

VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 878 vom 9. Juni 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-06-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2010__878

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 878 du 9 juin 2010

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 878 del 9 giugno 2010

Regeste

RECONSIDÉRATION, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX | 53 al. 2 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 09.06.2010 Arrêt / 2010 / 878

RECONSIDÉRATION, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX | 53 al. 2 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 126/09 - 274/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES
Arrêt du 9 juin 2010

_____ Présidence de M. Abrecht Juges : Mme Dormond
Béguelin et M. Zbinden, assesseurs Greffier : M. Simon ***** Cause pendante
entre : F. _____, à Château-d'Oex, recourante, représentée par Me Marc-Aurèle
Vollenweider, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
, à Vevey, intimé. _____ Art. 53 al. 2 LPGA E n f a i t : A. a) F. _____
(ci-après: l'assurée), née le 20 août 1967, est mariée et mère de deux enfants. D'origine
portugaise, elle est arrivée en Suisse en 1986. Sans formation professionnelle, elle a
travaillé comme aide de maison dans des hôtels et EMS de 1987 à 1998, a effectué une
période de chômage en 1996-1997 et a travaillé dans un commerce d'articles portugais de
1999 à 2000. Le 12 juillet 2001, elle a déposé une demande de prestations AI pour adultes
auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) tendant
à l'octroi d'une rente, se prévalant de douleurs lombaires. b) Dans un rapport médical du 22
août 2001 adressé à l'OAI, le Dr L. _____, spécialiste FMH en chirurgie à
Château-d'Oex et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics ayant des
répercussions sur la capacité de travail de hernie discale L4/L5 et L5/S1 avec discopathies
débutantes et de canal lombaire étroit, entraînant une incapacité totale de travail depuis le
12 mai 2000. Ce praticien a également retenu que l'assurée ne pouvait pas exercer une autre
activité et a déposé d'autres rapports médicaux confirmant les diagnostics retenus. c)
Ensuite d'un avis médical du Service médical régional AI (ci-après: le SMR) établi le 12
mars 2003 par la Dresse J. _____, qui se demandait s'il y avait des causes
extra-somatiques à la chronification des douleurs et estimait qu'une expertise était
nécessaire afin d'établir quelles étaient les pathologies réduisant la capacité de travail,
quelles étaient les limitations fonctionnelles et quelle était la capacité de travail de l'assurée
dans une activité adaptée aux limitations, l'OAI a mandaté le Dr H. _____, spécialiste
FMH en médecine interne et rhumatologie ainsi qu'en médecine psychosociale et
psychosomatique à Neuchâtel, pour une expertise médicale, qui a été réalisée le 18 août
2003. Dans son rapport intitulé "expertise pluridisciplinaire" du 21 août 2003, l'expert a
posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant chez une assurée
présentant une lombosciatalgie gauche L5-S1 non déficitaire, et d'état dépressif majeur
(selon la classification de la CIM-10). Il a estimé, au vu des constatations

