

## VD\_FINDINFO AI 320/09 - 184/2011 vom 15. April 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-04-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_320\\_09\\_-\\_184\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_320_09_-_184_2011)

FR: VD\_FINDINFO AI 320/09 - 184/2011 du 15 avril 2011

IT: VD\_FINDINFO AI 320/09 - 184/2011 del 15 aprile 2011

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, AFFECTION PSYCHIQUE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 15.04.2011 AI 320/09 - 184/2011

RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, AFFECTION PSYCHIQUE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 320/09 - 184/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 avril 2011

\_\_\_\_\_ Présidence de M. Neu Juges : M. Métral et Mme Brélaz Braillard Greffier : M. Simon \*\*\*\*\* Cause pendante entre : C. \_\_\_\_\_, à Yverdon-les-Bains, recourante, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 8 al. 1 et art. 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et art. 28 al. 2 LAI En fait : A. C. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1955, de nationalité bosniaque, travaillait depuis février 1998 en qualité d'employée d'exploitation dans une blanchisserie. Le 8 novembre 2000, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente. Sur le plan médical, l'OAI s'est adressé au Dr X. \_\_\_\_\_, médecine générale FMH à Yverdon-les-Bains et médecin traitant de l'assurée. Le 24 novembre 2000, ce praticien a posé les diagnostics de douleurs thoraciques post-thoracotomie, de status post lobectomie inférieure droite le 5 octobre 1999 pour tumeur carcinoïde pulmonaire, de status post-hydropneumothorax sur fistule broncho-pleurale avec drainage en février 2000, spontanément résolutive. Il a fixé l'incapacité de travail à 100% depuis le 9 février 2000, relevant qu'il n'y avait probablement pas d'activité adaptée à l'invalidité. Ce médecin a remis des rapports médicaux émanant de spécialistes, dont il ressort en substance que l'assurée présentait, notamment, les atteintes de lombalgies, de tumeur carcinoïde pulmonaire du lobe inférieur droit (ayant fait l'objet d'une lobectomie), de canal artériel persistant et de troubles anxio-dépressifs. Le 13 février 2002, le Dr X. \_\_\_\_\_ a signalé le développement d'un syndrome de stress post-traumatique, de gonalgies gauches et de douleurs. Il a déposé des rapports de spécialistes mettant en particulier en évidence les diagnostics d'hémicorporalgies droites d'origine psychosomatique, de gonalgies gauches sur vraisemblable syndrome rotulien, d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et d'état de stress post-traumatique. Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique par la Dresse G. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Le 15 juin 2002, cette spécialiste a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, d'anxiété généralisée, d'état de stress post-traumatique, de

somatisations et d'autre trouble spécifique de la personnalité (psychotique); l'incapacité de travail a été fixée à 100% depuis octobre 1999. Dans son appréciation du cas, elle a relevé que l'assurée, ayant vécu des traumatismes liés à la guerre en Bosnie en 1992, avait développé en 1999, suite à une opération pour une tumeur carcinoïde pulmonaire, des douleurs persistantes associées à la réactivation d'un état de stress post-traumatique, avec des angoisses de mort, entraînant un trouble anxio-dépressif majeur. Malgré un traitement psychiatrique et ambulatoire, elle a signalé la persistance d'angoisses de morcellement et de mort associées à un trouble dépressif récurrent sévère, relevant que depuis 1999 la situation s'était chronicisée, la reprise même partielle d'une activité pouvant conduire à une nouvelle décompensation avec élément de type psychotique, voire acte auto-agressif. Dans un rapport du 2 octobre 2002, sous la plume du Dr Z. \_\_\_\_\_, se référant aux conclusions des Drs X. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, le SMR a retenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle, les limitations fonctionnelles découlant de son affection psychiatrique. Par décision du 7 avril 2003, l'OAI a accordé à l'assurée le droit à une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2000, en raison d'un degré d'invalidité de 100%. B. Dans le cadre d'une révision d'office du droit à la rente, l'OAI s'est à nouveau adressé au Dr X. \_\_\_\_\_. Dans un rapport du 2 mai 2006, ce médecin a posé les diagnostics de gonalgies bilatérales, de tumeur carcinoïde du lobe pulmonaire inférieur, de status après lobectomie inférieure droite, de douleurs thoraciques persistantes post-thoracotomie droite, d'évolution progressive vers un état douloureux chronique, de toux chronique sur probable mauvais drainage du moignon bronchique avec infection broncho-pulmonaire itérative et d'épisode dépressif épisode actuellement moyen à sévère. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 9 février 2000, l'état de santé étant stationnaire. Ce médecin a également remis les documents suivants: - un rapport du 17 avril 2003 du Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie à Yverdon-les-Bains, posant les diagnostics de toux persistante, de douleurs basithoraciques droites, de status après lobectomie droite le 5 octobre 1999 pour une tumeur carcinoïde, et d'état anxio-dépressif et syndrome de stress post-traumatique. - un rapport du 27 mai 2003 du centre hospitalier Yverdon Chamblon (ci-après: CHYC), posant les diagnostics de lombalgies non déficitaires, d'état anxio-dépressif, de tabagisme chronique et de status post-lobectomie. - des rapports des 1<sup>er</sup> mai et 4 juin 2003 du Dr P. \_\_\_\_\_, de l'association médicale du centre thermal d'Yverdon-les-Bains, relevant des lombosciatalgies gauches se traduisant par une clinique normale en discordance avec les plaintes et des déficits neurologiques uniquement subjectifs, si ce n'est une aréflexie achilléenne droite, respectivement diagnostiquant des gonalgies gauches sur syndrome rotulien avec chondromalacie, une toux chronique post-lobectomie en 99 pour néoplasie et une forte composante psychique (séquelle de guerre). - un rapport du 6 janvier 2004 du CHYC, posant les diagnostics de chondrite fémoro-patellaire externe gauche dans le cadre d'un trouble de l'alignement de l'appareil extenseur. L'OAI s'est adressé à l'unité de psychiatrie ambulatoire d'Yverdon-les-Bains (ci-après: l'unité de psychiatrie). Le 7 août 2006, la Dresse Q. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen sans syndrome somatique et de séquelles de stress post-traumatique; l'incapacité de travail a été fixée à 100%. Elle a signalé un ralentissement psychomoteur moyen, une appréhension de l'avenir, un état apathique et triste avec une perte d'espoir, relevant des moments d'agressivité. Faisant état d'un traitement médicamenteux, elle a retenu une capacité de travail nulle dans toute activité, relevant comme limitations fonctionnelles, sur le plan psychiatrique, une baisse de la concentration, une fatigabilité importante en raison des troubles du sommeil et des angoisses quasi constantes. En raison

