2011 et a reconnu le droit à trois quarts de rente à l'assurée du 1^{er} juin 2006 au 31 mars 2008. Le 31 octobre 2011, l'OAI a par ailleurs fait savoir à l'assurée qu'il lui versait un montant d'intérêts moratoires de 3'296 fr. en application de l'art. 26 al. 2 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1).

Le 9 novembre 2011, le conseil de l'assurée a accusé réception de la décision du 21 octobre 2011 et a demandé à l'OAI de lui confirmer que ladite ne portait que sur la période du 1^{er} juin 2006 au 31 mars 2008 et ne signifiait pas implicitement qu'elle n'avait plus droit à cette rente à partir du 1^{er} avril 2008. Le 24 novembre 2011, l'assurée, par son conseil, a à nouveau indiqué que son incapacité de travail perdurait au-delà du 1^{er} avril 2008. Le 28 novembre 2011, l'OAI a noté que selon sa motivation du 29 avril 2011, l'octroi d'une rente d'invalidité était reconnu dès le 1^{er} juin 2006 jusqu'au 31 mars 2008, soit après trois mois d'amélioration de l'état de santé. Il précisait enfin qu'aucun projet de décision ne serait rendu concernant la période du 1^{er} avril 2008 à ce jour.

D. Par acte du 5 décembre 2011, A. _____, représentée par ses conseils, a recouru devant la Cour des assurances du Tribunal cantonal. Elle conclut à titre principal à la réforme de la décision du 21 octobre 2011 en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 9 juin 2006 sans limitation dans le temps et subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale, et plus subsidiairement au renvoi du dossier afin que l'OAI statue sur son droit à la rente postérieurement au 31 mars 2008. En substance, elle fait valoir, en se référant au rapport médical du Dr E. _____ du 8 février 2011, qu'il n'est pas possible de juger son état sur la base d'une seule visite, qu'il existe des différences flagrantes entre le test AMDP effectué par le Dr I. _____ et les observations du Dr E. _____, que l'expertise du Dr I. _____ est contredite par les expertises faites par l' [...], et qu'elle avait souri lorsque le Dr I. _____ lui avait demandé si elle consommait des drogues, dès lors qu'elle avait toujours mis en garde les apprentis contre toute forme d'addiction. Elle allègue ensuite que la réduction de taux à 65% en 1996 était liée au fait qu'il y avait un tiers d'apprentis de moins. Elle a ensuite relevé plusieurs points erronés du rapport d'expertise (année d'obtention de sa maturité, terme de son contrat, qu'elle n'avait jamais travaillé à 80%, qu'elle souffrait en permanence de sensibilité du cuir chevelu, et qu'elle n'avait un taux de 65% qu'à compter de décembre 1996, non pas 1986). Enfin, elle critique quelques points du rapport d'enquête ménagère

(elle nettoyait au fur et à mesure ce qui lui paraissait être sale, qu'elle a toujours eu une femme de ménage lorsqu'elle était active, que c'est un robot qui tond son gazon, que son ami passe l'aspirateur, fait les courses et la cuisine et qu'un tiers s'occupe du repassage à raison de trois heures par mois). Elle requiert à titre de mesures d'instruction, l'audition simultanée ou séparée des Drs I. _____ et E. _____, la production du courrier du 25 juillet 2007 du Service de la santé publique de l' [...] et la production, par le Dr I. _____, de la preuve qu'il a vu la recourante plusieurs fois.

Dans sa réponse du 9 février 2012, l'OAI propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

Par réplique du 26 mars 2012, la recourante expose qu'en raison de séances de biorésonance/morathérapie, la prise de ses médicaments n'a pu être détectée par les analyses sanguines effectuées par le Dr I. _____. Elle requiert en outre l'audition de Z. _____, acuponcteur. Elle joint à son écriture des attestations de paiement concernant les séances de morathérapie et un article y relatif.

Le 26 avril 2012, l'intimé explique maintenir les conclusions de sa réponse. Il produit à cet égard un avis médical SMR du 5 avril 2012 des Drs X. _____ et H. _____ selon lequel la non observance médicamenteuse objectivée par l'expert est une constatation indépendante et sans conséquence sur son appréciation. Pour ces médecins, que l'absence de médicament dosable dans le sang soit le résultat d'un traitement de morathérapie ou non importe peu, puisqu'il n'y a de toute façon pas d'atteinte à la santé.

Dans ses déterminations du 21 mai 2012, la recourante indique maintenir l'intégralité des conclusions de son recours.