médico-psychologiques recueillies pour son expertise, que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % en tant que sommelière ou fille de buffet, depuis le 12 mai 2000. Du rapport d'expertise, qui contient notamment un résumé anamnestique (p. 2-3), la description des plaintes subjectives de l'assurée (p. 4), une évaluation psychologique (p. 7-9), les constatations objectives (p. 9-12), une appréciation médicale (p. 13-14), des conclusions asséculogiques (p. 14) et les réponses aux questions de l'OAI (p. 15-16), il ressort ce qui suit: " Appréciation médicale Madame F._____ est donc une jeune assurée âgée de 36 ans seulement et qui présente des plaintes de la sphère ostéo-articulaire remontant à l'an 2000. Son médecin-traitant, ainsi que divers spécialistes ont mis en évidence chez elle une sciatalgie gauche irritative et sensitive dont l'origine a été rapportée à une hernie discale située aux deux derniers étages rachidiens lombaire[s]. Vu l'absence d'atteinte motrice ou de caractère hyperalgique, le parti a été pris chez elle d'opter pour un traitement conservateur seul. Ce dernier, bien conduit, n'a pas été suivi d'effets bénéfiques significatifs. Lors de la présente expertise, l'examineur est frappé par la discordance existant entre l'intensité des plaintes de l'assurée, le handicap allégué de Madame F._____ et la bénignité des trouvailles objectives au status rhumatologique, ce dernier s'accompagnant de nombreux signes de non-organicité selon Waddell (réf. 1). De plus, l'assurée présente également des signes cliniques en faveur d'un syndrome fibromyalgique caractérisé, dont on sait que le caractère invalidant dépend avant tout de la co-morbidité psychiatrique rencontrée chez ce type de patients. Une recherche de la littérature dans le domaine de la fibromyalgie, effectuée par l'expert en 2002 (réf. 2), permet d'affirmer que le taux de rémissions spontanées des malades souffrant de fibromyalgie atteint 24% après deux ans (réf. 3) et qu'une étude multicentrique effectuée aux Etats Unis annonçait pour cette affection un pourcentage de rentes allouées équivalant à 25,2%, alors qu'à l'expertise, 66% des patients déclaraient ne plus pouvoir travailler du tout ou de façon durable (réf. 4). On le voit ici, il existe une grande latitude d'appréciation laissée aux experts avant de déclarer impotent tel ou tel assuré. Là encore, les facteurs psychologiques apparaissent prédominants, la fibromyalgie en soi apparaissant comme une entité syndromique de type multifactoriel. La biographie de cette jeune femme fait état d'une existence précaire sur le plan matériel, vécue en milieu rural simple, mais dans un climat familial harmonieux malgré la pauvreté ambiante. La trajectoire de vie de Madame F._____ ne diffère ainsi pas de celle d'une travailleuse immigrée du même milieu socioculturel, dénuée de formation professionnelle. Chronologiquement parlant, son atteinte à la santé et l'aggravation de cette dernière (sciaticque, fibromyalgie puis état dépressif majeur) correspond à la date du décès subit de sa mère suivi par la démentification rapide de son père qui devra être placé dans un home pour personnes âgées. Là, la jeune femme présentera effectivement une décompensation psychique dont les caractéristiques sont transcrites en détails dans l'appréciation de la Polyclinique Psychiatrique du Grand-Chêne à Aigle. Ainsi, il s'agit d'apprécier aujourd'hui l'importance de la co-morbidité psychiatrique causé par l'état dépressif qui affecte toujours Madame F._____, afin de déterminer au plus juste sa capacité de travail, tel que le requiert le Tribunal Fédéral dans sa jurisprudence, rappelant qu'une telle co-morbidité constitue tout au plus l'un des critères à prendre en considération dans une évaluation globale de la situation médicale de l'assurée. L'expert, titulaire du certificat de médecine psychosomatique et psychosociale reconnu par la FMH est à même d'attester chez l'assurée, dans le cas présent, l'absence d'une structure de personnalité présentant des traits pré-morbides, ainsi que des éléments de vie délétères associés, Madame F._____ ayant toujours évolué au sein d'un environnement familial et

conjugal compétents malgré la précarité, lui ayant permis de vivre une intégration sociale satisfaisante. Par contre, l'expert reconnaît, dans le cas présent, le caractère chronique des affections précitées, sans rémission durable, bien que les mêmes maladies régressent souvent spontanément. Il constate également l'échec de traitements engagés qui ont été conformes aux règles de l'art. Il est encore à regretter, que dans le cas présent, Madame F. _____ ait opposé une fin de non recevoir à la prise en charge psychiatrique qui lui avait été proposée au début de l'année 2002, cette dernière ayant été probablement à même de lui apporter un soulagement symptomatique et une meilleure gestion de sa maladie.

Conclusions asséurologiques L'ensemble des facteurs mis en évidence ci-dessus nous laisse à penser que l'invalidation de Madame F. _____ ne s'avère aujourd'hui ni totale, ni définitive. Ainsi, la présence de facteurs de bon pronostic amène l'examineur à opter pour le choix, chez cette jeune femme, d'une invalidité partielle seulement, afin de ne pas sceller son avenir dans un handicap définitif à 36 ans seulement. Pour cette raison, l'expert propose à l'Office de l'Assurance Invalidité pour le Canton de Vaud de reconnaître aujourd'hui à cette jeune femme une incapacité de travail à 50% dans une activité déjà exercée antérieurement, par exemple en tant que sommelière ou fille de buffet. La reprise d'un emploi de ce type permettrait, associée à un soutien psychiatrique, la reprise d'une socialisation dans le but de lever les troubles thymiques qu'elle présente".

d) Dans un rapport d'examen SMR du 14 octobre 2003, la Dresse J. _____ a retenu, sur la base du rapport d'expertise du Dr H. _____, que l'assurée présentait un état dépressif majeur avec trouble somatoforme douloureux avec lombosciatalgie gauche L5-S1 non déficitaire (F45.4 selon la CIM-10) et qu'elle présentait depuis le 12 mai 2000 une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée telle que sommelière ou fille de buffet, déjà exercée précédemment.