de la gravité du trouble dépressif et des séquelles de stress post-traumatique, malgré une médication suffisante et efficace, cette spécialiste a relevé que peu d'amélioration avait été observée. Sur proposition du SMR, l'assurée a été soumise à une nouvelle expertise, effectuée par la Dresse G. \_\_\_\_\_. Le 29 mars 2007, elle a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, présent depuis début 2000, et celui sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant, présent depuis 2005. Elle a retenu une capacité de travail de 65 à 70% sans diminution de rendement, le degré d'incapacité de travail de 100% ayant duré de octobre 1999 à 2005 environ, puis ayant progressivement diminué pour être tout au plus de 30 à 35% depuis début 2006. Cette spécialiste a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas: "Comparé à l'expertise psychiatrique de juin 2002, la symptomatologie psychiatrique s'est modifiée. En effet, à ce jour, on ne peut plus retenir les diagnostics d'anxiété généralisée, ni d'état de stress post-traumatique, faute de symptômes caractéristiques. Persiste un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel moyen et non plus sévère comme en 2002. Depuis 2002, le traitement d'antidépresseur (Eflexor) a été progressivement augmenté à 300 mg/jour, permettant une amélioration de la thymie. Fin 2005, la dose a été diminuée à 225 mg/jour. Le dosage sérique effectué dans le cadre de l'expertise montre des taux bas pour la dose et suggère une compliance partielle ou irrégulière selon les conclusions des psychopharmacologues. Il conviendrait que Mme C. \_\_\_\_\_ prenne régulièrement son traitement antidépresseur, ce dernier agissant favorablement sur la thymie. Des dosages sériques ultérieurs permettraient d'évaluer au mieux la concentration plasmatique. En fonction de la clinique, la dose d'Eflexor pourrait être augmentée, jusqu'à 375 mg/ jour au maximum. De même, les doses de neuroleptique atypique de Seroquel ont pu être diminuées depuis fin 2005, sans que l'expertisée ne présente de symptôme psychotique. A relever une concentration plasmatique élevée de Seroquel pour la dose, peut-être imputable à une interaction avec le Dilzem. Dans son quotidien, Mme C. \_\_\_\_\_ peut fonctionner, elle maintient des contacts sociaux avec la famille élargie et des voisins. Annuellement, elle se rend en voiture dans son pays d'origine et visite sa famille. Mme C. \_\_\_\_\_ est plus tonique qu'en 2002 et elle a pu retrouver certaines ressources. La personnalité de structure psychotique est compensée. En outre, on relève des discordances entre l'intensité des plaintes alléguées par Mme C. \_\_\_\_\_ et ce qui est objectivé durant l'expertise. L'expertisée ne manifeste aucune algie pendant plus d'1 ½ heure d'entretien et elle maintient une même position sans montrer de signe d'inconfort. Des bénéfices secondaires sont présents avec évitement d'un rôle à jouer et mobilisation de l'entourage. A ce jour, seul le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, interfère en partie sur la capacité de travail; cette dernière est de 65 à 70% dans une activité simple. Cependant, le pronostic quant à la reprise d'un emploi paraît compromis car Mme C. \_\_\_\_\_ s'estime dans l'incapacité complète d'effectuer une quelconque activité. De plus, il existe des facteurs d'acculturation (Madame parle mal le français et ne le lit pas) et elle n'a aucune formation professionnelle ; ces facteurs sortent du champ médical". Dans un rapport du 21 mars 2007, l'unité de psychopharmacologie clinique des hôpitaux universitaires de Genève s'est prononcée au sujet du traitement médicamenteux de l'assurée, relevant notamment une importante variabilité interindividuelle du taux plasmatique d'un antidépresseur pour une dose donnée et que la patiente était une métabolisatrice extensive, soit normale. Dans un avis médical du 26 juillet 2007, le Dr T. \_\_\_\_\_ a repris les conclusions de la seconde expertise de la Dresse G. \_\_\_\_\_, ajoutant qu'une prise

régulière de l'antidépresseur pouvait améliorer davantage l'état de santé de l'assurée et que le pronostic quant à une reprise d'activité professionnelle était sombre, l'assurée ne s'estimant pas capable d'effectuer une quelconque activité, en raison de facteurs sortant du champ médical. Par communication du 22 juillet 2008, l'OAI a informé l'assurée que le droit à l'orientation professionnelle lui était ouvert et que les possibilités de réinsertion allaient être examinées. Le 30 octobre 2008, l'assurée a été entendue par un collaborateur de l'OAI, entretien lors duquel elle a évoqué ses problèmes cardiaques et a paru très déprimée. Dans un rapport du 5 janvier 2009, le Dr R. \_\_\_\_\_, cardiologue et spécialiste en médecine interne FMH à Yverdon-les-Bains, a posé les diagnostics de fibrillation auriculaire paroxystique, de canal artériel persistant, de BPCO post-tabagique, d'état anxio-dépressif important, de status après lobectomie. Il a estimé que l'assurée ne pouvait probablement pas reprendre d'activité professionnelle, puis n'a pas retenu de limitation physique sur le plan cardiologique. Ce médecin a également remis des rapports médicaux, proposant des approches thérapeutiques sur le plan cardiaque et signalant qu'une échocardiographie effectuée le 24 janvier 2008 n'avait pas révélé d'arythmie et que l'examen était superposable à celui effectué en 2002. Dans un avis médical du 6 février 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ a notamment relevé que les plaintes alléguées par l'assurée ne résultaient pas du problème cardiaque et qu'elles étaient beaucoup mieux expliquées par le syndrome douloureux somatoforme, puis que le problème cardiaque justifiait d'éviter les activités physiquement lourdes, sans autre limitations fonctionnelles pour cette affection ni diminution de rendement dans une activité adaptée. Dans un projet de décision du 7 avril 2009, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui supprimer le droit à la rente. Il a retenu que, selon la seconde expertise de la Dresse G. \_\_\_\_\_, l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 70% dès début 2006 et que, dans des activités simples et répétitives selon l'enquête suisse sur la structure des salaires, celle-ci pouvait réaliser un revenu d'invalidé de 31'679 fr. 94 en 2006, compte tenu d'un abattement de 10%. Par comparaison avec un salaire de 35'387 fr. en 2006, dans l'ancienne activité d'employée d'exploitation, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 10.49%. Le 28 avril 2009, le Dr X. \_\_\_\_\_ a indiqué, en particulier, que sa patiente avait présenté des problèmes cardiaques (trois épisodes de FA de 2002 à 2008), que subsistaient des surinfections fréquentes nécessitant une antibiothérapie sur le plan thoraco-pulmonaire, que l'assurée avait présenté un abcès tubo-ovarien droit ayant nécessité plusieurs interventions, puis une gonarthrose fémoro-patellaire externe gauche, l'ensemble de ces pathologies étant responsable d'un handicap à 100% sur le plan de l'emploi. Le 29 avril 2009, l'assurée a fait part de son intention de s'opposer au projet de décision lui supprimant son droit à la rente. Le 10 juin 2009, le Dr X. \_\_\_\_\_ a encore signalé des gonalgies et des douleurs à l'épaule gauche, prises en charge par le Dr P. \_\_\_\_\_, fait état d'un suivi auprès du Dr L. \_\_\_\_\_, médecin assistant à l'unité de psychiatrie, et relevé que l'expertise de la Dresse G. \_\_\_\_\_ était antérieure aux deux récurrences de fibrillation auriculaires. Il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail complète depuis le 9 février 2000 et a renvoyé à l'avis des médecins spécialistes. Dans un rapport du 18 juin 2009, le Dr R. \_\_\_\_\_ a relevé que, en l'absence de fibrillation auriculaire, l'atteinte cardiaque n'entraînait en principe pas de limitation fonctionnelle importante, mais que la BCPO sur tabagisme chronique ainsi que la lobectomie inférieure droite pouvaient entraîner une limitation fonctionnelle à l'effort physique. D'un point de vue strictement cardiologique, il a évalué que l'incapacité de travail dans l'activité antérieure était probablement peu importante en l'absence d'arythmie supraventriculaire, une activité peu exigeante d'un point de vue

