

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 641 vom 27. Juli 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-07-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2017\\_\\_641](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__641)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 641 du 27 juillet 2017

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2017 / 641 del 27 luglio 2017

### Regeste

RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE} | 17 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 27.07.2017 Arrêt / 2017 / 641

RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE} | 17 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 153/15 - 224/2017 ZD15.022190 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 27 juillet 2017 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Thalmann , présidente Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges Greffière : Mme Mestre Carvalho \*\*\*\*\* Cause pendante entre : Z.N. \_\_\_\_\_ , à [...] , recourante, représentée par Me Astyanax Peca, avocat à Montreux, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 17 al. 1 LPGA. E n f a i t : A. Le 23 mars 1998, Z.N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée) a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). D'un questionnaire pour l'employeur du 3 avril 1998, il est ressorti que la prénommée avait travaillé du 1 er novembre 1985 au 30 juin 1997 comme aide-jardinière pour l'entreprise D. \_\_\_\_\_ SA. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, il est apparu que, sur mandat de l'assureur-accidents, l'intéressée avait été examinée par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel avait fait part de ses observations dans un rapport du 26 mai 1997. Il en résultait notamment que le 1 er février 1996, en transportant un plateau de fleurs dans une serre de l'entreprise D. \_\_\_\_\_ SA, l'assurée avait buté avec le pied contre un tuyau de chauffage et, dans son déséquilibre, avait heurté violemment de son coude droit une table en faisant un effort pour retenir le plateau. Le diagnostic retenu était celui de séquelles de contusion-distorsion de l'épaule droite, avec déchirure de la coiffe des rotateurs opérée avec acromioplastie le 24 octobre 1996 et, dans les suites opératoires, l'apparition progressive d'une algodystrophie. Quant à la capacité de travail, elle était nulle. A teneur d'un rapport du 16 avril 1998, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué que la capacité de travail était de 50 % dès le 27 novembre 1997 et qu'à l'examen du 12 mars 1998, la fonction active s'était nettement améliorée mais que l'épaule restait cependant douloureuse, étant précisé qu'une intervention chirurgicale n'était pas envisagée avant l'été 1998 en raison de l'algodystrophie toujours présente ; la capacité de travail réduite restait en outre inchangée. Le 28 août 1998, ce praticien a procédé à l'exploration de la coiffe des rotateurs et à l'élargissement du défilé sous-acromial de l'épaule droite. Le 6 octobre 1998, le Dr F. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il était trop tôt pour envisager une reprise de travail, l'incapacité de travail étant totale depuis le 27 août 1998. Par décision du 7 juillet 1999, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1 er février 1997, suivie d'une demi-rente d'invalidité

depuis le 1<sup>er</sup> décembre 1997, puis d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1998. B. Dans le cadre d'une procédure de révision du droit à la rente, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport du 22 juillet 1999, que l'état de santé était stationnaire avec la persistance d'une limitation fonctionnelle en ce sens que l'abduction et l'antépulsion actives n'atteignaient que 110° avec forte sollicitation. Il a également mentionné des signes de conflit persistants et précisé que l'incapacité de travail était de 50 % depuis le 4 janvier 1999. A son rapport, il a joint copie d'une lettre qu'il avait adressée le 11 juin 1999 au Dr T. \_\_\_\_\_ (médecin généraliste), rédigée notamment en ces termes : " Je l'ai revue le 3 mai dernier, le travail d'occupation, pourtant léger, que lui a désigné l'Office du chômage, semble mal toléré. Elle se plaint maintenant également de douleurs au niveau des doigts, ceux-ci enflent dit-elle, le trapèze est également sensible de même que l'épine de l'omoplate. Objectivement, je n'ai rien remarqué de particulier, on retrouve la limitation de la fonction active qui ne dépasse pas env. 110° tant en abduction qu'en antépulsion et encore ces valeurs n'étant obtenues qu'en sollicitant fortement la patiente. Il s'agit malgré tout d'une amélioration par rapport au status initial puisque, lorsque je l'ai vue pour la première fois en décembre 1997, ces valeurs étaient respectivement de 60 et 90°. Le progrès est, bien évidemment, insatisfaisant d'autant plus que je ne m'explique pas l'origine des douleurs de cette patiente. Le bilan complémentaire réalisé par le Dr X. \_\_\_\_\_, et dont vous avez reçu copie, permet d'exclure une lésion neurologique alors que la révision chirurgicale de cette épaule droite, réalisée en août 1998, s'était limitée à une acromioplastie de décompression, la coiffe elle-même étant intacte. On peut certes encore évoquer les séquelles douloureuses de l'algoneurodystrophie qui s'était malheureusement développée en 1996-1997 mais le délai me paraît anormalement long. A ce stade, je n'ai plus d'autre proposition thérapeutique, aucun des traitements entrepris jusqu'à présent n'a permis une réduction significative des douleurs. Je reste néanmoins convaincu qu'une capacité au moins partielle de travail peut être exigée, il est cependant bien évident que pour une aide-jardinière qualifiée un travail consistant à trier des tissus n'est guère valorisant. C'est peut-être de ce côté [■]là qu'il convient peut-être également de trouver une solution. " Dans un rapport du 13 septembre 1999, le Dr T. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'algoneurodystrophie, insertionite et périarthrite scapulo-humérale (PSH) post-traumatique, l'incapacité de travail étant totale dans l'activité d'aide-jardinière. Par décision du 29 février 2000, l'OAI a réduit la rente en faveur de l'assurée à une demi-rente, considérant en particulier ce qui suit : " Lors de la révision d'office entreprise, nous constatons, sur la base des informations médicales en notre possession, qu'à partir du 4 janvier 1999 votre capacité de travail est à nouveau de 50 %. La LAA a donc diminué ses indemnités dès le 4 janvier 1999. Pour la même atteinte à la santé, l'AI applique les mêmes règles que la LAA. Par conséquent, votre rente entière de l'AI est réduite à une demi-rente. Son montant correspond à la moitié du montant dont vous avez bénéficié jusqu'à présent. " Par jugement du 25 juillet 2000 (AI 89/00 – 127/2000), l'ancien Tribunal cantonal des assurances a admis le recours interjeté par l'assurée à l'encontre de la décision précitée et annulé ladite décision, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Le tribunal a en particulier souligné que l'OAI avait préavisé pour l'admission du recours en admettant ne pas avoir respecté le principe selon lequel la réadaptation professionnelle avait la priorité sur l'octroi de la rente, dans la mesure où les possibilités de reclassement professionnel de l'assurée, âgée de 39 ans, n'avaient pas été suffisamment examinées. La rente entière a été réintroduite par décision du 31 janvier 2001. C. Aux termes d'un rapport du 21 mai 2001, le Dr F. \_\_\_\_\_ a mentionné notamment ce qui suit : " D1 TTT terminé en ce qui me