B. a) Par décision du 18 juin 2004, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité depuis le 1 er mai 2001, avec la motivation suivante: " Résultat de nos constatations Afin d'évaluer au mieux votre capacité de travail, nous avons fait procéder à une expertise médicale qui a eu lieu en août 2003. Sur la base du rapport d'expertise, notre Service médical évalue à 0% votre capacité de travail dans une activité telle que femme de ménage, employée dans l'hôtellerie ou employée dans la manutention. Dans ce type d'activité, vous auriez pu réaliser un salaire annuel moyen à 100% de l'ordre de CHF 43'995.00. Toutefois, une capacité de travail de 50% peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée, telle qu'ouvrière d'usine, caissière-vendeuse, soudeuse ou encore ouvrière aux presses et contrôle. Dans ce genre d'activité, vous pourriez réaliser un revenu annuel moyen à 50% de CHF 20'367.00. Selon les renseignements dont nous disposons, vous présentez une incapacité de travail et de gain depuis le 12 mai 2000 (début du délai d'attente d'un an). A l'échéance de ce délai d'attente d'une année, soit le 12 mai 2001, votre capacité de travail est restreinte. Votre degré d'invalidité découle du calcul ci-dessous: Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible: sans invalidité CHF 43'995.00 avec invalidité CHF 20'367.00 La perte de gain s'élève à CHF 23'628.00 = un degré d'invalidité de 53.70% Notre décision est par conséquent la suivante: A partir du 01.05.2001, le droit à une demi-rente d'invalidité est reconnu".

b) L'assurée a fait opposition à cette décision le 13 juillet 2004, en exposant que son état de santé ne lui permettait pas de reprendre un emploi, quel qu'il fût. Elle a déposé un certificat du 9 juillet 2004 du Dr R. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Bulle et médecin traitant de l'assurée, attestant une incapacité de travail de 100 % depuis le 7 novembre 2003. Dans le cadre de l'instruction de l'opposition, l'OAI a demandé un rapport médical au Dr R. _____, qui suivait l'assurée depuis le 7 novembre 2003. Dans son