physique pouvant être adaptée à ce titre. Il a également critiqué l'appréciation de la capacité de travail faite par la Dresse G. \_\_\_\_\_, doutant de l'amélioration claire de l'état anxio-dépressif entre 2002 et 2007. Par décision du 17 juin 2009, l'OAI a supprimé le droit à la rente entière de l'assurée à compter du premier jour du deuxième mois suivant sa notification. Se référant aux mêmes motifs que ceux figurant dans son projet de décision, l'OAI a mis en évidence un degré d'invalidité de 10.49%. Dans un rapport du 23 juin 2009, le Dr P. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de cervico-scapulalgies à prédominance droite sur discarthrose C5-C6, a fait état d'un examen ostéo-articulaire, constaté suite à des radiographies cervicales un net rétrécissement des trous de conjugaison, surtout le droit, et a fait part de difficultés quant à un traitement efficace permettant de soulager les douleurs. C. \_\_\_\_\_ Par acte du 29 juin 2009, C. \_\_\_\_\_ a déféré cette décision au Tribunal cantonal, réclamant la mise en œuvre d'une contre-expertise et une analyse globale de son dossier médical. Elle a contesté les conclusions de l'expertise de la Dresse G. \_\_\_\_\_ et s'est prévalu d'une dégradation de son état de santé, notamment sur le plan cardiaque. Dans sa réponse du 20 juillet 2009, l'OAI a proposé un complément d'instruction médicale, dans un premier temps auprès des Drs P. \_\_\_\_\_, sur le plan rhumatologique, et L. \_\_\_\_\_, sur le plan psychiatrique. Il a relevé que les problèmes cardiaques ne justifiaient pas d'incapacité de travail et que la situation était stable concernant la problématique pulmonaire. Il s'est référé à un avis médical SMR du 10 juillet 2009 du Dr K. \_\_\_\_\_, indiquant les mêmes arguments. Le 20 juillet 2009, le recourant a déposé un rapport du 9 juillet 2009 des Drs H. \_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, et L. \_\_\_\_\_, de l'unité de psychiatrie, constatant une évolution stationnaire de la symptomatologie dépressive depuis 2005 et posant les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et de trouble somatoforme; ils ont retenu une incapacité de travail de 100% et, comme limitations fonctionnelles, des troubles de la concentration liés à la symptomatologie dépressive et une intolérance à la frustration. Le 8 septembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours, relevant que le Dr P. \_\_\_\_\_ et les médecins de l'unité de psychiatrie n'avaient pas démontré l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Il a déposé les documents suivants: - un rapport du 19 août 2009 du Dr P. \_\_\_\_\_, posant notamment les diagnostics de gonalgies gauches anciennes sur gonarthrose, de troubles somatoformes douloureux chroniques et d'état dépressif, puis signalant qu'un examen clinique n'avait pas décelé de pathologie et qu'une IRM du genou gauche, le plus douloureux, s'était révélée normale. Ce médecin s'est également prononcé au sujet des limitations fonctionnelles de l'assurée et s'est référé à une radiologie de la colonne cervicale et à une IRM du genou gauche. - un avis médical du 2 septembre 2009 du Dr K. \_\_\_\_\_, expliquant au sujet du rapport ci-dessus du Dr P. \_\_\_\_\_ qu'il n'y avait aucune raison ostéo-articulaire à une incapacité de travail et que les médecins de l'unité de psychiatrie, dans leur rapport du 9 juillet 2009, excluaient toute aggravation depuis l'expertise psychiatrique de mars 2007, leur avis quant à la capacité de travail devant être écarté au profit de celui de l'expert, conforme à la jurisprudence. Par courrier du 2 octobre 2009, la recourante a déclaré maintenir son recours et a soutenu que l'OAI n'avait pas suffisamment tenu compte de l'avis des médecins de l'unité de psychiatrie. Le juge instructeur a requis un avis médical complémentaire aux médecins de l'unité de psychiatrie. Dans un rapport du 18 décembre 2009, les Drs N. \_\_\_\_\_, médecin adjoint, et F. \_\_\_\_\_, médecin assistante, ont signalé l'apparition progressive, depuis 2007, de symptômes de la lignée psychotique, qui sont devenus manifestes depuis la dernière hospitalisation en octobre 2009; ils ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent

épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. Depuis environ deux ans, ils ont constaté un ensemble de symptômes schizophréniques – sous forme d'hallucinations visuelles, acoustico-verbales et auditives, de troubles perceptifs au niveau du corps puis d'idées de référence, de concernement et de persécution – démontrant la péjoration de l'état de santé de l'assurée, l'incapacité de travail étant de 100%. Le 28 janvier 2010, l'OAI a déclaré se rallier à l'avis médical SMR du 25 janvier 2010 des Drs K.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, relevant en particulier que la date de l'aggravation signalée par les Drs N.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ n'était pas précisée dans le temps, de sorte qu'il n'était pas possible de statuer sur l'incapacité de travail de l'assurée. D. Sur proposition du juge instructeur, un mandat d'expertise a été confié au Dr S.\_\_\_\_\_, psychiatre FMH à Sion. Dans son expertise du 31 août 2010, ce spécialiste a posé le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel sévère, avec caractéristique psychotique). Il a évalué l'incapacité de travail à 100% jusqu'au 31 août 2005, puis à 20% depuis septembre 2005, puis de 100% depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009. Il a retenu ce qui suit dans son appréciation du cas: "Au terme de cette évaluation, le soussigné ne retient que le seul trouble dépressif majeur récurrent. Il considère qu'il n'y a pas les critères diagnostiques d'autres troubles psychiatriques et d'un trouble somatoforme en particulier. Il considère que le trouble état de stress post-traumatique est aujourd'hui en rémission. Trouble dépressif [...] Dans le cas présent, l'assurée rapporte de façon crédible et authentique une tristesse importante, une fatigue anormale et la perte d'intérêt et du plaisir, la plupart du temps, tous les jours et maintenant depuis de nombreux mois. Par ailleurs, l'expertisée relate spontanément la perte de la confiance en soi. Elle dit avoir d'importantes difficultés à se concentrer, mentionnant des oublis et des erreurs dans ses activités de la vie quotidienne. Elle rapporte des troubles du sommeil. Si l'expertisée dit que les idées de mort n'ont plus de caractère récurrent, elle rapporte néanmoins avoir perdu goût à la vie. Elle présente aussi une culpabilité pathologique, sachant qu'elle tend à se rendre responsable des troubles psychiques de son époux voire de sa propre maladie. L'assurée dit que son appétit est diminué mais que le poids tend plutôt à augmenter. Elle est objectivement ralentie. Sachant que ces plaintes ne sont pas en discordance avec ce qui a été observé lors de deux consultations, le soussigné considère qu'il est justifié de retenir l'épisode dépressif. Celui-ci doit être qualifié de sévère, conformément aux réquisits de la CIM-10. Ce degré de gravité est par ailleurs corroboré par le résultat de l'échelle d'évaluation de la dépression du 26.08.2010. L'assurée continue à présenter des caractéristiques psychotiques associées à cet épisode dépressif, même si elles se sont considérablement atténuées. Elle rapporte tout de même des perceptions anormales (voix qui l'appellent, sensations d'une présence autour d'elle). Elle reste méfiante par rapport à ce qui concerne sa prise en charge médicale et psychosociale. Elle est visiblement préoccupée par l'idée qu'elle n'aurait pas ce à quoi elle aurait équitablement droit. Cette préoccupation paraît tout de même excessive. Les symptômes psychotiques de l'assurée sont relativement isolés. Ils ne s'inscrivent pas dans d'autres éléments cliniques du même registre et ne doivent donc pas faire l'objet d'un diagnostic séparé. Ils entrent dans ce qu'on nomme les caractéristiques ou les symptômes psychotiques associés à l'épisode dépressif. Ils valent pour un marqueur de gravité du trouble dépressif, ce qui les fait nommer tels quels dans le libellé diagnostique des ouvrages de référence. L'histoire de l'assurée parle pour une récurrence. Un premier épisode dépressif est vraisemblable après les événements subis en Bosnie. Il y avait un état de stress post-traumatique. Il y a des arguments pour retenir un épisode dépressif comorbide. Après avoir évolué vers la rémission, l'expertisée a rechuté à l'occasion de sa tumeur pulmonaire.

Il est dès lors justifié de noter la récurrence. Au terme de cette réflexion diagnostique, le soussigné retient un trouble dépressif majeur (état actuel sévère, avec caractéristiques psychotiques) selon la terminologie et les critères du DSM-IV-TR. Autres pathologies psychiatriques Il est très vraisemblable que l'expertisée ait présenté un trouble état de stress post-traumatique après les événements dramatiques qu'elle a vécus en Bosnie. Elle en décrit la symptomatologie classique. Les symptômes qu'elle rapporte sont tout à fait crédibles et correspondent à ce à quoi on s'attend dans une telle situation. Dans le contexte de la découverte et du traitement de sa tumeur carcinoïde, l'expertisée semble avoir réactivé le trouble, ce qui n'a rien d'inhabituel en clinique. Ce trouble est retenu par les collègues de l'hôpital psychiatrique de Bellevue au printemps 2001. Il est confirmé par l'expertise G. \_\_\_\_\_ du 15.06.2002. L'évolution de cet état de stress post-traumatique a pourtant été favorable. Le rapport médical de l'unité psychiatrique ambulatoire d'Yverdon du 07.08.2006 ne parle plus que de simples séquelles de stress post-traumatique. L'expertise G. \_\_\_\_\_ du 29.03.2007 ne retient plus le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Le trouble n'est pas davantage retenu dans les rapports médicaux de l'unité de psychiatrie ambulatoire d'Yverdon du 09.07.2009 et du 18.12.2009. Le soussigné ne le retrouve pas non plus, au terme de sa propre évaluation. Le diagnostic de trouble état de stress post-traumatique doit aujourd'hui être écarté, même s'il reste quelques symptômes résiduels, comme c'est le plus souvent la règle. Le dossier retient à plusieurs reprises un diagnostic du registre des troubles somatoformes. Il s'agit du trouble somatisation et encore du syndrome douloureux somatoforme persistant. Le soussigné ne retient pas une entité diagnostique du chapitre des troubles somatoformes. En l'état, les plaintes de l'assurée sont essentiellement du registre psychique. Il n'y a guère de doute là-dessus. Elle ne rapporte spontanément aucun symptôme somatoforme. Le soussigné est formel sur ce point. Les plaintes somatiques ne sont pas nécessairement sans fondement organique. Les douleurs pariétales après thoracotomie ne sont pas rares et peuvent avoir des fondements biomédicaux. L'assurée a aussi présenté des épisodes de fibrillation auriculaire qui expliquent certains malaises, même si elle tend à amplifier des perceptions corporelles anodines par crainte de récurrence. L'évolution actuelle fait encore noter une pathologie pulmonaire potentiellement sévère pour laquelle on ne connaît pas encore les causes. La présentation générale de Mme C. \_\_\_\_\_ est par ailleurs celle d'une personne gravement déprimée et pas celle qu'offrent les douloureux chroniques ou les personnes souffrant de troubles somatoformes. [...] En l'état actuel de la présentation clinique de l'assurée, le soussigné ne retient pas d'autre trouble psychiatrique que le trouble dépressif. On ne retrouve pas l'anxiété généralisée mentionnée dans le premier rapport d'expertise G. \_\_\_\_\_. Ce trouble n'apparaît d'ailleurs plus dans les libellés diagnostiques ultérieurs. Le soussigné réfute également un trouble de personnalité sachant que l'expertisée n'a pas manifestement été dysfonctionnelle jusqu'à la fin des années 90. Ce diagnostic n'apparaît d'ailleurs plus au dossier et n'apparaît pas davantage dans la deuxième expertise psychiatrique G. \_\_\_\_\_. Sachant que le terme apparaît dans un dernier rapport médical, le soussigné réfute enfin un trouble psychotique et une schizophrénie en particulier. L'expertisée rapporte des hallucinations voire une atmosphère quelque peu paranoïde. Ces éléments psychotiques s'inscrivent dans le trouble dépressif. Ils n'ont pas la sévérité et ne sont pas accompagnés d'autres signes et symptômes requis pour retenir une psychose stricto sensu et une schizophrénie en particulier. Appréciation asséurologique [...] Si on se réfère au rapport médical de l'unité de psychiatrie ambulatoire d'Yverdon du 07.08.2006, on peut lire que le suivi a pris fin en août 2005 après une stabilisation plus ou moins satisfaisante de