concerne le 20.10.1999. Suivie par la suite par le Dr T.\_\_\_\_\_. D2 La patiente a été revue à la demande de l'AI pour établissement du présent document en date du 16.05.2001. D3 Selon la patiente, la situation s'est aggravée depuis ces deux dernières années, surtout en ce qui concerne la qualité du repos, qui est fortement perturbé avec des réveils nocturnes fréquents. Objectivement, les amplitudes fonctionnelles sont comparables à celles mesurées précédemment à savoir une antépulsion et une abduction actives qui se stabilisent entre 100 et 110° dans la mesure où la patiente est fortement sollicitée. Passivement, on parvient à 130° dans les deux plans. Lors de l'examen, la patiente sursaute au moindre contact, même sans sollicitation tant au niveau du trapèze que du deltoïde ou de l'omoplate. On peut dès lors retenir que les constatations [sic] et considérations qui ont finalement conduit à l'octroi d'une rente complète sont toujours présentes voire même aggravées du moins sur le plan subjectif. " Le Dr F.\_\_\_\_\_ a en outre exposé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et que l'incapacité de travail était totale depuis la décision de l'OAI du 1<sup>er</sup> avril 2000 [sic]. Il a estimé que l'activité d'aide-jardinière n'était plus exigible et que l'on ne pouvait apparemment pas exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité. L'assurée a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire réalisé le 21 janvier 2003 par les Drs M.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, et G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans leur rapport du 27 mars 2003, ces médecins ont retenu en particulier ce qui suit : "

Diagnosics · Souffrance de la coiffe des rotateurs après réparation chirurgicale et après maladie de Südeck, avec discrète limitation fonctionnelle. · Trouble douloureux secondaire. · Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère chez une personnalité émotionnellement labile à traits narcissiques et abandonniques. · Excès pondéral. · Status variqueux. Appréciation consensuelle du cas Cette assurée de 42 ans, qui a toujours travaillé très durement à la campagne depuis son adolescence, puis comme aide-jardinière en Suisse, présente une pathologie dégénérative de la coiffe des rotateurs à droite avec, comme témoin actuel, une rupture du long chef du biceps, une diminution radiologique de l'espace sous-acromial. Il existe certes des phénomènes d'amplification et il est difficile d'interpréter électivement les tests isométriques et les mouvements d'amplitude de l'épaule. Cette assurée, qui a présenté un Südeck post-opératoire de l'épaule droite, adopte une attitude d'épargne du membre supérieur, qui est défavorable et qui est sans doute responsable de la discrète amyotrophie proximale constatée, qui perdure. [...] Dans son activité d'aide-jardinière, l'incapacité de travail est totale. Dans une activité adaptée, où le membre supérieur droit ne serait que peu sollicité, avec limitations des charges à 1 kg, limitation des mouvements de rotation externe au-delà de 30°, d'abduction-antépulsion au-delà de 70°, semi-sédentaire, la capacité de travail serait de l'ordre de 40 à 50%. En raison des discrètes perturbations de l'examen neurologique (diminution du styloradial droit, diminution de l'achilléen à droite, hypoesthésie localisée à la face antérieure de l'épaule droite), un examen neurologique serait utile afin de ne pas méconnaître une atteinte neurologique lentement évolutive. Il faut admettre cette impotence de l'épaule droite ; un examen IRM ou scintigraphique n'apporteraient sans doute pas d'autres éléments pour évaluer la capacité de travail actuelle. On peut estimer la situation stationnaire à partir du moment où il n'y a plus eu d'évaluation radiologique ni d'examen spécialisés du Dr F.\_\_\_\_\_. Globalement, à un an de l'intervention du Dr F.\_\_\_\_\_ - soit fin 1998 -, la situation peut être estimée comme stationnaire par rapport à l'examen actuel. Mariée à l'âge de 16 ans à un compatriote, l'assurée le rejoint en Suisse en 1982. Sans formation professionnelle, elle travaille comme aide-jardinière chez les divers horticulteurs de [...] et

du [...] jusqu'à son accident du 1<sup>er</sup> février 1996. Dans les suites de ce dernier, l'assurée se sent incomprise par le Dr L. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédique, qui tend à banaliser ses douleurs et à considérer que celles-ci sont purement psychosomatiques. L'assurée développe ainsi, au fil des années, une évolution dépressive avec des exacerbations régulières, ainsi que des attaques de panique en situation claustrophobique et agoraphobique. Les graves pathologies artérielles dont a souffert son mari ont nécessité deux opérations ; elles ont également contribué à fragiliser l'assurée, qui présente depuis lors une évolution défavorable. Elle n'a, à cette heure, jamais reçu d'antidépresseurs, son médecin lui ayant prescrit jusque-là des tranquillisants. Les limitations fonctionnelles sont :

- [S]ur le plan psychiatrique une tristesse marquée, des attaques de panique en situations agoraphobiques ou claustrophobiques, des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, une fatigabilité importante, une anhédonie, un retrait social marqué.
- Sur le plan ostéo-articulaire, nous relevons une faible sollicitation du membre supérieur droit avec limitations des charges à 1 kg, une limitation des mouvements de rotation externe au-delà de 30° et d'abduction-antépulsion au-delà de 70°. Concernant la capacité de travail exigible, elle est de 0 % dans son activité d'aide-jardinière pour raison ostéoarticulaire. L'absence de traitement psychiatrique, instauré par ses médecins traitants joue un rôle défavorable pour l'assurée, qui devrait impérativement être suivie et traitée au sens de l'article 21 al. 4 LPGA. On peut estimer que l'assurée aurait de bonnes chances d'améliorer sa capacité de travail, actuellement réduite à 20 % sur le plan psychiatrique dans toute activité. Capacité de travail exigible 20 % dans toute activité. A réviser après une année de traitement spécialisé (cure médicamenteuse supervisée par un psychiatre et éventuelle psychothérapie)." Par communication du 7 avril 2003, l'OAI a informé la recourante que son droit à la rente entière était inchangé. Par lettre du même jour, il lui a écrit ce qui suit : " Nous vous remettons, en annexe, une copie de notre communication de maintien de la rente entière de ce jour. Toutefois, selon les renseignements médicaux en notre possession, votre état de santé et, par voie de conséquence, votre capacité de travail et de gains peuvent être améliorés par un traitement médical approprié. Nous envisageons dès lors le paiement de votre rente à condition que vous vous engagiez à suivre un traitement médical adéquat, soit un suivi psychothérapeutique et un traitement médicamenteux. Notre exigence est fondée sur un principe général du droit des assurances sociales qui dispose que l'assuré a le devoir de prendre toutes les mesures raisonnablement exigibles propres à limiter le dommage subi. Nous vous renvoyons en outre à l'article 21, alinéa 4, LPGA, dont le texte est joint en annexe. Nous ajoutons encore que nous sommes en droit d'exiger un traitement médical même si ce dernier n'est pas à notre charge, ce qui est le cas en l'espèce. Cependant, dans les cas où les frais de traitement médical ne sont pas assumés par l'AI, nous tenons compte de la situation économique de l'assuré, et nous pourrions estimer qu'un tel traitement n'est pas raisonnablement exigible s'il devait entraîner des frais énormes que l'assuré n'est pas en mesure d'assumer. Nous vous prions dès lors de nous faire part le plus rapidement possible de votre position à l'égard du traitement médical que nous vous demandons de suivre ainsi que de nous indiquer, en cas d'accord de votre part, le nom et l'adresse du médecin qui vous soignera. Nous devons en effet vérifier périodiquement que vous suivez scrupuleusement le traitement indiqué. " Le 4 juin 2003, le Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que l'assurée avait débuté le même jour une psychothérapie. D. Dans un questionnaire pour la révision du droit à la rente qu'elle a signé le 26 mai 2005, l'assurée a indiqué que son état de santé était toujours le même. Elle a en outre indiqué qu'en bonne santé elle ne travaillerait pas à l'extérieur de son ménage. Le 27 septembre 2005, le