rapport du 18 mai 2005, ce praticien a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), existant depuis 2000, de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), existant depuis 2000, et de lombosciatalgie gauche L5-S1, existant depuis 1999. Il a retenu une incapacité de travail totale depuis le 7 novembre 2003 et a estimé, aux termes de ses constatations objectives, qu'en raison de l'ensemble de ses troubles physiques et psychiques, l'assurée avait perdu totalement sa capacité de travail dans le circuit économique libre. c) Ensuite de l'avis du juriste de l'OAI qui relevait qu'au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux, une expertise psychiatrique était nécessaire (cf. fiches d'examen des 3 juin et 7 juillet 2005), l'OAI a confié une expertise psychiatrique au Dr G. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Genève. Dans son rapport, déposé le 16 février 2006 et qui contient une anamnèse (p. 2-3), les plaintes et données subjectives de l'assurée (p. 3), le status clinique (p. 3), les diagnostics (p. 4), l'appréciation du cas et pronostic (p. 4) et les réponses aux questions de l'OAI (p. 4-6), l'expert expose notamment ce qui suit: "[...] Chez cette patiente on peut relever le double diagnostic de syndrome douloureux somatoforme (F45.4) et d'épisode dépressif moyen (F32.1). Ces diagnostics datent du mois de juillet 2000 et ont plongé la patiente dans une incapacité de travail d'au moins 20% à époque. [...] Mme F. _____ présente le tableau clinique de l'évolution défavorable d'un épisode dépressif moyen survenu durant l'année 2000. En effet à cette époque la patiente a déjà subi plusieurs pertes, puisque d'une part elle a perdu son emploi de manière brutale suite à une décision de sa part. Peu après, son projet d'ouvrir une épicerie spécialisée en produits portugais est un échec. Et enfin, quelques mois plus tard sa mère décède brutalement de manière inattendue. Ces pertes successives ont probablement contribué à plonger la patiente dans un état dépressif conséquent, combiné à un syndrome douloureux somatoforme qui s'est progressivement constitué. Par la suite la symptomatologie dépressive s'est «enkystée», notamment du fait de la difficulté de la patiente à accepter des soins psychiatriques, puisqu'elle n'a eu le premier contact avec un médecin psychiatre privé qu'au mois de novembre 2003, soit plus de 2 ans après l'émergence de la symptomatologie. C'est également à cette époque qu'un traitement antidépresseur a finalement été introduit. Actuellement nous sommes en face du même épisode dépressif qui a débuté en juillet 2000, et qui n'a pas connu d'interruption depuis lors. Le diagnostic de troubles dépressifs récurrents ne peut pas se poser dans cette situation, parce qu'il implique des périodes libres de toute symptomatologie, absente dans ce cas. Après plusieurs années d'évolution défavorable, le pronostic est réservé dans le cas de cette patiente. Néanmoins, l'intensité de la symptomatologie dépressive ne justifie pas une incapacité de travail à 100% d'autant plus que la patiente décrit un plaisir et un bénéfice à rester active à la maison, notamment dans les travaux de ménage et de cuisine qu'elle réalise quotidiennement. Par ailleurs, l'incapacité de travail à 100% pourrait aggraver un sentiment global d'inutilité qu'elle décrit par moment. [...] Au plan psychique et mental, la patiente présente un tableau clinique d'épisode dépressif moyen associé à un syndrome douloureux somatoforme qui limite son activité professionnelle de manière quantitative à 50% actuellement. A noter, le tableau clinique présenté ne nous semble pas suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail à 100%, d'autant plus que la patiente tire un certain plaisir des activités exercées à domicile. Au plan social : Par ailleurs, nous ne relevons pas de limitation en relation avec des difficultés sociales. [...] D'un point de vue psychiatrique, la patiente n'est pas en mesure de reprendre l'activité exercée jusqu'ici à 100%, en raison d'une anhédonie,

d'une aboulie partielle persistante, et du risque que les douleurs soient par ailleurs rapidement réactivées dans le cadre du syndrome douloureux somatoforme. [...] Au mois de mai 2000 la patiente souffrait d'un épisode dépressif moyen associé à un syndrome douloureux somatoforme. Sans traitement spécifique, cette pathologie s'est chronicisée, avec un tableau clinique qui évoque actuellement la symptomatologie enkystée d'un épisode dépressif ayant apparu en mai 2000 et n'ayant connu aucune rémission depuis. L'incapacité de travail de 50% s'est donc maintenue depuis l'apparition clinique actuellement constatée. [...] En résumé, Mme F. _____ souffre actuellement d'un épisode dépressif moyen qui a débuté en mai 2000, et qui sans traitement spécifique jusqu'en 2003 a évolué de manière défavorable et s'est chronicisé. A cela s'ajoute un syndrome douloureux somatoforme, associé à cet épisode dépressif, également persistant depuis plusieurs années. Le tableau symptomatique actuel correspond à une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée à la patiente, aussi bien d'un point de vue psychique que somatique. L'exercice de cette activité pourrait par ailleurs avoir un aspect bénéfique sur la symptomatologie de la patiente, notamment en ayant un effet valorisant, en structurant sur ses horaires, et également en favorisant une certaine socialisation. A cela devrait s'ajouter la poursuite de son traitement psychiatrique actuel, ayant débuté en 2003, associant une psychothérapie de soutien à un traitement antidépresseur tricyclique, et connu pour avoir un effet bénéfique dans les syndromes douloureux somatoformes". d) Le 6 juillet 2006, l'OAI a adressé à l'assurée un avis de possible reformatio in pejus (art. 12 al. 2 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.11]), dans lequel il a exposé la jurisprudence relative à la reconnaissance du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux et a indiqué ce qui suit: "Afin de pouvoir nous déterminer de manière précise sur votre droit à des prestations de notre assurance, deux expertises médicales ont été organisées. Ces dernières concluent toutes les deux à une incapacité de travail de 50%. Cependant, leurs conclusions ne peuvent être suivies dans la mesure où en examinant le trouble somatoforme présenté à la lumière de la jurisprudence précitée, force est de constater que ce dernier ne peut revêtir de caractère invalidant: En premier lieu, nous constatons que le Dr H. _____ souligne la bénignité des trouvailles objectives au status rhumatologique, ce dernier s'accompagnant de nombreux signes de non organicité. L'incapacité de travail est à mettre sur le compte du syndrome fibromyalgique. L'expert note également une discordance existant entre l'intensité des plaintes, le handicap allégué et la non-importance des atteintes objectivées. L'expertise du Dr G. _____, effectuée dans le cadre de l'instruction de votre opposition, parle quant à elle de trouble dépressif récurrent de degré moyen. L'expert ajoute par ailleurs qu'il n'y a pas eu d'évolution ou de modification du status depuis l'expertise réalisée par le Dr H. _____. Or, selon la jurisprudence, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352, consid. 3.3.1). Partant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique doit être niée dans un tel cas. Enfin, vous ne réunissez pas non plus plusieurs des autres critères qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. En effet, vous ne présentez pas d'affections corporelles chroniques, ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Sur le plan juridique, on doit donc nier qu'une mise en valeur de votre capacité de travail ne puisse plus être exigée de vous à 100%. Votre trouble somatoforme douloureux ne constitue donc pas une atteinte à la santé invalidante au sens de l'Al. Au vu de ce qui précède, c'est donc à tort qu'un droit à une