l'état psychique de l'assurée. Pour ce motif, le soussigné propose de retenir une incapacité de travail de 100% jusqu'au 31.08.2005, sans avoir les moyens d'être plus précis et de fractionner avec précision la diminution des limitations de l'assurée qui s'est imposée jusque-là. Depuis le 01.09.2005, le soussigné est d'avis qu'il restait des troubles psychiques résiduels avec de l'anxiété et des troubles du sommeil. Il n'y avait pourtant plus de pathologie psychiatrique grave et incapacitante en soi. On ne retrouve rien au dossier qui documenterait une telle pathologie. Il était dès lors raisonnablement exigible que Mme C.\_\_\_\_\_ reprenne son activité habituelle à hauteur de 80% et pas moins. L'incapacité de travail ne devait pas dépasser le 20% d'autant plus qu'une reprise d'activité professionnelle aurait pu avoir un effet bénéfique par les éléments de socialisation et de valorisation de l'estime de soi. Cette appréciation diverge légèrement de celle de l'expertise G.\_\_\_\_\_ de 2007, sachant que le soussigné écarte le syndrome douloureux somatoforme persistant. On doit admettre que l'assurée a de nouveau présenté des troubles psychiatriques graves en 2009. Si on se réfère à la lettre de sortie du Centre de psychiatrie du Nord vaudois où l'assurée a séjourné du 02.10.2009 au 16.10.2009, ces troubles se sont imposés depuis l'hospitalisation de l'époux en milieu psychiatrique, une année auparavant. Ils seraient devenus manifestes et graves en septembre 2009, sachant que le médecin traitant songeait à une hospitalisation. Le soussigné propose dès lors de retenir un 100% d'incapacité de travail depuis le milieu 2009, soit depuis le 01.07.2009, puisqu'il n'a pas les moyens d'être plus précis et de fractionner avec précision l'augmentation des limitations de l'assurée durant l'année 2009. Cette incapacité de travail psychiatrique est probablement restée constante depuis lors, même si les troubles psychiques de l'assurée ont quelque peu régressé. Actuellement, elle souffre tout de même d'un épisode dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques. Ce qui s'est passé sur le plan somatique en été 2010 est un très fort facteur de chronicité chez une assurée très préoccupée depuis des années par le risque d'une récurrence de son cancer pulmonaire. Au vu de cette comorbidité somatique, il n'est pas exclu qu'on évolue vers la chronicité. En l'état, le traitement pourrait augmenter en quantité, dans la mesure où les institutions psychiatriques en auraient les ressources. La médication psychotrope de l'assurée pourrait faire l'objet d'une réflexion et être modifiée, s'il y avait lieu. Des contrôles du taux sériques des médicaments prescrits pourraient être utiles, non seulement pour vérifier l'observance mais encore pour évaluer les effets contraires d'éventuelles interactions médicamenteuses. Une structure intermédiaire de type atelier protégé ou hôpital de jour pourrait avoir son sens. Toutes ces décisions doivent évidemment être laissées à la compétence des médecins psychiatres qui prennent en soins cette situation difficile. Sur le plan professionnel, le soussigné ne voit pas ce qui pourrait être proposé actuellement chez une personne qui n'envisage pas du tout un retour dans le monde ordinaire du travail. Le problème est avant tout médical. Si l'état de santé de l'assurée s'améliorait, une aide au placement pourrait être une mesure adéquate. Le pronostic est difficile à formuler sachant que cette situation garde une certaine plasticité. Des évaluations régulières de six mois en six mois, sur la base, par exemple, des seuls rapports médicaux du médecin traitant et des médecins psychiatres traitants pourraient être utiles pour une première période". Le Dr S.\_\_\_\_\_ a en outre remis au juge instructeur les documents médicaux suivants: - un rapport du 13 novembre 2009 du centre de psychiatrie du Nord vaudois, faisant état d'un séjour de l'assurée en octobre 2009, d'un entretien le 9 octobre 2009 en présence de l'assuré et de son mari, puis posant le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère avec symptômes psychotiques. - un rapport du 19 février 2010 du Dr R.\_\_\_\_\_, faisant état d'un séjour à l'hôpital d'Yverdon-les-Bains,

posant le diagnostic principal de pneumonie basale droite à germe inconnu et faisant état du traitement médicamenteux. - un rapport du 14 juillet 2010 du Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie à Yverdon-les-Bains, retenant les diagnostics de nodules pulmonaires multiples, certains excavés, de petites bronchiectasies et probable bronchiolite infectieuse, de BCPO, de stade I selon GOLD, sur un tabagisme probablement toujours actif et de douleurs basithoraciques droites chroniques, probablement post-thoracotomie. En date du 21 octobre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, faisant valoir que l'état de santé de l'assurée avait évolué favorablement entre 2005 et 2008, jusqu'à une incapacité de travail totale depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009, soit postérieurement à la décision attaquée, celle-ci étant donc correcte. Il s'est référé à un avis médical SMR du 24 septembre 2010 du Dr K. \_\_\_\_\_, relevant en substance que les conclusions de l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ pouvaient être retenues. Par courrier du 9 novembre 2010, la recourante a contesté la lecture faite par l'OAI des rapports médicaux et de l'expertise récemment produits et s'est prévalu de ses problèmes de santé, faisant notamment valoir que la période stationnaire durant laquelle l'OAI voulait lui supprimer la rente avait été considérée comme invalidante à 100% pour les médecins consultés. Le 6 décembre 2010, l'OAI a relevé que les arguments de la recourante ne permettaient pas de modifier sa position et, se référant aux conclusions de l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_, a renvoyé à ses précédents écrits. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales, est applicable dans le cas présent (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b; TF 9C\_327/2008 du 24 février 2009 consid. 2.2; TF 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 3.2). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; TF 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 3.2). Des faits qui se sont produits postérieurement à la décision attaquée doivent cependant être pris en considération, dans la mesure où ils présentent un lien étroit avec l'objet du litige et sont susceptibles d'influencer l'appréciation du cas au moment de la décision litigieuse (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; TF 9C\_588/2007 du 12 juin 2008 consid. 4.1). b) Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une

décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. La jurisprudence a considéré qu'il en allait de même des rapports juridiques sur lesquels l'autorité administrative ne s'était, à tort (c'est-à-dire en violation de la maxime inquisitoire ou du principe de l'application du droit d'office), pas prononcée alors qu'elle aurait dû le faire (TFA I 347/00 du 20 août 2002). En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 125 V 413 consid. 1a; TF 9C\_694/2009 du 31 décembre 2010 consid. 3.1). Selon la jurisprudence, la procédure juridictionnelle du droit des assurances sociales peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 122 V 34 consid. 2a et les références citées). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible vont nettement plus loin que le lien matériel étroit exigé pour l'extension de la procédure au-delà de l'objet du litige. Celles-ci doivent être réalisées cumulativement; la question qui excède l'objet de la contestation particulièrement doit être en état d'être jugée (TF 9C\_694/2009 du 31 décembre 2010 consid. 3.1 et la référence citée).

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1<sup>er</sup> in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans

indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Cela étant, selon la Haute Cour, 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; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C\_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et consid. 6). d) 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).