Dr S. \_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI la correspondance suivante : " Nous avons suivi à notre cabinet, en psychothérapie déléguée, sous la responsabilité de Madame W. \_\_\_\_\_, Madame Z.N. \_\_\_\_\_ du 04.07.2003 jusqu'au 15.12.2003, soit 15 séances. A notre connaissance, Madame Z.N. \_\_\_\_\_ était déjà bénéficiaire des Prestations de l'Assurance invalidité depuis 1996. A l'époque, nous avons constaté un épisode dépressif moyen, avec un syndrome douloureux somatoforme. Plusieurs approches psychothérapeutiques ont été essayées et chacune d'elle a été vouée à l'échec, les douleurs de la patiente restant intouchables. L'état dépressif a rétrogradé à l'époque de moyen à léger, mais c'est le seul changement à enregistrer. Depuis le 15 décembre 2003, nous n'avons plus vu la patiente et nous n'avons pas de nouvelles d'elle, et nous estimons qu'il ne serait pas judicieux de notre part de la convoquer pour remplir le formulaire AI. Nous vous demandons en conséquence de voir avec l'assurée si elle est suivie en psychothérapie quelque part ailleurs, ou d'instaurer de vous-même une demande de rapport médical par vos soins. " Dans un rapport du 17 octobre 2005, le Dr R. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a posé les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de status après opération de la coiffe des rotateurs avec séquelles douloureuses et limitation de l'épaule droite, d'état dépressif d'intensité moyenne et d'arthrose évoluée de l'articulation astragalo-scaphoïdienne bilatérale. Il a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et que, depuis juillet 2002, il la voyait régulièrement à la consultation pour des douleurs persistantes de l'épaule droite, des céphalées résistantes aux traitements, des troubles du sommeil et un état dépressif. Il a ajouté que l'intéressée présentait également des douleurs aux pieds et qu'elle était suivie au centre de psychiatrie de [...] en raison d'une exacerbation de son état psychique. Il a estimé l'incapacité de travail totale dans toute profession eu égard à la chronicité de la maladie dont l'évolution n'était pas favorable. A son rapport, il a en particulier annexé un compte-rendu établi le 21 septembre 2005 par le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, constatant notamment la présence d'une arthrose évoluée de l'articulation astragalo-scaphoïdienne avec des ostéophytes. Par rapport du 10 avril 2006, la Dresse O. \_\_\_\_\_, cheffe de clinique adjointe à la Polyclinique Psychiatrique de J. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics incapacitants de status après déchirure des ligaments de l'épaule droite en 1996, suivie d'une opération puis d'un Südeck, d'arthrose des membres inférieurs et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique. Elle a précisé que l'état de santé de l'assurée s'aggravait et que le traitement avait duré du 17 octobre au 23 novembre 2005. Elle a en outre notamment indiqué ce qui suit : " 4. Plaintes subjectives : Mme Z.N. \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs à l'épaule D, de douleurs des membres inférieurs, accentuées à la marche. Elle souffre également de violentes et fréquentes céphalées de type migraine. Toutes ces douleurs sont fortement résistantes aux antalgiques. Sur le plan psychique, elle signale un manque d'énergie, une fatigue très importante, une tristesse avec des pleurs fréquents, des idées noires, des idées de dévalorisation. Elle a des troubles du sommeil, signale aussi un manque de concentration, des oublis. Elle évite les contacts sociaux, a de plus en plus tendance à rester chez elle, refuse les invitations. Elle se dit très irritable, y compris avec ses proches. Tendue et mal dans sa peau, elle a tendance à grignoter et a pris 6 à 7 kg, ce qui baisse encore l'image qu'elle a d'elle-même. 5. Constatations objectives : Patiente de 44 ans, paraissant moins, avec une longue tresse. Surpoids modéré. Elle a de la peine à marcher. Le contact est agréable. Le récit est cohérent mais opératoire, centré sur son parcours médical, sans trouble du cours de la pensée. Présence de nombreux signes de la lignée dépressive (tristesse, mimique peu mobile, ralentissement psychomoteur). Il n'y a pas d'élément de la lignée psychotique. 6. Examens

médicaux spécialisés : -- 7. Thérapie/Pronostic : Mme Z.N.\_\_\_\_\_ a bénéficié de 4 entretiens psychiatriques d'investigation à la polyclinique psychiatrique, suivis d'un entretien de restitution au cabinet du médecin traitant, le Dr R.\_\_\_\_\_. Nous avons proposé la mise en place d'un traitement antidépresseur, qui sera débuté puis évalué par le médecin traitant. Le pronostic quant à une amélioration notable de l'état psychique de Mme Z.N.\_\_\_\_\_ nous semble cependant réservé étant donné la chronicité du trouble dépressif et l'importance du syndrome somatique. " Elle a estimé qu'aucune activité n'était exigible pour les motifs suivants : " Sur le plan somatique, l'atteinte semble importante au point que la mobilisation est devenue difficile pour cette patiente. Sur le plan psychique, l'état dépressif, avec l'important cortège de symptômes psychiques et somatiques présentés par la patiente (notamment l'anxiété, les troubles de la concentration, la fatigue, l'irritabilité, la tristesse), la limite pour toute activité, même celles ne nécessitant pas qu'elle se mobilise ou porte des charges. " Le 12 septembre 2006, le Dr R.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée n'était plus suivie sur le plan psychiatrique et qu'elle était suivie à sa consultation pour des entretiens de soutien psychologique, ainsi que pour le traitement antidépresseur. Par communication du 22 novembre 2006, l'OAI a informé l'assurée que son droit à la rente d'invalidité n'était pas modifié. E. Dans un questionnaire pour la révision de la rente signé le 10 février 2010, l'assurée a mentionné que son état de santé était toujours le même. Elle a indiqué que sans son atteinte à la santé, elle travaillerait à plein temps comme aide-fleuriste depuis 1982 par intérêt personnel et par nécessité financière. Dans un rapport du 15 mars 2010, le Dr R.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. Il a mentionné que suite à l'opération de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, l'intéressée présentait des douleurs persistantes et une limitation de la mobilité de cette épaule. Sur le plan psychique, il a exposé que le suivi avait été repris de mars 2007 à juin 2008 et que l'assurée était toujours sous traitement anxiolytique. Concernant les symptômes, le Dr R.\_\_\_\_\_ a mentionné des douleurs de l'épaule droite persistantes ainsi qu'aux chevilles, des céphalées résistant au traitement, un trouble du sommeil et des crises d'angoisse. Il a constaté une limitation de la mobilité de l'épaule droite sensible à la palpation, des douleurs des chevilles à la marche et à la mobilité, ainsi qu'une humeur triste, un discours centré sur la douleur de l'épaule droite et des chevilles. Il a émis un pronostic réservé. Par communication du 26 avril 2010, l'OAI a informé l'assurée que son droit à la rente d'invalidité n'était pas modifié. F. Dans un questionnaire pour la révision de la rente signé le 11 mars 2013, l'assurée a mentionné que son état de santé était toujours le même. Elle a indiqué que sans son atteinte à la santé, elle travaillerait à plein temps comme aide-fleuriste depuis 1982 par intérêt personnel et par nécessité financière. Il est ressorti d'un rapport du Dr R.\_\_\_\_\_ du 27 mars 2013 que l'incapacité de travail de l'assurée restait entière. Le 28 mai 2013, l'assurée a informé l'OAI qu'elle n'était plus suivie sur le plan psychiatrique. Le 18 septembre 2013, l'OAI a interpellé le Dr R.\_\_\_\_\_ en lui posant les questions suivantes : " 1. Quel est le diagnostic précis ayant une répercussion sur la capacité de travail ? 2. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ? 3. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ? 4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ? 5. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ? 6. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ? 7. Autres remarques " Le 8 octobre 2013, le Dr R.\_\_\_\_\_ a répondu ce qui suit : " 1. Etat dépressif, épisode actuel moyen. 2. Elle a été suivie par le Dr S.\_\_\_\_\_ en 2003 et à la polyclinique psychiatrique de [...] d[e] février 2007 au février 2008, a été au bénéfice d[e] séances de psychothérapie et d'ergothérapie, et sous le traitement d'antidépresseur. En effet,