demi-rente vous a été reconnu, une atteinte à la santé invalidante au sens de notre assurance faisant défaut. Etant donné que notre décision sur opposition serait moins favorable pour vous que notre décision initiale, si nous devons statuer sur votre opposition, nous vous donnons l'occasion de vous exprimer sur ce qui suit: • Si vous retirez votre opposition, notre décision du 18 juin 2004 entrera en force; elle sera alors valable et nous pourrions l'appliquer. Vous continuerez par conséquent à toucher votre demi-rente. Nous attirons cependant votre attention sur le fait que nous allons examiner si les conditions d'une reconsidération de ladite décision sont remplies. Si tel est le cas, votre rente vous serait supprimée, mais cette suppression n'interviendra que pour l'avenir. • Si vous ne retirez pas votre opposition dans le délai imparti, nous prendrons une décision sur opposition en votre défaveur, ce qui impliquera la suppression de votre rente ainsi que la restitution des prestations touchées à tort. Nous vous prions dès lors de nous faire part de vos intentions en nous renvoyant un exemplaire du présent avis dûment complété et signé, jusqu'au 26 juillet 2006." Par courrier du 14 juillet 2006, l'assurée a déclaré retirer son opposition à la décision du 18 juin 2004, qui est par conséquent entrée en force. C. a) Le 16 juin 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de suppression de rente d'invalidité qui reprenait la motivation déjà exposée dans l'avis de possible reformatio in pejus du 6 juillet 2006 (cf. lettre B.d supra). b) Le 30 juin 2008, l'assurée a contesté ce projet de décision. Le 28 août 2008, représentée par l'avocat Marc-Aurèle Vollenweider, elle a fait valoir que son état de santé ne s'était aucunement amélioré depuis la décision d'octroi de rente et que les conditions d'une révision de rente n'étaient pas réalisées. c) Par décision du 5 février 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision du 16 juin 2008. Dans une lettre d'accompagnement également datée du 5 février 2009, il a précisé que l'on ne se trouvait pas dans une situation de révision, mais dans celle d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), dont les conditions étaient réalisées pour les motifs suivants: "Notre décision initiale d'octroi de rente se basait sur une expertise du Dr H. _____ dont les conclusions ne nous permettaient pas d'apprécier de manière correcte le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux présenté par votre mandante à la lumière des critères de gravité posés par la jurisprudence. L'instruction médicale étant incomplète, nous n'aurions pas dû nous prononcer en l'état des pièces au dossier, sans la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique. C'est en ce sens que notre décision initiale d'octroi de rente est manifestement erronée, et se doit dès lors d'être reconsidérée. L'expertise psychiatrique, effectuée par le Dr G. _____ ultérieurement, a démontré que le trouble somatoforme douloureux présenté par votre mandante ne pouvait être considéré comme invalidant, faute de remplir les critères de gravité déterminé[s] par la jurisprudence. À ce sujet, nous nous permettons de vous renvoyer aux explications figurant dans le projet de décision de suppression de rente". D. a) L'assurée, toujours représentée par l'avocat Vollenweider, recourt contre cette décision par acte du 11 mars 2009. Elle fait valoir que la décision attaquée ne respecte pas la jurisprudence rendue en matière de reconsidération. En effet, selon la jurisprudence, la reconsidération vise à corriger une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits; en revanche, un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération. Or pour revoir sa décision en refusant l'octroi d'une rente, l'OAI s'est appuyé sur la jurisprudence publiée à l'ATF 130 V 352. Dès lors, soit l'OAI n'a pas tenu compte de cette jurisprudence au moment où il a rendu sa décision d'octroi de rente, et la sécurité juridique commande alors qu'il ne puisse revenir sur sa décision prise en toute