4. Par décision attaquée du 17 juin 2009, l'intimé a supprimé le droit à la rente de l'assurée, au motif que son état de santé s'était amélioré. Cette suppression de rente est précisément contestée par la recourante.

a) Par décision du 7 avril 2003, le droit à une rente entière a été reconnu à l'assurée à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2000, compte tenu d'un degré d'invalidité de 100%. Cette décision était fondée sur les rapports médicaux suivants. Dans ses lignes du 24 novembre 2000, le Dr X. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de douleurs thoraciques post-thoracotomie, de status post lobectomie inférieure droite le 5 octobre 1999 pour tumeur carcinoïde pulmonaire, de status post-hydropneumothorax sur fistule broncho-pleurale avec drainage en février 2000, spontanément résolutive; il a fixé l'incapacité de travail à 100% depuis le 9 février 2000, relevant qu'il n'y avait probablement pas d'activité adaptée. Le 13 février 2002, ce médecin a signalé le développement d'un syndrome de stress post-traumatique, de gonalgies gauches et de douleurs. Il a par ailleurs déposé des rapports de spécialistes mettant en particulier en évidence les diagnostics d'hémicorporalgies droites d'origine psychosomatique, de gonalgies gauches sur vraisemblable syndrome rotulien, d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et d'état de stress post-traumatique. Dans son expertise du 15 juin 2002, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, d'anxiété généralisée, d'état de stress post-traumatique, de somatisations et d'autre trouble spécifique de la personnalité (psychotique); l'incapacité de travail a été fixée à 100% depuis octobre 1999. Dans son appréciation du cas, elle a relevé que l'assurée, ayant vécu des traumatismes liés à la guerre en Bosnie en 1992, avait développé en 1999, suite à une opération pour une tumeur carcinoïde pulmonaire, des douleurs persistantes associées à la réactivation d'un état de stress post-traumatique, avec des angoisses de mort, entraînant un trouble anxio-dépressif majeur. Malgré un traitement psychiatrique et ambulatoire, elle a signalé la persistance d'angoisses de morcellement et de mort associées à un trouble dépressif récurrent sévère, relevant que depuis 1999 la situation s'était chronicisée, la reprise même partielle d'une activité pouvant conduire à une nouvelle décompensation avec élément de type psychotique, voire acte auto-agressif. Les conclusions de l'expert ont été reprises par le SMR dans un rapport du 2 octobre 2002. Il faut donc examiner s'il y a eu, depuis la décision du 7 avril 2003, un changement des circonstances susceptible de modifier le droit à la rente, soit en l'occurrence une amélioration de l'état de santé justifiant, selon l'intimé, de supprimer cette rente.

b) Dans le cadre de la procédure de révision d'office du droit à la rente, les pièces médicales suivantes ont notamment été produites. Le 2 mai 2006, le Dr

X.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de gonalgies bilatérales, de tumeur carcinoïde du lobe pulmonaire inférieur, de status après lobectomie inférieure droite, de douleurs thoraciques persistantes post-thoracotomie droite, d'évolution progressive vers un état douloureux chronique, de toux chronique sur probable mauvais drainage du moignon bronchique avec infection broncho-pulmonaire itérative et d'épisode dépressif actuellement moyen à sévère. Ce praticien a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 9 février 2000, l'état de santé étant stationnaire. En date du 7 août 2006, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen sans syndrome somatique et de séquelles de stress post-traumatique; l'incapacité de travail a été fixée à 100%. Elle a signalé un ralentissement psychomoteur moyen, une appréhension de l'avenir, un état apathique et triste avec une perte d'espoir, relevant des moments d'agressivité. Faisant état d'un traitement médicamenteux, elle a retenu une capacité de travail nulle dans toute activité, relevant comme limitations fonctionnelles, sur le plan psychiatrique, une baisse de la concentration, une fatigabilité importante en raison des troubles du sommeil et des angoisses quasi constantes. En raison de la gravité du trouble dépressif et des séquelles de stress post-traumatique, malgré la médication considérée comme suffisante et efficace, cette spécialiste n'a pas constaté d'amélioration significative. Dans son expertise du 29 mars 2007, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, présent depuis début 2000, et celui sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant, présent depuis 2005. Elle a retenu une capacité de travail de 65 à 70% sans diminution de rendement, le degré d'incapacité de travail de 100% ayant duré de octobre 1999 à 2005 environ, puis ayant progressivement diminué pour être tout au plus de 30 à 35% depuis début 2006. Dans son appréciation du cas, cette spécialiste a retenu que la symptomatologie psychiatrique s'était modifiée par rapport à juin 2002, dès lors qu'on ne pouvait retenir les diagnostics d'anxiété généralisée, ni d'état de stress post-traumatique, faute de symptômes caractéristiques, et que persistait un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel moyen et non plus sévère comme en 2002. Au sujet du traitement médicamenteux, elle a en particulier relevé que l'assurée devait prendre régulièrement son traitement antidépresseur, ce dernier agissant favorablement sur la thymie. Elle a évoqué les contacts sociaux de l'assurée, relevant qu'elle était plus tonique qu'en 2002, ayant pu retrouver certaines ressources, ajoutant que la personnalité de structure psychotique était compensée. En outre, elle a constaté des discordances entre l'intensité des plaintes alléguées et les constatations objectives. Elle a retenu que seul le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, interférait en partie sur la capacité de travail, estimant cette dernière de 65 à 70% dans une activité simple, le pronostic quant à la reprise d'un emploi paraissant cependant compromis. Dans un avis médical SMR du 26 juillet 2007, le Dr T.\_\_\_\_\_ a repris les conclusions de l'expertise précitée. Dans un rapport du 5 janvier 2009, le Dr R.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de fibrillation auriculaire paroxystique, de canal artériel persistant, de BPCO post-tabagique, d'état anxio-dépressif important, de status après lobectomie. Il a estimé que l'assurée ne pouvait probablement pas reprendre d'activité professionnelle, puis n'a pas retenu de limitation physique sur le plan cardiologique. Le 6 février 2009, le Dr K.\_\_\_\_\_ du SMR a notamment relevé que les plaintes alléguées par l'assurée ne résultaient pas du problème cardiaque et qu'elles étaient beaucoup mieux expliquées par le syndrome douloureux somatoforme, puis que le problème cardiaque justifiait d'éviter les activités physiquement lourdes, sans autre limitations fonctionnelles pour cette affection ni diminution de