durant le suivi à [...], Mme Z.N.\_\_\_\_\_ présentait une importante fatigabilité, et trouvait que les séances thérapeutiques étaient trop stressantes, de sorte qu'elle se trouve épuisée après la thérapie avec péjoration des douleurs de l'épaule et des céphalées. D'entente avec le psychiatre traitant, la Dresse B.\_\_\_\_\_, le suivi a été interrompu en février 2008. Depuis, elle est suivie à ma consultation et le traitement d'antidépresseur a été arrêté à cause des effets secondaires : fatigue, céphalées et somnolence. 3. Le traitement actuel : Temesta 1mg le soir et 1cp en réserve. La compliance est bonne. 4. Même dans une activité adaptée, sa capacité de travail est nulle. 5. A part des douleurs persistantes avec limitation de la mobilité de l'épaule droite, elle présente une importante fatigabilité, des troubles de l'attention, des attaques de panique en situation agoraphobique ou clostrophobique [sic]. 6. Nihil. " Le 28 octobre 2013, l'assurée a été entendue dans les locaux de l'OAI et, à cette occasion, a notamment soutenu ne jamais avoir repris d'activité. Par décision du 29 octobre 2013, l'OAI a suspendu le versement de la rente avec effet au 31 octobre 2013 pour les motifs suivants : " Résultat de nos constatations : Vous êtes au bénéfice d'une rente (actuellement 100%) depuis le mois de février 1997. Dans le questionnaire de révision de votre rente daté du 11 mars 2013, vous avez indiqué être sans activité lucrative. Toutefois, l'enquête menée dans le cadre de la procédure pénale contre votre mari, a révélé que ce dernier exerçait une activité non déclarée. Des sommes d'argent liquide importantes ont été trouvées à votre domicile lors de la perquisition. En outre, il ressort de l'enquête de Police que trois comptes bancaires et postaux sont ouverts à votre nom. Comptes sur lesquels sont versés des montants conséquents. Rencontrée le 28 octobre 2013 dans nos bureaux, vous avez déclaré que cet argent était le fruit d'économies et de dons de vos enfants. Vous avez affirmé ne plus avoir exercé d'activité depuis l'octroi de la rente. Cependant, au vu des renseignements portés au dossier du Ministère public, il se pourrait que les sommes d'argent découvertes proviennent d'une activité lucrative. C'est pourquoi, comme nous vous l'avons expliqué lors de notre entretien du 28 octobre, nous suspendons le versement de votre rente avec effet immédiat. En effet, si la rente devait être versée pendant la procédure de révision en cours, et que vous deviez ensuite restituer les prestations indûment touchées, il paraît évident que nous nous heurterions à de sérieuses difficultés de recouvrement. Raison pour laquelle nous nous procédons à la suspension de la rente par voie de mesures provisionnelles (articles 55 et 56 PA et article 5 al. 2 PA, applicable par renvoi à l'article 55 al. 1 de la loi sur la partie générale des assurances (LPGA)). " Le 30 octobre 2013, l'OAI a déposé plainte pénale contre l'assurée auprès du Ministère public de l'arrondissement de J.\_\_\_\_\_. Par arrêt du 19 mai 2014 (CASSO AI 299/13 – 107/2014), la juridiction cantonale a rejeté le recours déposé par l'assurée contre la décision de l'OAI du 29 octobre 2013. Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été réalisé le 12 septembre 2014 par les Drs H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et K.\_\_\_\_\_, psychiatre, du SMR. Dans leur rapport y relatif du 31 octobre 2014, ces médecins ont posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de douleur chronique de l'épaule droite, dans un contexte de déchirure tendineuse partielle du sus-épineux avec calcification hétérotopique de la face inférieure de l'acromion (M25.5), et d'arthrose de l'articulation astragalo-scaphoïdienne bilatérale. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Il résulte de ce rapport notamment ce qui suit : " A l'examen clinique, l'assurée a une attitude de protection de l'épaule D. Elle garde le bras contre le corps. Elle n'utilise pas la main D lors du déshabillage mais par contre l'utilise de