connaissance de cause, soit cette jurisprudence n'avait pas été rendue au moment où l'OAI a pris sa décision le 18 juin 2004, et un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération. La recourante estime par ailleurs que l'OAI ne met en évidence aucune application initiale erronée du droit ou aucune constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Dès lors, la décision du 18 juin 2004 n'est pas sans nul doute erronée et l'OAI a violé le droit fédéral en s'estimant fondé à la reconsidérer. La recourante conclut ainsi, avec dépens, à l'annulation de la décision du 5 février 2009 et au maintien de la rente d'invalidité. La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée. b) Dans sa réponse du 18 mai 2009, l'OAI estime que la décision d'octroi d'une demi-rente du 18 juin 2004 est manifestement erronée, en ce sens qu'elle a été prise en violation de la jurisprudence sur l'évaluation de l'invalidité de personnes souffrant de troubles somatoformes douloureux. En effet, selon la jurisprudence, de tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 156 consid. 4b, ATF 130 V 352). Or, en l'espèce, la décision en question repose sur une expertise du Dr H. _____, spécialiste en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie. Ainsi, quand bien même ce praticien dispose d'une spécialisation en médecine psychosociale et psychosomatique, il n'en demeure pas moins qu'il n'est pas psychiatre et ne saurait donc être considéré comme tel. Par ailleurs, dans la mesure où l'incapacité de travail attestée par l'expert repose essentiellement sur un état dépressif majeur, l'OAI ne pouvait à l'évidence se passer d'une expertise psychiatrique. La décision du 18 juin 2004 a ainsi été prise suite à une instruction lacunaire, en violation de la jurisprudence, et apparaît dès lors manifestement erronée. Considérant ainsi que c'est à bon droit qu'il a reconsidéré cette décision, l'OAI propose le rejet du recours. c) Dans sa réplique du 13 août 2009, la recourante maintient que l'OAI n'a pas respecté la jurisprudence relative à la reconsidération. Elle fait valoir que la décision initiale d'octroi d'une demi-rente du 18 juin 2004 n'était pas manifestement erronée et que si instruction lacunaire il y a eu – ce qu'elle conteste –, l'OAI ne peut s'en prendre qu'à lui-même. En outre, la décision du 18 juin 2004 était conforme à la pratique en vigueur à l'époque, et un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait justifier une reconsidération. D'ailleurs, dans un arrêt récent (9C_1009/2008, consid. 6.3), le Tribunal fédéral a jugé que la jurisprudence exposée à l'ATF 130 V 352 ne constituait pas un motif suffisant pour révoquer, au titre d'une adaptation à un changement des fondements juridiques, des rentes qui ont été allouées à une époque antérieure par des décisions entrées en force. d) Dans sa duplique du 31 août 2009, l'OAI rappelle que, pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque. Or en l'espèce, il convient de considérer que la décision initiale d'octroi d'une demi-rente du 18 juin 2004 était manifestement erronée au vu de la situation de fait et de droit prévalant à l'époque (cf. VSI 2000 p. 156); en effet, au moment où l'administration a rendu la décision précitée, elle ne disposait pas d'une expertise psychiatrique, laquelle était nécessaire dès lors qu'il s'agissait de se prononcer sur l'incapacité de travail que le trouble somatoforme douloureux était susceptible d'entraîner chez la recourante. 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'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Le

recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par F._____ contre la décision rendue le 5 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'une contestation relative à la suppression d'une demi-rente d'invalidité. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). Une nouvelle jurisprudence est en règle générale applicable pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de son changement (ATF 132 II 159 consid. 5.1; 122 V 182 consid. 3b; 119 V 412 consid. 3; TFA I 411/06 du 4 décembre 2006 consid. 4.1.1). L'arrêt du Tribunal fédéral du 12 mars 2004, publié au recueil officiel à l'ATF 130 V 352, concerne une précision de jurisprudence (selon le registre de cet ATF), respectivement un changement de jurisprudence, au sujet de la reconnaissance du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (ATF 135 V 215 consid. 6.1.3). En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'OAI était fondé à reconsidérer sa décision du 18 juin 2004, octroyant à la recourante une demi-rente d'invalidité, pour le motif que cette décision était manifestement erronée. A cet égard, il y a lieu de constater d'emblée que l'OAI, lorsqu'il a rendu sa décision initiale d'octroi d'une demi-rente le 18 juin 2004, n'a pas eu – et n'aurait pas pu avoir, vu les délais de publication – connaissance de l'arrêt du 12 mars 2004 publié à l'ATF 130 V 352. En effet, il résulte du dossier que c'est le 31 mars 2004 que l'OAI a envoyé la motivation de sa décision à la caisse de compensation compétente, en la priant de calculer la prestation en espèces, d'établir la décision et de l'expédier. b) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette

décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3; 119 V 475 consid. 1b/cc; TF 9C_659/2009 du 12 février 2010 consid. 2.2). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 119 V 410 consid. 3a; 117 V 8 consid. 2c; 115 V 308 consid. 4a/cc; TF 9C_659/2009 du 12 février 2010 consid. 2.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée; en particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits; ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait ou de droit; s'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C_527/2008 du 29 juin 2009, consid. 2.2; 9C_71/2008 du 14 mars 2008, consid. 2; 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007, consid. 3.2.1; I 338/06 du 30 janvier 2007, consid. 3; SVR 2009 UV n° 6 p. 21; U 5/07 consid. 5.3.1). c) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la jurisprudence sur la reconnaissance du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux publiée à l'ATF 130 V 352 ne constitue pas un motif de reconsidération – au titre d'une adaptation à un changement des fondements juridiques en raison de l'égalité de traitement entre assurés – d'une décision d'octroi de rente prise antérieurement à la publication de cette jurisprudence (ATF 135 V 215 consid. 6; TF I 138/07 du 25 juin 2007, consid. 4.2). Dans l'affaire jugée par le Tribunal fédéral le 25 juin 2007 (TF I 138/07 précité), la juridiction cantonale avait confirmé une décision de suppression de rente par voie de reconsidération en exposant que le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux retenu par un psychiatre n'était à lui seul pas suffisant pour admettre que la limitation de la capacité de travail revêtait un caractère invalidant; l'OAI aurait dû mettre en oeuvre une expertise psychiatrique afin de déterminer si la présence d'une comorbidité ou si le cumul des critères pertinents énumérés à l'ATF 130 V 352 étaient susceptibles d'entraîner une éventuelle incapacité de travail; le défaut d'investigation sur ces deux points avait conduit l'OAI à rendre une décision manifestement erronée, de sorte que les conditions d'une reconsidération de cette décision étaient réalisées (TF I 138/07, consid. 4). Saisi d'un recours, le Tribunal fédéral a constaté qu'à l'époque de l'octroi initial du droit à la rente, l'OAI disposait notamment des rapports médicaux établis par un psychiatre et par un rhumatologue; le premier avait posé les diagnostics d'épisode dépressif majeur d'intensité moyenne et de troubles somatoformes douloureux; le second avait fait état de troubles somatoformes douloureux et précisé que s'il n'existait aucune atteinte organique propre à expliquer une incapacité de travail, la surcharge fonctionnelle, qui pouvait s'expliquer par un état anxio-dépressif chronique, pouvait être responsable de l'incapacité de travail effective (TF I 138/07, consid. 4.1). Le Tribunal fédéral a jugé que compte tenu des rapports médicaux dont disposait l'OAI, sa décision initiale d'octroi de rente ne reposait pas sur une instruction manifestement insuffisante ou lacunaire ni sur un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation, dès lors que l'incapacité de travail retenue par les médecins ne reposait pas sur le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux, mais aussi sur l'état anxio-dépressif chronique invoqué par le