rendement dans une activité adaptée. Le 28 avril 2009, le Dr X. \_\_\_\_\_ a indiqué, en particulier, que sa patiente avait présenté des problèmes cardiaques (trois épisodes de FA de 2002 à 2008), que subsistaient des surinfections fréquentes nécessitant une antibiothérapie sur le plan thoraco-pulmonaire, que l'assurée avait présenté un abcès tubo-ovarien droit ayant nécessité plusieurs interventions, puis une gonarthrose fémoro-patellaire externe gauche, l'ensemble de ces pathologies étant responsable d'un handicap à 100% sur le plan de l'emploi. Le 10 juin 2009, ce praticien a encore signalé des gonalgies et des douleurs à l'épaule gauche, fait état d'un suivi psychiatrique et signalé que deux récurrences de fibrillation auriculaires étaient postérieures à l'expertise de la Dresse G. \_\_\_\_\_ ; il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail complète depuis le 9 février 2000 et a renvoyé à l'avis des médecins spécialistes. Dans un rapport du 18 juin 2009, le Dr R. \_\_\_\_\_ a relevé que, en l'absence de fibrillation auriculaire, l'atteinte cardiaque n'entraînait en principe pas de limitation fonctionnelle importante, mais que la BCPO sur tabagisme chronique ainsi que la lobectomie inférieure droite pouvaient entraîner une limitation fonctionnelle à l'effort physique. D'un point de vue strictement cardiologique, il a évalué que l'incapacité de travail dans l'activité antérieure était probablement peu importante en l'absence d'arythmie supraventriculaire, une activité peu exigeante d'un point de vue physique pouvant être adaptée à ce titre. Il a également critiqué l'appréciation de la capacité de travail faite par la Dresse G. \_\_\_\_\_, doutant de l'amélioration claire de l'état anxio-dépressif entre 2002 et 2007. Dans un rapport du 23 juin 2009, le Dr P. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de cervico-scapulalgies à prédominance droite sur discarthrose C5-C6, a fait état d'un examen ostéo-articulaire, constaté suite à des radiographies cervicales un net rétrécissement des trous de conjugaison, surtout le droit, et a fait part des difficultés quant à un traitement efficace permettant de soulager les douleurs. Dans un avis médical SMR du 10 juillet 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé que les problèmes cardiaques ne justifiaient pas d'incapacité de travail et que la situation était stable concernant la problématique pulmonaire. Dans leur rapport du 20 juillet 2009, les Drs H. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ ont constaté une évolution stationnaire de la symptomatologie dépressive depuis 2005 et posé les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et de trouble somatoforme; ils ont retenu une incapacité de travail de 100% et, comme limitations fonctionnelles, des troubles de la concentration liés à la symptomatologie dépressive et une intolérance à la frustration. Le 19 août 2009, le Dr P. \_\_\_\_\_ a posé notamment les diagnostics de gonalgies gauches anciennes sur gonarthrose, de troubles somatoformes douloureux chroniques et d'état dépressif, puis signalé qu'un examen clinique n'avait pas décelé de pathologie et qu'une IRM du genou gauche, le plus douloureux, s'était révélée normale. Au sujet de ce rapport, dans un avis médical SMR du 2 septembre 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait aucune raison ostéo-articulaire à une incapacité de travail, que les médecins de l'unité de psychiatrie avaient exclu toute aggravation depuis l'expertise psychiatrique de mars 2007 et que leur avis quant à la capacité de travail devait être écarté au profit de celui de l'expert, conforme à la jurisprudence. Le 13 novembre 2009, le centre de psychiatrie du Nord vaudois a fait état d'un séjour de l'assurée en octobre 2009, d'un entretien le 9 octobre 2009 en présence de l'assuré et de son mari, puis a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère avec symptômes psychotiques. Dans un rapport du 18 décembre 2009, les Drs N. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ont signalé l'apparition progressive, depuis 2007, de symptômes de la lignée psychotique, devenus manifestes depuis la dernière hospitalisation en octobre 2009; ils ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. Depuis environ

deux ans, ils ont constaté un ensemble de symptômes schizophréniques – sous forme d'hallucinations visuelles, acoustico-verbales et auditives, de troubles perceptifs au niveau du corps puis d'idées de référence, de concernement et de persécution – démontrant la péjoration de l'état de santé de l'assurée, l'incapacité de travail étant de 100%. Dans un avis médical SMR du 25 janvier 2010, les Drs K.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ ont notamment relevé que la date de l'aggravation signalée par les médecins précités de l'unité de psychiatrie n'était pas précisée dans le temps, de sorte qu'il n'était pas possible de statuer sur l'incapacité de travail de l'assurée. Dans un rapport du 19 février 2010, le Dr R.\_\_\_\_\_ a fait état d'un séjour à l'hôpital d'Yverdon-les-Bains, puis posé le diagnostic principal de pneumonie basale droite à germe inconnu et fait état du traitement médicamenteux. Le 14 juillet 2010, le Dr V.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de nodules pulmonaires multiples, certains excavés, de petites bronchiectasies et probable bronchiolite infectieuse, de BCPO, de stade I selon GOLD, sur un tabagisme probablement toujours actif et de douleurs basithoraciques droites chroniques, probablement post-thoracotomie. Dans son expertise du 31 août 2010, le Dr S.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel sévère, avec caractéristique psychotique). Il a évalué l'incapacité de travail à 100% jusqu'au 31 août 2005, puis à 20% depuis septembre 2005, puis de 100% depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009. Dans son appréciation du cas, il a constaté une tristesse importante, une fatigue anormale, la perte d'intérêt et du plaisir, une perte de la confiance en soi, des difficultés à se concentrer, des troubles du sommeil, une perte du goût de la vie et une culpabilité pathologique, justifiant de retenir un épisode dépressif, qualifié de sévère, corroboré par le résultat de l'échelle d'évaluation de la dépression; il a également signalé des symptômes psychotiques, sous forme de perceptions anormales, et relevé que la récurrence pouvait être retenue. Il a écarté notamment les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Se référant aux constatations de l'unité de psychiatrie, il a relevé qu'un suivi psychiatrique avait pris fin en août 2005 après une stabilisation, de sorte que l'incapacité de travail avait été de 100% jusqu'au 31 août 2005, puis de 20% par la suite, en l'absence de pathologie psychiatrique grave et incapacitante en soi. Selon les indications de ladite unité, il a retenu que l'assurée avait de nouveau présenté des troubles psychiatriques graves en septembre 2009 et proposé de retenir un 100% d'incapacité de travail depuis le milieu 2009, soit depuis le 01.07.2009, précisant ne pas pouvoir être plus précis. Il a ajouté que cette incapacité de travail était probablement restée constante, signalant un facteur de chronicité en été 2010, relevant que le traitement médicamenteux pouvait être augmenté. Dans un avis médical SMR du 24 septembre 2010, le Dr K.\_\_\_\_\_ a relevé en substance que les conclusions de cette expertise pouvaient être retenues. c) Sur le plan somatique, des problèmes cardiologiques ont été signalés, notamment par le Dr R.\_\_\_\_\_, cardiologue. Dans ses rapports des 5 janvier et 18 juin 2009, ce médecin n'a pas retenu de limitation physique sur le plan cardiologique et relevé qu'une activité physique peu exigeante était exigible à ce titre. Dans ses avis médicaux SMR des 6 février et 10 juillet 2009, le Dr K.\_\_\_\_\_ a relevé que les problèmes cardiaques n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles dans des activités physiquement légères, respectivement qu'ils ne justifiaient pas d'incapacité de travail. S'agissant des problèmes pulmonaires, signalés d'abord par les Dr R.\_\_\_\_\_ (rapport du 18 juin 2009) et X.\_\_\_\_\_ (rapport du 28 avril 2009), puis analysés par le Dr V.\_\_\_\_\_, pneumologue (rapport du 14 juillet 2010), le médecin du SMR a relevé que la situation était stable sur le plan pulmonaire (rapport du 10 juillet 2009), de sorte qu'on peut retenir que cette affection n'entraîne pas d'incapacité de travail, ce que rien au dossier ne permet de