manière identique au côté controlatéral lors de l'habillage du bas. Elle s'oppose par des contrepulsions à la mobilisation de l'épaule D lors des mouvements d'antéulsion, d'abduction et de rotation interne ; le bras D ne peut pas être élevé au-delà de 60°. Ces autolimitations ne permettent pas d'examiner la coiffe des rotateurs, ni de rechercher un conflit sous-acromial. Le palm-up (évaluation du biceps) est tenu à D contre la gravité, mais pas contre une force supérieure. Il n'y a pas de signe de rupture de la longue portion du muscle. Les amplitudes des autres articulations périphériques sont conservées. Concernant la colonne cervicale, lors de l'évaluation, l'assurée bouge précautionneusement la tête ; elle limite les amplitudes alléguant des douleurs de la nuque. Les rotations du tronc sont également diminuées en raison de douleurs. La flexion lombaire est physiologique, avec un Schober de 10-15 cm ; par contre, l'inclinaison latérale D est limitée suite à une douleur de l'épaule D. La marche à plat et dans les escaliers s'effectue sans boiterie. La marche sur la pointe des pieds est possible ; la marche sur les talons est ébauchée en raison de douleurs des 2 chevilles. L'appui monopodal est tenu, l'assurée sautille sur le membre d'appui, afin de maintenir son équilibre. Il y a une légère amyotrophie du muscle susépineux D. Les autres masses musculaires ne présentent pas d'atrophie. Le périmètre du bras à 10 cm au-dessus du pli du coude est de 31 cm ddc, l'avant-bras maximal D 26,5 cm, G 26 cm. Lors de l'évaluation de la force, l'assurée n'oppose pratiquement aucune résistance au niveau du membre supérieur D. Lors de l'évaluation de la sensibilité, les réponses sont aléatoires concernant la sensibilité tacto-algique et posturale pour le membre supérieur D. Concernant le bras G et les membres inférieurs, le status neurologique est normal. Les signes et symptômes de non organicité de Waddell sont à 4/5. Il y a 17 points douloureux spécifiques de fibromyalgie sur 18 avec des douleurs qui débordent largement de ces points et s'étendent de la région occipitale jusqu'aux fesses et sur l'ensemble du membre supérieur D. Il n'y a pas de signe inflammatoire des articulations périphériques, pas de trouble vasomoteur, pas de trouble trophique. Les radiographies de l'épaule D du 29.09.2014 montrent une calcification hétérotopique de la face inférieure de l'acromion. L'IRM de l'épaule D du 07.10.2014 montre des si[gn]es de déchirure superficielle avec une composante intra-tendineuse du muscle sus-épineux, une bursite sous-acromio-deltoïdienne. Il n'y a pas d'anomalie des tendons des muscles sous-épineux, sous-scapulaire, bicipital. Il y a un léger remaniement dégénératif de l'articulation acromio-claviculaire, pas de signe évoquant une capsulite rétractile. La trophicité des corps musculaires des muscles de la coiffe des rotateurs est bonne. Les radiographies de la colonne cervico-dor[s]ale du 29.09.2014 montrent un minime pincement et une spondylose en C5-C6, une légère scoliose dorsale de convexité gauche[.] Concernant les chevilles, l'assurée annonce souffrir de douleurs à la partie antérieure et aux faces latérales ddc depuis l'année où est survenue la chute au travail (1996). La douleur des chevilles apparaît lors des changements de temps, et au démarrage de la marche, puis s'atténue. A l'examen clinique, il n'y a pas de tuméfaction articulaire, pas de déformation arthrosique des chevilles et des pieds. Les amplitudes articulaires des chevilles sont conservées. La marche s'effectue sans boiterie à plat comme dans les escaliers. Les radiographies de la cheville D montrent une arthrose se traduisant par des ostéophytes en miroir au niveau dorsal de l'articulation astragalo-scaphoïdienne des deux pieds. L'examen de ce jour montre une diffusion des douleurs bien au-delà de la coiffe des rotateurs de l'épaule D traumatisée lors de la chute de 1996. Cette diffusion des douleurs était déjà relevée lors de l'examen clinique bidisciplinaire du Dr M.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et du Dr G.\_\_\_\_\_, psychiatre du SMR de [...] (cf[.] rapport du 21.01.2003). Par rapport à cet examen, les signes cliniques

évocateurs d'une rupture du long chef du biceps ne sont plus présents actuellement. L'assurée présente un comportement douloureux ; elle limite les mouvements de l'épaule D et utilise très peu la main D. Il est toutefois surprenant qu'une telle sous-utilisation du membre supérieur D ne provoque pas d'amyotrophie. Lorsque l'assurée a été rendue attentive à la présence de petites coupures sur le pouce D, elle a reconnu qu'elle utilisait sa main droite pour la préparation de légumes et s'était probablement coupée à ce moment. A l'examen neurologique, les réponses de l'assurée lors des stimulations tacto-algiques et posturales du membre supérieur D sont incohérentes et ne relèvent pas d'une atteinte organique. Malgré la réparation de la coiffe des rotateurs, effectuées en 1996, l'assurée présente une déchirure superficielle du tendon distal du muscle sus-épineux, sans atrophie de ce muscle (IRM du 07.10.2014). Cette atteinte chronique de la coiffe des rotateurs justifie des limitations pour les activités au-dessus de l'horizontale, le port de charges, les mouvements répétitifs d'élévation du bras ou de rotation. L'examen clinique et le bilan radiologique ne montrent aucun signe d'algoneurodystrophie. Cette complication postopératoire s'est résolue. L'arthrose du pied justifie des limitations concernant les postures debout prolongées ou les longues marches, de même que les postures en porte-à-faux. Au vu de ces limitations fonctionnelles, l'activité d'aide-fleuriste ne peut pas être reprise en raison de la position debout prolongée, des postures en porte-à-faux. Toutefois, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité de travail sur le plan ostéoarticulaire. En raison de la disparition des signes d'algoneurodystrophie, de l'absence de signe de rupture du long chef du biceps, la capacité de travail limitée à 40 voire 50% dans une activité adaptée (cf[...] rapport examen clinique bidisciplinaire du SMR du 21 01.2003) ne se justifie plus sur le plan ostéoarticulaire. Les rapports médicaux du Dr R. \_\_\_\_\_, médecin interniste, (cf[...] rapport[s] du 15.03.2010 et du 27 03.2013) ne fournissent aucune information objective concernant l'évolution de l'arthrose des pieds. Seuls sont mentionnés des facteurs subjectifs : les douleurs. Il ne mentionne pas si les limitations de la mobilité de l'épaule D sont dues comme lors de l'examen de ce jour à des autolimitations. Le médecin ne précise pas pour quelle raison une activité ne sollicitant pas les pieds (arthrose) et l'épaule D (tendinopathie chronique de la coiffe des rotateurs) n'est pas exigible sur le plan ostéo[oa]rticulaire. Il n'est pas possible en se basant sur l'anamnèse ou sur les rapports du médecin traitant d'établir à quel moment l'algoneurodystrophie s'est résolue et à quel moment l'état du biceps s'est amélioré. En l'absence de ces informations, on se limite à dater la récupération d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée à partir de l'examen clinique de ce jour, c'est-à-dire le 12 09 2014. [...] L'assurée a donc subi un examen rhumatologique et psychiatrique au SMR le 21[.]01.2003, qui retenait les diagnostics psychiatriques suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère chez une personnalité émotionnellement labile à traits narcissiques ou abandonniques ; trouble douloureux secondaire. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail retenue était de 20% dans toute activité. L'examen psychiatrique de ce jour objective un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique. En effet, 2 critères majeurs de la dépression sont présents : un abaissement de l'humeur d'intensité moyenne et une réduction de l'énergie fluctuante, entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Cette réduction de l'énergie est d'origine mixte, dépressive et secondaire aux douleurs. Par ailleurs, l'examen objective des idées d'inutilité et une idéation suicidaire fluctuante non scénarisée. Par contre, il n'y a pas de diminution de la concentration et de l'attention, pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir (l'assurée déclare qu'elle ne sait pas), pas de