rhumatologue et l'épisode dépressif majeur d'intensité moyenne retenu par le psychiatre; dans ces conditions, un motif de reconsidération n'était pas réalisé (TF I 138/07, consid. 4.1). d) En l'espèce, l'OAI, lorsqu'il a pris sa décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité, disposait notamment du rapport d'expertise pluridisciplinaire établi le 21 août 2003 par le Dr H. _____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie et titulaire du certificat de médecine psychosomatique et psychosociale reconnu par la FMH. Dans son rapport, cet expert a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant chez une assurée présentant une lombosciatalgie gauche L5-S1 non déficitaire, et d'état dépressif majeur (selon la classification de la CIM-10); il a estimé, au vu des constatations médico-psychologiques recueillies pour son expertise, que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % en tant que sommelière ou fille de buffet, depuis le 12 mai 2000 (cf. lettre A.c supra). Ce rapport d'expertise, qui remplissait tous les critères posés par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue (ATF 125 V 351 cons. 3a et les références citées), a été reconnu probant par la Dresse J. _____ du SMR, qui a retenu que depuis le 12 mai 2000, la capacité de travail de l'assurée était limitée à 50 % dans une activité adaptée, en raison d'un état dépressif majeur avec trouble somatoforme douloureux avec lombosciatalgie gauche L5-S1 non déficitaire (F45.4 selon la CIM-10) (cf. lettre A.d supra). Comme dans l'affaire jugée par le Tribunal fédéral le 25 juin 2007 (cf. consid. 2c supra), l'incapacité de travail ainsi retenue ne reposait pas sur le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux (avec lombosciatalgie gauche L5-S1 non-déficitaire), mais aussi sur celui d'état dépressif majeur. e) L'OAI soutient aujourd'hui que le Dr H. _____, bien que titulaire du certificat de médecine psychosomatique et psychosociale reconnu par la FMH, n'était pas habilité à poser un diagnostic psychiatrique et que l'instruction effectuée à l'époque était ainsi lacunaire dès lors qu'aucune expertise psychiatrique n'avait été effectuée, ce qui devrait conduire à retenir que la décision du 18 juin 2004 était manifestement erronée (cf. lettres C.c, D.b et D.d supra). Cette argumentation ne saurait être suivie. En effet, outre le fait que l'OAI, suivant l'avis du SMR, avait à l'époque manifestement considéré le Dr H. _____ comme compétent pour poser un diagnostic psychiatrique, les avis médicaux recueillis ultérieurement auprès de spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie ont confirmé le diagnostic posé sur le plan psychiatrique par le Dr H. _____, de même que l'évaluation de la capacité de travail opérée par celui-ci. Ainsi, dans son rapport du 18 mai 2005, le Dr R. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitant de l'assurée depuis le 7 novembre 2003, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), existant depuis 2000, de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), existant depuis 2000, et de lombosciatalgie gauche L5-S1, existant depuis 1999, et a estimé en substance que ces troubles entraînaient une incapacité de travail totale (cf. lettre B.b supra). Surtout, dans son rapport d'expertise psychiatrique du 16 février 2006 établi sur mandat de l'OAI, le Dr G. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme (F45.4) et d'épisode dépressif moyen (F32.1); il a confirmé que l'épisode dépressif était apparu en mai 2000 et n'avait connu aucune rémission depuis, et a lui aussi évalué la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée à 50 % depuis le mois de mai 2000 (cf. lettre B.c supra). Dans ces conditions, on ne saurait à l'évidence dire que les constatations opérées à l'époque par le Dr H. _____ étaient manifestement inexactes, bien au contraire. Force est ainsi de constater que la décision initiale d'octroi d'une demi-rente d'invalidité du 18 juin 2004 n'était pas manifestement erronée au regard de la

pratique et de la jurisprudence en vigueur à l'époque, et que c'est en violation du droit fédéral que l'OAI a reconsidéré cette décision et supprimé la demi-rente d'invalidité de la recourante. 3. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée. b) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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). Ceux-ci sont supportés par la partie qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels 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. Le présent arrêt sera donc rendu sans frais. c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter à l'500 fr. le montant des dépens et de les mettre à la charge de l'OAI, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 5 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. Une indemnité de l'500 fr. (mille cinq cents francs), à verser à la recourante F. _____ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Marc-Aurèle Vollenweider, avocat à Lausanne (pour F. _____) ■ 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.