contredire. Les diagnostics de cervico-scapulalgies à prédominance droite sur discarthrose C5-C6, de gonalgies gauches anciennes sur gonarthrose et de troubles somatoformes douloureux chroniques, posés par le Dr P. \_\_\_\_\_ (rapports des 23 juin et 19 août 2009 notamment) ne reposent sur aucune lésion organique, dès lors que ce médecin n'a pas décelé de pathologie lors de son examen clinique et a constaté qu'une IRM du genou gauche, le plus douloureux, s'était révélée normale. Les constatations de ce médecin, faisant état de douleurs uniquement subjectives, doivent donc faire l'objet d'une appréciation spécifique, sous l'angle d'un éventuel trouble somatoforme douloureux, dont l'existence sera abordée ci-dessous, comme affection psychiatrique. En tant que médecin traitant, l'avis du Dr P. \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de l'assurée doit en outre être apprécié avec les réserves d'usage. On suivra donc le médecin du SMR, le Dr K. \_\_\_\_\_, lorsqu'il affirme qu'il n'y a aucune raison ostéo-articulaire à une incapacité de travail (avis médical du 2 septembre 2009). Quant aux autres atteintes somatiques mentionnées par le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée de longue date, en tant qu'ils n'ont pas été traités dans les considérants qui précèdent, elles ne sauraient entraîner une incapacité de travail. On retiendra donc que la recourante ne présente pas, par rapport aux circonstances prévalant lors de l'octroi de la rente entière à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2000, d'aggravation de son état de santé sur le plan purement physique. d) Sur le plan psychique, dans le cadre de la procédure de révision, l'assurée a fait l'objet de deux expertises, la première par la Dresse G. \_\_\_\_\_, requise par le SMR, et la seconde par le Dr S. \_\_\_\_\_, réclamée par le juge instructeur, compte tenu notamment des constatations nouvelles des médecins de l'unité de psychiatrie. Dans son expertise du 29 mars 2007, sur la base notamment de son examen, de l'échelle d'évaluation de la dépression et des autres pièces au dossier, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel sévère, avec caractéristique psychotique). Cet expert a également signalé des symptômes psychotiques, sous forme de perceptions anormales (se référant à des hallucinations), et relevé que la récurrence pouvait être retenue; il a écarté notamment les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Le diagnostic posé par cet expert est corroboré par celui – de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique – retenu par la Dresse G. \_\_\_\_\_ (expertise du 29 mars 2007) ainsi que par les constatations des médecins de l'unité de psychiatrie, en particulier dans leur rapport du 18 décembre 2009. On peut se demander si l'assurée présente le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, retenu par la Dresse G. \_\_\_\_\_ mais infirmé par le Dr S. \_\_\_\_\_. Cette question peut cependant demeurer indécise, étant donné que cette praticienne a retenu que ce diagnostic n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail, ce qui semble conforme à l'avis de son confrère et aux critères posés par la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4 et les références citées). En tant qu'il se fonde sur une anamnèse complète (familiale, personnelle et actuelle notamment), sur des examens approfondis sur le plan psychique, sur les plaintes somatiques et psychiques de l'assurée puis sur une appréciation médicale claire, compte tenu des systèmes de classification de la CIM-10 et du DSM-IV-TR, et des conclusions dûment motivées et étayées, on relèvera que l'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ satisfait aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant des périodes d'incapacité de travail, le Dr S. \_\_\_\_\_ s'est largement référé aux constatations des médecins de l'unité de psychiatrie. Il a relevé qu'un suivi psychiatrique avait pris fin en août 2005 après une stabilisation, de sorte que l'incapacité de travail avait été, selon lui, de 100% jusqu'au 31 août 2005, puis de 20% par la suite, en l'absence de pathologie psychiatrique grave et incapacitante en soi. Il a ensuite

retenu que l'assurée avait de nouveau présenté des troubles psychiatriques graves en septembre 2009 et proposé de retenir un 100% d'incapacité de travail depuis le milieu 2009 de façon continue, soit depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009, ce dont l'OAI ne disconvient en définitive pas. e) Le dies a quo d'une incapacité totale de travail est ainsi fixé à une date postérieure à celle de la décision attaquée, rendue le 17 juin 2009, de sorte que la suppression de la rente qu'emporte dite décision paraît a priori fondée, la date de sa notification fixant en principe l'état de fait déterminant pour l'issue du litige. Néanmoins, par économie de procédure et dans la mesure où le droit d'être entendu de l'intimé a été respecté, en particulier s'agissant de se déterminer sur le rapport d'expertise judiciaire, la cour de céans s'estime fondée, au regard de la jurisprudence rappelée au considérant 2 in fine ci-dessus, à étendre son pouvoir d'examen à des faits déterminants intervenus peu après la décision attaquée, mais en étroite connexité avec l'objet du litige, la contestation au fond portant sur la reconnaissance du droit à une rente se trouvant en état d'être jugée. En effet, on observe que la décision attaquée n'emporte d'effet juridique concret, en termes de suppression des prestations, qu'à compter du 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant sa notification, soit dès le 1<sup>er</sup> août 2009, ceci conformément à l'art. 88bis al. 2 let a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201). Or, une invalidité totale est reconnue à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2009, soit après la date à laquelle la décision attaquée a été rendue, mais avant celle où elle est réputée pouvoir prendre effet. Ainsi, les conséquences juridiques de la décision attaquée trouvent-elles un écueil dans le constat d'une reprise d'invalidité, non contestée, laquelle a pour effet d'en neutraliser la portée juridique dès lors qu'à teneur de l'art. 29bis RAI, aucun délai d'attente ne saurait être imposé à l'assuré devenu totalement invalide dans les trois ans suivant la suppression de sa rente, comme c'est en l'occurrence le cas. Il s'ensuit que la suppression de la rente ne saurait emporter d'effet concret, ce qui justifie la poursuite de l'allocation d'une rente entière d'invalidité en faveur de l'assurée, telle que reconnue par la décision initiale du 7 avril 2003. Partant, le recours ne saurait être rejeté, mais admis, la décision entreprise étant réformée en ce sens que la recourante demeure au bénéfice d'une rente entière d'invalidité au-delà du 1<sup>er</sup> août 2009. 5. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquelles doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. b) N'étant pas représentée par un mandataire professionnel et ne faisant pas valoir de frais de procédure particuliers, la recourante n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 17 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante C.\_\_\_\_\_ demeure au bénéfice d'une rente entière d'invalidité au-delà du 1<sup>er</sup> août 2009. III. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire. 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 : ■ C.\_\_\_\_\_ ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui

suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.