perturbation du sommeil d'origine dépressive, pas de diminution de l'appétit ni de perte de poids. Enfin, un seul symptôme du syndrome somatique de la dépression est présent, une diminution marquée de la libido. Le diagnostic retenu ne présente pas de caractère incapacitant, et ce pour 2 raisons : d'une part, le syndrome somatique de la dépression n'est pas présent ; d'autre part, l'épisode dépressif objectivé doit être considéré comme partie intégrante du trouble douloureux retenu ce jour. En l'absence de sentiment de détresse caractérisé, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne peut être retenu. En présence de symptômes physiques initialement dus à une maladie physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques est en effet retenu. Nous pensons utile de préciser que ce diagnostic ne fait en aucun cas référence à une exagération délibérée de la part de l'assurée, mais à une perception des douleurs augmentée par l'état psychique de l'assurée, au-delà de ce que laisserait prévoir l'atteinte organique sous-jacente. Ce diagnostic impose la discussion des critères de sévérité. D'une part, il n'existe pas de comorbidité psychiatrique manifeste. D'autre part, si nous sommes bien en présence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, et si l'on doit admettre que le traitement a jusqu'à présent échoué, on ne peut affirmer l'état psychique de l'assurée cristallisé, c'est-à-dire sans évolution possible au plan thérapeutique, en l'absence de prise en charge spécialisée. Enfin, il n'existe pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, comme le montre la vie quotidienne. L'affection présentée par l'assurée n'est donc pas incapacitante au sens de l'AI, elle ne relève pas de l'AI. Le status de ce jour objective donc une nette amélioration de l'état clinique de l'assurée par rapport à l'examen de 2003. Comme précisé plus haut, l'assurée a interrompu, certes d'un commun accord entre la psychiatre traitante et le médecin traitant, le Dr R. \_\_\_\_\_, toute prise en charge spécialisée et toute médication antidépressive en février 2008. Sur le plan psychiatrique, nous devons dès lors considérer que la capacité de travail est complète à partir de mars 2008. Limitations fonctionnelles Sur le plan ostéoarticulaire : Epaule D : activité au-dessus de l'horizontale, port de charges supérieures à 5 kg, mouvements répétitifs d'élévation ou de rotation de l'épaule D. Pieds : marche au-delà de 1 km, marche sur terrain irrégulier ou sur une échelle, position statique debout au-delà de 30 minutes, position debout avec possibilité de déplacements au-delà de 45 minutes, postures en porte-à-faux. Il n'y a pas de limitation pour la position assise. Sur le plan psychiatrique, en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y a pas de limitations fonctionnelles. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? Sur le plan ostéoarticulaire, il y a une incapacité de travail de 100% comme aide-fleuriste depuis le 02 02.1996, date de la survenue de la chute, ayant entraîné une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule D. Sur le plan psychiatrique, l'examen psychiatrique SMR du 21 01.2003 retenait une incapacité de travail de 80% dans toute activité. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? L'incapacité de travail est restée totale dans l'activité habituelle sur le pan ostéoarticulaire. Sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail devient nulle en mars 2008. Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance mécanique de l'épaule D dans les suites de la réparation chirurgicale de la coiffe des rotateurs avec persistance d'une déchirure superficielle du tendon du muscle sus-épineux et par la tolérance mécanique des pieds dans le cadre d'une arthrose. Le comportement douloureux et les autolimitations présentées par l'assurée ne sont pas incapacitants d'un point de vue biomédical mais représentent un obstacle pour la reprise d'une activité professionnelle. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles ménageant

l'épaule D et les pieds, il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité de travail sur le plan ostéoarticulaire. Capacité de travail exigible Dans l'activité habituelle : 0% Dans une activité adaptée : 100% sur le plan ostéoarticulaire au moins depuis le 12.09.2014. A traduire en termes de métiers par un spécialiste en réadaptation. " Aux termes d'un projet de décision du 4 février 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de supprimer la rente d'invalidité pour les motifs suivants : " Vous êtes au bénéfice d'une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% depuis le mois de février 1997. Lors de la présente révision du dossier, vous avez été soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès du Service médical régional au mois de septembre 2014. Il ressort des conclusions des experts que vous ne présentez plus de diagnostics invalidants. En effet, à la date de l'examen clinique au plus tard, soit dès le mois de septembre 2014, une pleine capacité de travail peut raisonnablement être exigée de vous. Vous ne présentez donc plus d'invalidité. Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, le droit à la rente s'éteint. " L'assurée, sous la plume de son conseil, s'est opposée à ce projet par écriture du 30 mars 2015. Elle a pour l'essentiel invité l'OAI à revoir sa position et, dans l'hypothèse où l'office maintiendrait son projet de décision, à être « à tous le moins et subsidiairement » mise au bénéfice de mesures de réadaptation dès lors que cela faisait près de vingt ans qu'elle n'avait plus de lien avec le monde professionnel. Par décision du 24 avril 2015, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité en considérant notamment ce qui suit : " Vous êtes au bénéfice d'une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% depuis le mois de février 1997. Lors de la présente révision du dossier, vous avez été soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique auprès du Service médical régional au mois de septembre 2014. Il ressort des conclusions des experts que vous ne présentez plus de diagnostics invalidants. En effet, à la date de l'examen clinique au plus tard, soit dès le mois de septembre 2014, une pleine capacité de travail peut raisonnablement être exigée de vous dans une activité adaptée à vos limitations fonctionnelles (activités au-dessus de l'horizontale avec le membre supérieur droit, port de charge limité à 5 kg, mouvements répétitifs d'élévation ou de rotation de l'épaule droite, marche au-delà de 1km, sur terrain irrégulier ou montée aux échelles, position statique debout au-delà de trente minutes, position debout avec possibilités de déplacement au-delà de 45 minutes, posture en porte-à-faux). Pour déterminer la perte économique que vous subissez, il convient de comparer le revenu que vous pourriez réaliser en bonne santé dans votre ancienne activité d'aide-fleuriste, soit CHF 54'821.-, avec le revenu auquel vous pourriez prétendre dans une activité adaptée. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances (TFA), lorsque l'assuré n'a pas – comme c'est votre cas – repris d'activité professionnelle, on peut se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique, pour estimer le revenu d'invalidé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, CHF 4112.- par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA1; niveau de compétence 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures ; La Vie économique, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4286.76 (CHF 4112 x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 51441.12. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2012 à 2014 (+ 0.70 % ; La Vie