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. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2008, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 3.2 et 1093/2006 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 et 115 V 133 consid. 2; TF I 312/2006 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 et 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 554/2001 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 554/2006 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 et 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 et 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/2004 du 25 septembre 2006, consid. 5.1 et I 406/2005 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 755/2004 du 25 septembre 2006, consid. 5.1; TFA I 406/2005 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'impuissance 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 et 125 V 413 consid. 2d; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011, consid. 3.2).

4. a) En premier lieu, il convient de relever que la recourante ne conteste pas le statut d'active à 65% et de ménagère à 35% tel qu'il a été arrêté par l'intimé, et qui peut être confirmé.

b) La recourante, suivant en ce sens les critiques élevées le 8 février 2011 par son psychiatre traitant, le Dr E._____, soutient que le rapport d'expertise du Dr I._____ n'est pas le reflet de sa situation médicale réelle. Elle observe à ce titre que l'expert précité ne l'a examinée qu'à une seule reprise en date du 31 mai 2010 (recte: le 5 mai 2010), ce qui serait insuffisant pour se forger une opinion compte tenu du caractère chronique et fluctuant des affections dont elle est atteinte. Pour elle, le Dr I._____ aurait ainsi dû pratiquer au moins deux ou trois examens à une semaine d'intervalle. La recourante relève également que l'expertise

du Dr I. _____ contiendrait de nombreux détails susceptibles d'influer sur la décision finale et devant être corrigés (le fait qu'elle aurait obtenu sa maturité type C en 1966 et non pas seulement en 1996, qu'elle n'aurait jamais travaillé à 80%, que son contrat ne serait arrivé à son terme qu'au mois de juin 2007 et non pas déjà en 2006, qu'il devrait être répondu positivement aux questions liées à la tendance aux ruminations, aux modifications du comportement et à l'irritabilité, qu'elle souffrirait en permanence de sensibilité du cuir chevelu et pour terminer que son taux d'activité serait de 100% depuis le 1^{er} janvier 1986 et de 65% à compter du 1^{er} décembre 1996). Dans sa réplique, la recourante précise avoir suivi des séances de biorésonance/morathérapie à la suite de ses opérations de la hanche et du poignet ce qui a eu pour effet de détoxiner régulièrement ses cellules d'où des résultats d'examens sanguins effectués par l'expert où on ne trouve plus ou très peu de traces des médicaments prescrits par le Dr E. _____. Selon elle, le rapport d'enquête ménagère du 30 novembre 2010 serait également affecté d'imprécisions en ce sens qu'elle aurait toujours eu recours aux services d'une femme de ménage lorsqu'elle travaillait. Il n'existerait ainsi aucun motif justifiant de mettre un terme à sa rente.

En l'occurrence, on observe que le rapport d'expertise psychiatrique du 31 mai 2010 du Dr I. _____ se base sur une étude du dossier assécurologique et médical mis à disposition, sur un examen clinique de la recourante, sur un questionnaire d'autoévaluation, sur des tests psychopathologiques AMDP et de ralentissement EDR ainsi que sur des analyses sanguines. Il contient une anamnèse détaillée énonçant notamment les plaintes et descriptions subjectives de la recourante (pp. 5-8), un résumé du dossier et de l'historique médical (pp. 8-10); il mentionne les constatations cliniques (pp. 10-15) et contient en outre une discussion étayée du cas de la recourante (pp. 15-18). Le diagnostic posé ainsi que les conclusions sont clairs et dûment motivés sur le plan médical (pp. 18-19). Ce rapport peut dès lors se voir reconnaître pleine valeur probante. Quant au grief tiré de la brièveté de l'examen psychiatrique, il est constant que la durée d'un examen clinique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste à se faire une idée sur