économique, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 51801.20 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a). Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 126 V 80 consid.5b/cc). Compte tenu de votre âge et de vos limitations fonctionnelles, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié. Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 46621.08. Votre degré d'invalidité découle du calcul suivant : Comparaison des revenus : sans invalidité CHF 54821.00 avec invalidité CHF 46821.08 La perte de gain s'élève à CHF 7999.92 = un degré d'invalidité de 15% Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne plus droit à une rente. Notre décision est par conséquent la suivante : La rente sera supprimée dès le 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois qui suit la notification de la décision ." L'OAI a en outre adressé le même jour à l'assurée une lettre ainsi rédigée : " Dans votre courrier du 30 mars 2015, vous contestez notre position et indiquez que l'état de santé de Madame Z.N. \_\_\_\_\_ ne lui permet pas d'exercer une quelconque activité. Cependant, vous nous demandez « subsidiairement » la mise en place de mesures professionnelles. Vos arguments ne nous permettent pas de revoir notre position, notamment au niveau médical, puisque vous n'apportez aucun élément nouveau susceptible de remettre en question les conclusions des experts du Service médical régional. En outre, après calcul du préjudice économique par notre division de réadaptation, il s'avère que votre mandante ne remplit pas les conditions pour des mesures professionnelles, puisque sa perte économique n'est que de 15% (cf. calcul sur décision ci-jointe). Seule une aide au placement peut lui être octroyée. Au vu de ce qui précède, les termes de notre projet de décision du 6 février 2015 peuvent être maintenus. " Une aide au placement a été accordée le 24 avril 2015 à l'assurée, qui y a renoncé par lettre datée du 29 mai 2015 en se référant à un recours déposé contre la décision du 24 avril 2015. G. Agissant par l'entremise de son conseil, Z.N. \_\_\_\_\_ a recouru le 1<sup>er</sup> juin 2015 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de cette décision et à la reconnaissance de son droit à une rente AI telle que fixée avant la décision litigieuse, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants. A titre liminaire, la recourante requiert le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le fond, elle reproche aux médecins du SMR de n'avoir entrepris aucune démarche pour confirmer ou infirmer les importantes atteintes à la santé qu'elle leur a clairement exposées et, selon elle, de s'être contentés d'anciens rapports médicaux pour nier les douleurs physiques et psychiques subies dans sa vie quotidienne. Par réponse du 19 août 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Par réplique du 14 septembre 2015, la recourante confirme ses conclusions et soutient être incapable d'effectuer ses tâches ménagères. En annexe, elle produit un rapport du 10 septembre 2015 du Dr R. \_\_\_\_\_ dont la teneur est la suivante : " Le suivi régulier de Mme Z.N. \_\_\_\_\_ me permet de vous donner les informations suivantes. Sur le plan somatique, elle souffre depuis de nombreuses années de douleurs avec limitation de la mobilité de l'épaule droite. Le bilan radiologique, demandé par le Dr H. \_\_\_\_\_ le 07.10.2014 montre : - Déchirure intéressant la surface articulaire du tendon du muscle supra-épineux, s'étendant en région intra-tendineuse sur une

distance de 10mm. - Bursite sous-acromio-deltoïdienne. Ces lésions devraient être la cause du mal dont souffre Mme Z.N. \_\_\_\_\_ et justifieraient la limitation de la mobilité de son épaule droite. Sur le plan psychique, elle a été suivie à la polyclinique psychiatrique de [...] pour une dépression. Le suivi et la prescription de médicament psychotrope sont ensuite rassurés [sic] par moi-même. Son état psychique est stationnaire sous le traitement et nous continuerons ainsi. " Par duplique du 6 octobre 2015, l'OAI maintient ses conclusions. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. 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'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGGA). En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 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 et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) Est litigieuse, en l'occurrence, la question du droit à la rente de la recourante. 3. En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGGA, 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGGA. 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 (cf. ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5, 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; cf. TF 9C\_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGGA 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 (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI],

Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833). 4. Sur le plan procédural, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation professionnelle (cf. TF 9C\_283/2016 du 5 décembre 2016 consid. 6.2 et les références citées). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (cf. art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (cf. art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (cf. TF 9C\_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 avec les références). En l'espèce, l'OAI a considéré en 2015 que la recourante n'avait plus droit à une rente d'invalidité alors qu'elle était au bénéfice d'une telle rente depuis 1997, soit depuis plus de quinze ans. L'office n'a pas examiné la question des mesures d'ordre professionnel sous cet angle, se limitant à observer que le taux d'invalidité de 15% n'ouvrait pas de droit à des mesures de reclassement. Pour ce premier motif, il y a lieu d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il procède conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, ceci dans l'hypothèse d'une réduction ou suppression de rente. 5. Sur le fond, il y a lieu d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est modifié depuis la décision du 22 novembre 2006. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70%. b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a un recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). c) 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées ; cf. TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (cf. consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 et les références). Il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; cf. TF 9C\_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1, 9C\_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 et 9C\_745/2010 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2, avec la jurisprudence citée). 6. a) En l'espèce, sur le plan somatique, lors de la décision du 22 novembre 2006, les Drs M.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ont posé le 27 mars 2003 les diagnostics de souffrance de la coiffe des rotateurs après réparation chirurgicale et après maladie de Südeck, avec discrète limitation fonctionnelle. Ils ont estimé l'incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-jardinière et de l'ordre de 40 à 50% dans une activité adaptée semi-sédentaire, où le membre supérieur droit ne serait que peu sollicité, avec limitations des charges à 1 kg, ainsi que limitation des mouvements de rotation externe au-delà de 30° et d'abduction-antépulsion au-delà de 70°. Ils ont observé que la recourante présentait une pathologie dégénérative de la coiffe des rotateurs à droite avec, comme témoin actuel, une rupture du long chef du biceps et une diminution radiologique de l'espace sous-acromial. Toutefois, ils ont relevé qu'il existait des phénomènes d'amplification et qu'il était difficile d'interpréter électivement les tests isométriques et les mouvements d'amplitude de l'épaule, la recourante adoptant une attitude

d'épargne du membre supérieur, qui était défavorable et sans doute responsable de la discrète amyotrophie proximale constatée. Le 17 octobre 2005, le Dr R. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status après opération de la coiffe des rotateurs avec séquelles douloureuses et limitation de l'épaule droite, état dépressif d'intensité moyenne et arthrose évoluée de l'articulation astragalo-scaphoïdienne bilatérale. Il a indiqué que l'état de santé de la recourante était stationnaire et que, depuis juillet 2002, il la voyait régulièrement à la consultation pour des douleurs persistantes de l'épaule droite. Il a considéré que l'incapacité de travail était totale dans toute profession en raison de la chronicité de la maladie de la recourante, dont l'évolution n'était pas favorable. Par la suite, dans son rapport du 15 mars 2010, le Dr R. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de la recourante était stationnaire. Il a mentionné que suite à l'opération de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, elle présentait des douleurs persistantes et une limitation de la mobilité de cette épaule. Il a constaté en outre des douleurs aux chevilles. Interpellé dans le cadre de la procédure de révision ayant abouti à la décision attaquée, le Dr R. \_\_\_\_\_ n'a pas donné d'autres renseignements sur le plan somatique dans son rapport du 27 mars 2013. Il n'a pas décrit l'évolution de l'état de santé de la recourante, mais s'est limité à évoquer les douleurs dont elle lui avait fait part, sans mentionner de constatations objectives. Il n'a d'ailleurs pas donné de précisions sur son appréciation de la capacité de travail au niveau somatique. Ses conclusions ne peuvent dès lors être suivies. Tel n'est en revanche pas le cas des conclusions formulées par les Drs H. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 31 octobre 2014. Ils ont posé les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail de douleur chronique de l'épaule droite, dans un contexte de déchirure tendineuse partielle du sus-épineux avec calcification hétérotopique de la face inférieure de l'acromion, et d'arthrose de l'articulation astragalo-scaphoïdienne bilatérale. Après avoir fait effectuer des examens radiologiques, ils ont expliqué que malgré la réparation de la coiffe des rotateurs effectuées en 1996, la recourante présentait une déchirure superficielle du tendon distal du muscle sus-épineux, sans atrophie de ce muscle selon l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du 7 octobre 2014, cette atteinte chronique de la coiffe des rotateurs justifiant des limitations pour les activités au-dessus de l'horizontale, le port de charges et les mouvements répétitifs d'élévation du bras ou de rotation ; l'examen clinique et le bilan radiologique ne montraient aucun signe d'algoneurodystrophie, cette complication postopératoire s'étant ainsi résolue. Les Drs H. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ ont en outre tenu compte de l'arthrose du pied qui entraînait des limitations concernant les postures debout prolongées ou les longues marches, de même que les postures en porte-à-faux. Au vu de ces limitations fonctionnelles, ils ont estimé que l'activité d'aide-fleuriste ne pouvait pas être reprise mais que dans une activité adaptée à celles-ci, il n'y avait pas lieu de retenir d'incapacité de travail sur le plan ostéoarticulaire, ceci dès la date de leur examen en septembre 2014. Le rapport des médecins du SMR fait état des plaintes de la recourante et comporte une anamnèse. Leurs conclusions, sur le plan somatique, reposent sur l'examen clinique de la recourante, l'ensemble du dossier, ainsi qu'un bilan radiologique. Elles sont ainsi fondées sur un examen approfondi du cas de l'assurée. Exemptes de contradictions, elles ne sont mises en doute par aucun autre rapport médical et ont ainsi valeur probante. Il y a dès lors lieu de retenir que l'état de santé de la recourante sur le plan somatique s'est amélioré depuis septembre 2014, sa capacité de travail étant depuis lors entière dans une activité adaptée. b) aa) Sur le plan psychiatrique, les Drs M. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont posé en 2003 les diagnostics de trouble douloureux secondaire et trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère chez une personnalité émotionnellement labile à traits narcissiques et abandonniques entraînant

une incapacité de travail de 80% dans toute activité. Ils ont toutefois considéré que l'absence de traitement psychiatrique instauré par les médecins traitants jouait un rôle défavorable et que la recourante devait impérativement être suivie et traitée, sa capacité de travail ayant alors de bonnes chances de s'améliorer. Le 27 septembre 2005, le Dr S.\_\_\_\_\_ a constaté un épisode dépressif moyen, avec un syndrome douloureux somatoforme. Après plusieurs approches psychothérapeutiques, l'état dépressif a rétrogradé à l'époque de moyen à léger, mais il s'agissait du seul changement à enregistrer selon ce praticien. Le 10 avril 2006, la Dre O.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique. Elle a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'aggravait, étant précisé que le traitement avait duré du 17 octobre au 23 novembre 2005, la recourante ayant bénéficié de quatre entretiens psychiatriques d'investigation à la policlinique psychiatrique, suivis d'un entretien de restitution au cabinet du médecin traitant, le Dr R.\_\_\_\_\_. Le pronostic quant à une amélioration notable de l'état psychique lui semblait réservé compte tenu de la chronicité du trouble dépressif et de l'importance du syndrome somatique. Le 12 septembre 2006, le Dr R.\_\_\_\_\_ a signalé que l'assurée n'était plus prise en charge sur le plan psychiatrique et qu'elle était suivie à sa consultation pour des entretiens de soutien psychologique et pour le traitement antidépresseur. Lors de la décision attaquée, le Dr R.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 8 octobre 2013, a posé le diagnostic d'état dépressif, épisode actuel moyen, et expliqué que la recourante avait encore été suivie à la Policlinique psychiatrique de [...] de février 2007 à février 2008, où elle avait été au bénéfice de séances de psychothérapie et d'ergothérapie, et sous traitement d'antidépresseur. Il a précisé que durant le suivi à [...], la recourante présentait une importante fatigabilité, et trouvait que les séances thérapeutiques étaient trop stressantes, de sorte qu'elle se trouvait épuisée après la thérapie avec péjoration des douleurs de l'épaule et des céphalées. D'entente avec le psychiatre traitant, le suivi avait été interrompu en février 2008, la recourante étant suivie par le Dr R.\_\_\_\_\_ et le traitement d'antidépresseur ayant été arrêté à cause des effets secondaires (fatigue, céphalées et somnolence). Puis, dans leur rapport du 31 octobre 2014, les Drs H.\_\_\_\_\_ et K.\_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ; ils ont estimé que ces diagnostics ne présentaient pas de caractère incapacitant, dès lors que le syndrome somatique de la dépression n'était pas présent et que l'épisode dépressif objectivé devait être considéré comme partie intégrante du trouble douloureux. En outre, après examen de certains critères relatifs au syndrome douloureux somatoforme persistant, ces praticiens ont conclu à l'absence d'incapacité de travail sur ce plan. bb) C'est toutefois le lieu de relever qu'au cours des dernières années, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 130 V 352 et 131 V 49). Or, dans un arrêt publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a toutefois modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (cf. ATF 141 V 281 consid. 4 ss ; cf. consid. 3c/bb infra).

Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.7). Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2). Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). Dans le cas présent, les médecins du SMR, qui ont posé le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ont examiné la capacité de travail de la requérante au regard des critères dégagés par l'ancienne jurisprudence prévalant en matière de troubles somatoformes douloureux, de sorte que leurs conclusions sur le plan psychiatrique ne peuvent être suivies telles quelles. Les éléments figurant au dossier ne permettent en outre pas à la Cour de céans de déterminer la capacité de travail de la requérante réellement

exigible au moyen d'un catalogue d'indicateurs. La cause doit donc être annulée pour ce motif également.

7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_16212007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, au vu des lacunes d'instruction, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA. L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier sur le plan médical par une évaluation psychiatrique. Il aura aussi à tenir compte de l'évolution de l'état de santé de la recourante sur le plan somatique depuis l'examen des médecins du SMR du 12 septembre 2014. Dans l'hypothèse où la rente devrait être réduite ou supprimée, des mesures d'ordre professionnel devront être ordonnées.

c) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres arguments invoqués par la recourante.

8. a) En conséquence, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. 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 d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 2'500 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (cf. art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD), ce montant couvrant largement l'indemnité d'office qui aurait été allouée à Me Peca. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce :

I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 24 avril 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction puis nouvelle décision. III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le

canton de Vaud versera à Z.N.\_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Astyanax Peca (pour Z.N.\_\_\_\_\_), ■ 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). La greffière :

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