l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (cf. TF 9C_386/2010 du 15 novembre 2010, consid. 3.2, 9C_443/2008 du 28 avril 2009, consid. 4.4.2 et I 1084/2006 du 26 novembre 2007, consid. 4). Le fait que le Dr I. _____ n'ait examiné la recourante à son cabinet qu'à une seule reprise n'est donc pas en soi de nature à remettre en cause la valeur probante attribuée par l'intimé au rapport d'expertise du Dr I. _____ du 31 mai 2010. Quant à l'appréciation divergente du psychiatre traitant (le Dr E. _____) sur la capacité de travail résiduelle de la recourante, il importe de relever que les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve, ceci de par leur position de confidents privilégiés (cf. consid. 3b supra). Au demeurant le psychiatre traitant n'étaye pas son appréciation personnelle de la capacité de travail par des éléments médicaux nouveaux divergents de ceux retenus par le Dr I. _____ dans son expertise. On observe pour terminer que les quelques détails rédactionnels en lien avec le rapport d'expertise énoncés par la recourante et susceptibles selon elle d'influer sur la décision finale (la date d'obtention de sa maturité, le fait que son taux d'activité serait de 100% dès 1986 et de 65% dès décembre 1996, et non de 80%, la date de fin de son contrat [juin 2007 et non fin 2006], sa sensibilité au cuir chevelu, et sa tendance à ruminer qui serait permanente) n'ont pas d'incidence sur la valeur probante dudit rapport. Quant aux résultats des examens sanguins effectués aboutissant à une non observance médicamenteuse objectivée, considérant l'absence d'atteinte à la santé diagnostiquée, il importe peu de savoir si l'absence de médicament dosable dans le sang est ou non le résultat d'un traitement de morathérapie tel que l'expose la recourante.

A l'aune de ce qui précède, on retient avec l'expert I. _____ que la recourante bénéficie sur le plan médical d'une capacité de travail résiduelle nulle dès le 9 juin 2005 laquelle a été entièrement recouvrée dès le 1^{er} janvier 2008.

L'instruction étant complète sur le plan médical, il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise ainsi qu'à l'audition des Drs I. _____, E. _____ et de

l'acuponcteur Z. _____ de sorte que les requêtes formulées en ce sens par la recourante doivent être rejetées par appréciation anticipée des preuves. En effet, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPG), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). S'agissant du courrier du 25 juillet 2007 dont la recourante requiert la production, on observe qu'il n'y a pas lieu de donner suite à cette requête dans la mesure où ladite pièce figure déjà au dossier transmis par l'intimé.

c) aa) Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée, conformément aux directives de l'OFAS (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité établie (CIIAI), p. 65, no 3084 ss) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels est déterminée au regard des circonstances concrètes du cas d'espèce. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements subis dans les activités habituelles (TF I 561/2006 du 26 juillet 2007, consid. 5.2.2; TFA I 794/2004 du 1^{er} mai 2006, consid. 6.2 et les références citées).

En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée

qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants (TF 9C_406/2008 du 22 juillet 2008, consid. 4.2; I 733/2006 du 16 juillet 2007, consid. 4.2.1). Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93).

bb) En l'espèce, la recourante affirme que l'enquête ménagère serait affectée d'imprécisions en ce sens qu'elle aurait toujours eu recours aux services d'une femme de ménage du temps où elle travaillait, contrairement à ce qui ressort du rapport du 30 novembre 2010. Or cette précision n'est pas susceptible de remettre en cause la valeur probante du rapport d'enquête ménagère établi par une enquêtrice spécialisée de l'OAI, laquelle a tenu compte des indications qui lui ont été communiquées par l'intéressée lors de sa visite ainsi que des pièces médicales à disposition, dont en particulier l'expertise du Dr I._____. Au surplus comme le relève l'intimé, dans l'éventualité où le taux d'occupation afférent aux tâches ménagères devait s'élever à 0%, le degré d'invalidité global s'élèverait alors à 65% en lieu et place de 67,6% donnant par conséquent toujours droit à trois quarts de rente (cf. art. 28 LAI).

d) On doit ainsi considérer que la recourante a présenté un taux d'invalidité global de 67.6% (65% pour la part active et 2.62% pour la part ménagère) du 9 juin 2005 jusqu'au 31 décembre 2007. Dans ces circonstances, au terme du délai légal d'attente d'une année, soit dès le 1^{er} juin 2006, la recourante a droit à trois quarts de rente fondé sur un degré d'invalidité qu'il convient d'arrondir à 68%.

A compter du 1^{er} janvier 2008, le degré d'invalidité de la recourante a subi une modification notable, passant de 68% à moins de 10%, qui justifie la suppression du droit au trois quarts de rente dès le 1^{er} avril 2008 (cf. art. 17 al. 1 LPGA et 88a al. 1 RAI). Pour la surplus, l'OAI a bien refusé d'allouer une rente pour la période postérieure au 31 mars 2008, ce qui était compréhensible pour la recourante au regard de la décision litigieuse et des lettres des 19 mai et 28 novembre 2011. L'intimé l'a encore confirmé dans sa réponse au recours, à propos de l'incapacité de travail attestée par le Dr G. _____ pour la période de décembre 2008 à fin mai 2009.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs et être 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. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 21 octobre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'A._____.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Mes Séverine Berger et Bernard Geller (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :