

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 217 vom 15. April 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-04-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__217

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 217 du 15 avril 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 217 del 15 aprile 2024

Regeste

DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, DÉCISION DE RENVOI, RECONSIDÉRATION | 28 LAI, 4 LAI, 53 al. 2 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales Arrêt / 2024 / 217

DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, DÉCISION DE RENVOI, RECONSIDÉRATION | 28 LAI, 4 LAI, 53 al. 2 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 237/23 - 114/2024 ZD23.036560 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 15 avril 2024 _____ Composition : Mme Pasche , présidente
Mme Durussel, juge, et M. Peter, assesseur Greffière : Mme Neurohr ***** Cause
pendante entre : G. _____ , à [...], recourante, représentée par Procap Suisse, Service
juridique, à Bienne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey,
intimé. _____ Art. 53 al. 2 LPGA ; art. 4 et 28 LAI. E n f a i t : A. a)
G. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, mariée et mère de quatre
enfants, coiffeuse de formation, travaillait 23 heures par semaine en tant qu'auxiliaire
d'imprimerie pour la société [...] SA, depuis 1990, et assurait en parallèle la conciergerie de
son immeuble depuis 1995. Le 13 décembre 1999, l'assurance-maladie collective de [...] SA
a informé l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou
l'intimé) que l'assurée était incapable de travailler depuis le 11 janvier 1999. Dans un
formulaire complété le 22 février 2000, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle
travaillerait à 60 % par nécessité financière. Le 7 mars 2000, elle a adressé à l'OAI une
demande de prestations, annonçant souffrir d'un cancer de la glande thyroïde décelé en
octobre 1998, de douleurs dans le bras, de maux de tête et de vertiges. Une enquête
ménagère a été réalisée le 1 er décembre 2000 au domicile de l'assurée. L'enquêtrice a
retenu que l'intéressée était empêchée à raison de 14 % dans ses activités ménagères, plus
particulièrement pour la préparation de l'alimentation, l'entretien du logement et des
vêtements ainsi que les soins aux membres de la famille. Dans un rapport d'examen
clinique du 14 octobre 2002, les médecins au Service médical régional de l'AI (ci-après : le
SMR) O. _____, spécialiste en médecine interne générale, et I. _____, spécialiste en
psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1), de
syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de traits de personnalité immature et
dépendante et de status après thyroïdectomie totale pour carcinome. Le trouble psychique
chronique correspondait à une atteinte durable de la santé et justifiait une incapacité de
travail à 50 %. Toute activité ne nécessitant pas le soulèvement régulier de charges de plus

de 5 kg, ni de travail prolongé au-dessus de l'horizontale, ainsi que de positions statiques prolongées, pouvait être exercée à 50 %. La capacité de travail était susceptible d'être améliorée par une prise en charge psychiatrique ambulatoire accompagnée d'un traitement médicamenteux. Une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable pour l'heure. Par décision du 25 juillet 2003, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente. Compte tenu d'un statut 60 % actif et 40 % ménager, d'un empêchement de 19,73 % dans l'activité professionnelle et d'un empêchement de 14 % dans l'activité ménagère, l'OAI a constaté que l'invalidité globale se montait à 17,43 % (11,83 % + 5,6 %).

b) Le 4 juin 2004, l'assurée, désormais séparée de son époux, a adressé à l'OAI une nouvelle demande de prestations, indiquant souffrir de problèmes au dos et aux bras, d'arthrose cervicale et de douleurs nerveuses. Dans un rapport du 12 juillet 2004, la Dre T. _____, psychiatre traitante depuis novembre 2003, a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, celle-ci souffrant de dépression grave répondant mal au traitement avec des moments de crises. Le moral était sinistré par des problèmes de couple et par l'incarcération de l'un de ses fils. Le 13 juillet 2004, le Dr Q. _____, spécialiste en médecine interne générale, a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée en raison de la séparation d'avec son mari et de l'incarcération de son fils. Après avoir recueilli des rapports auprès des médecins consultés, le SMR a relevé, dans un avis du 7 avril 2005, que les rapports d'examen rhumatologique mentionnaient une extension des douleurs (totalgie) sans atteinte fonctionnelle objective. Du point de vue psychique, l'aggravation de l'état anxio-dépressif paraissait liée à des événements familiaux circonstanciels et ne représentait pas une perte durable de la capacité de travail, la psychiatre traitante ayant rapporté une amélioration. La capacité de travail avait quoi qu'il en soit été reconnue comme diminuée à 50 % et il n'y avait pas matière à revenir sur le rapport SMR du 14 octobre 2002. Le 9 mai 2006, l'OAI a constaté, lors d'un examen du dossier de l'assurée, que son statut familial avait changé et qu'elle travaillerait désormais à 100 %, depuis la séparation d'avec son époux. Aussi, après comparaison des revenus, le degré d'invalidité s'élevait à 55,18 %. Par décision du 12 juin 2006, l'OAI a accordé à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité, fondé sur un degré d'invalidité de 55 %, dès le 1^{er} juillet 2006. L'OAI a précisé que le droit était reconnu depuis le 16 mai 2004 et qu'une décision serait rendue ultérieurement pour la période de mai 2004 à juin 2006. Le 10 novembre 2006, l'OAI a rendu une décision s'agissant du droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} mai 2004 au 30 juin 2006.

c) Une procédure de révision d'office du droit à la rente a été initiée en mai 2008. Dans un rapport du 18 juillet 2008, le Dr Q. _____ a posé les diagnostics incapacitants d'état dépressif, de rachialgies diffuses sur troubles statiques, de discopathies C6-C7 et L4-L5 et de périarthrite scapulo-humérale droite, ainsi que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de cholécystectomie pour lithiase, de carcinome papillaire de la thyroïde actuellement en rémission et d'obésité. La situation de l'assurée était stable, hormis s'agissant des douleurs lombaires qui étaient en légère augmentation. Le 17 février 2009, la Dre [...] a indiqué que la situation de l'assurée était stable au niveau du suivi en endocrinologie. Dans un rapport du 1^{er} mai 2009, le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué avoir suivi l'assurée de manière régulière depuis septembre 2005 en raison d'un état dépressif léger à moyen avec syndrome somatique. Depuis septembre 2007, le suivi était irrégulier et s'était achevé en juillet 2008. Dans une communication du 11 mai 2009, l'OAI a informé l'assurée que son degré d'invalidité ne s'était pas modifié au point d'influencer son droit à une rente, lequel demeurerait inchangé.

d) En mai 2013, l'OAI a initié une deuxième procédure de révision d'office du droit à la rente

de l'assurée. Après avoir recueilli les premiers rapports auprès des médecins traitants, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire dont la réalisation a été confiée au Centre B._____ (ci-après : Centre B._____). Dans leur rapport du 12 juin 2015, les Drs J._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu le diagnostic incapacitant d'arthrose acromio-claviculaire et gléno-humérale droite, conflit sous-acromial et tendinopathie de la coiffe des rotateurs possible (dès 2000). A titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, ils ont retenu que l'assurée souffrait d'état anxieux d'intensité légère (F41.1), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis et d'hypothyroïdie substituée (dès 1999), de status post curiethérapie en 1999, de status après thyroïdectomie totale pour un carcinome papillaire du lobe thyroïdien droit, de vertiges d'origine indéterminée (2010 environ), d'obésité, d'hypertension artérielle et d'accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1). Les experts ont relevé un important décalage entre l'aggravation rapportée et les activités réalisées par l'assurée au quotidien. Ils ont constaté un tableau psychiatrique plutôt modeste, avec une certaine sensibilité anxieuse et une légère fragilité de personnalité sous-jacente, mais sans état dépressif proprement dit. Sur le plan rhumatologique, l'expert J._____ a retenu le diagnostic de syndrome douloureux, en raison de plaintes douloureuses importantes non entièrement explicables. Ce trouble n'était pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère, il n'y avait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, ni de perte d'intégration sociale, ni d'état psychique cristallisé, ni d'échec des traitements ambulatoires. Il existait un important déconditionnement, rendant nécessaire un réentraînement. Les experts ont conclu à une pleine capacité de travail depuis le début de l'année 2014, dans une activité ne nécessitant pas d'amener les bras au-dessus du plan horizontal, pas de manipulation de poids de 5 kg et permettant l'alternance des positions debout/assise. Sollicité pour avis, le SMR a estimé le 3 juillet 2015 qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions des experts du Centre B._____. Le 23 février 2016, il a relevé que les problèmes de santé avaient été clairement identifiés par les experts, que la personnalité et les ressources de l'assurée lui avaient permis d'adapter son fonctionnement durant 10 ans, que son contexte social était préservé, qu'elle rapportait des moments de plaisir et que l'on ne trouvait pas de limitations objectives dans les actes de la vie. Il n'y avait pas de séjour en milieu psychiatrique ou de suivi depuis 10 ans et la médication antalgique était prise à la demande. À la lumière des indicateurs, les conclusions du Centre B._____ pouvaient être maintenues. Lors d'un entretien de réadaptation du 11 novembre 2016, l'OAI a proposé à l'assurée de réaliser une mesure de réinsertion sous la forme d'un entraînement à l'endurance. L'assurée s'est entretenue avec son médecin traitant avant d'accepter. L'OAI a pris en charge les frais d'une mesure d'entraînement à l'endurance auprès de la Bulle d'Argile, du 20 février au 19 mai 2017. La mesure a été prolongée jusqu'en août puis en octobre 2017, pour permettre à l'assurée d'augmenter sa présence, au vu des progrès constatés lors de la phase initiale. Lors d'un entretien de réseau du 31 octobre 2017, l'OAI a invité l'assurée à poursuivre le processus de réinsertion auprès de Polyval. L'assurée doutait de ses possibilités, craignant de se retrouver dans un environnement moins familial que celui de la Bulle d'Argile où elle appréciait les activités et l'ambiance, mais ne s'y est pas opposée. Afin de l'aider dans cette transition, l'OAI lui a proposé d'effectuer un stage de 15 jours à Polyval en novembre 2017, en prévision d'un transfert au mois de janvier 2018. L'OAI a prolongé la mesure octroyée. Le 8 janvier 2018, l'assurée a débuté une mesure de réinsertion auprès de Polyval sous la forme d'un

entraînement progressif, après un stage favorable accompli à 60 % tous les jours. Lors d'un entretien de bilan du 2 mai 2018, le maître socio-professionnel de Polyval a indiqué que la transition de l'assurée s'était bien déroulée, celle-ci étant désormais à 80 % avec deux après-midis de congé par semaine pour garder ses petits-enfants. L'assurée était régulièrement présente et ponctuelle et les travaux étaient réalisés à satisfaction, sans fatigue ni baisse de rendement. Si l'assurée pensait qu'elle n'était pas prête à travailler en économie, cela ne correspondait pas aux observations. Il a été décidé de passer à l'étape suivante et de rechercher une place de stage avec l'aide de Polyval. L'OAI a ainsi pris en charge les frais d'un soutien à la place de travail. Après une période d'arrêt maladie en juin 2018, l'assurée a débuté un stage à 50 % auprès de [...] SA le 27 août 2018, réalisant des tâches similaires à celles effectuées chez Polyval. Les deux premières semaines d'octobre 2018, l'assurée a travaillé à 70 %, mais a ressenti des vertiges et des angoisses et a été mise en arrêt total de travail depuis le 16 octobre 2018. L'arrêt maladie a par la suite été prolongé. Le stage a pris fin le 26 octobre 2018, d'entente entre les parties. Lors d'un entretien de réseau du 26 novembre 2018, il a été rapporté que malgré de bonnes compétences constatées en stage, l'employeur s'était étonné de la faible vitesse de travail de l'assurée. Cette dernière n'était pas intéressée à continuer la mesure, était anxieuse en raison de la résiliation de son contrat de bail et était dans l'attente d'une consultation spécialisée pour ses douleurs aux mains. Le 7 décembre 2018, Polyval a adressé à l'OAI le rapport final de stage concernant l'assurée. Dans son rapport final de réadaptation du 22 février 2019, l'OAI a estimé que compte tenu des observations effectuées pendant les mesures, l'échec de la réinsertion actuelle ne pouvait être attribué essentiellement à l'atteinte à la santé. L'assurée avait exprimé à plusieurs reprises la conviction d'être inapte à une reprise de travail en économie ce qui avait pu affecter son engagement. Cette attitude plutôt réticente à retravailler avait déjà été remarquée en 2005. Dans son rapport du 29 novembre 2005, il était rapporté que « Mme G. _____ ne s'estime pas apte à reprendre une quelconque activité professionnelle. Il apparaît clairement qu'elle ne peut entrer dans une démarche constructive en vue d'une réinsertion professionnelle ». L'OAI a procédé au calcul des revenus avec et sans invalidité. Sollicité pour avis, le SMR a retenu, le 25 février 2020, que la situation anxio-dépressive avait été stationnaire, mais fluctuante, jusqu'en printemps 2019, suivie d'une péjoration réactionnelle depuis mars 2019. Si le psychiatre traitant estimait que la capacité de travail était nulle dans toute activité, l'aggravation psychique actuelle paraissait toutefois liée à un évènement familial circonstanciel et ne représentait pas une perte durable de la capacité de travail dans toute activité. Le SMR a également relevé des incohérences entre, d'une part, l'aggravation décrite dès mars 2019 et, d'autre part, l'absence d'un suivi régulier, un traitement antidépresseur très léger et aucune hospitalisation en milieu psychiatrique jusqu'à ce jour. Il a ainsi conclu que l'évolution psychiatrique était stationnaire depuis au moins 2015 (date de l'expertise), en présence de fluctuations réactionnelles connues mais jamais durablement incapacitantes, chez une assurée présentant de bonnes ressources. Il n'y avait donc pas d'éléments cliniques objectifs justifiant une aggravation significative sur le plan psychiatrique. L'état psychique était similaire à celui connu en 2015 avec une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Sur le plan somatique, le nouveau diagnostic de discrète atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, sans menace fonctionnelle au niveau de deux mains et sans indication chirurgicale, ne représentait pas une atteinte durablement incapacitante. La situation somatique était inchangée depuis 2015. Par décision du 2 juin 2020, l'OAI a refusé d'augmenter la rente de l'assurée, retenant qu'aucun élément objectif ne confirmait une

aggravation susceptible de modifier les limitations fonctionnelles actuelles et le droit à la demi-rente fondé sur un degré d'invalidité de 55 %. e) Dans un rapport du 9 juin 2021 adressé à l'OAI, le Dr D._____ a indiqué que l'assurée souffrait d'une recrudescence importante et durable de la symptomatologie anxieuse et dépressive pour laquelle des investigations étaient en cours. Le 15 juillet 2021, l'assurée a adressé à l'OAI un formulaire de demande de révision de rente. Elle a joint un rapport établi le 12 juillet 2021 par le Dr D._____, dans lequel il retenait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.1), de trouble de l'anxiété généralisé (F41.1) et de trouble mixte de la personnalité, avec des traits essentiellement abandonniques, immatures et dépendants (F61.0). Il précisait que la situation s'était aggravée en avril 2021, sans facteur de crise identifié, ce qui avait nécessité l'augmentation du traitement antidépresseur puis le changement de celui-ci en juillet 2021. Depuis avril 2021, l'assurée était totalement incapable de travailler dans toutes activités. Elle présentait actuellement les limitations fonctionnelles suivantes : ralentissement psychomoteur, fatigue et fatigabilité, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de l'estime de soi et symptômes anxieux sévères apparents. Elle a également joint un rapport du 11 juillet 2021 du Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale, dans lequel celui-ci indiquait que la symptomatologie tant somatique que psychiatrique n'avait fait qu'empirer depuis la révision de 2015-2016, que l'assurée présentait une obésité en péjoration et des douleurs polyarticulaires quotidiennes qui la limitaient dans ses déplacements, le port de charge et la capacité à tenir une position assise ou debout de façon prolongée. Il relevait une péjoration thymique avec verbalisation d'idéation suicidaire régulière en lien avec une précarité financière et des problématiques familiales. Le 29 août 2021, le Dr V._____ a rapporté une péjoration psychique et physique et des ressources limitées, avec une capacité de travail nulle dans toutes activités. Il a renvoyé à son précédent rapport du 11 juillet 2021. Dans un rapport du 9 décembre 2021, le Dr D._____ a fait état d'une chronicisation de la symptomatologie anxio-dépressive, des décompensations périodiques du trouble de la personnalité et un isolement social important depuis l'octroi de la rente. Il a décrit une journée type de l'assurée, laquelle se levait vers 8 heures, prenait un déjeuner frugal et ses médicaments, se reposait, ne prenait en général pas de dîner, sortait parfois 20-30 minutes en ville l'après-midi, préparait un repas lorsque sa fille venait la voir et regardait un peu la télévision. L'assurée était totalement incapable de travailler dans toutes activités et présentait les limitations fonctionnelles suivantes : fatigue, trouble concentration de l'attention, anxiété avec conduite d'évitement, apathie, apragmatisme. Le pronostic était réservé. Le 18 janvier 2022, le SMR a estimé que sur le plan somatique, aucune aggravation de l'état de santé n'était rapportée depuis l'expertise du Centre B._____ de 2015, les limitations fonctionnelles étant superposables à celles qui prévalaient alors. Sur le plan psychiatrique, il a relevé une évolution anxio-dépressive stationnaire, certes fluctuante (comme connue depuis des années) jusqu'en avril 2021, suivie d'une péjoration sans facteur de crise identifié (selon le psychiatre traitant), voire en lien avec certains facteurs psychosociaux (selon le médecin traitant). L'aggravation psychique actuelle paraissait donc réactionnelle et ne représentait pas une perte durable de la capacité de travail dans toutes activités. Le suivi psychiatrique toutes les deux semaines semblait faible pour une atteinte jugée durablement incapacitante, sans nécessité d'une hospitalisation, sans bilan neuropsychologique en dépit des plaintes neurocognitives de l'assurée. Les limitations fonctionnelles n'étaient pas étayées et restaient essentiellement subjectives. L'assurée avait en outre gardé le plaisir de sortir en ville, de préparer les repas et regarder la télévision, ce

qui était incohérent avec une atteinte psychiatrique durablement incapacitante. Il n'y avait donc pas d'éléments objectifs justifiant une aggravation sur le plan psychiatrique depuis l'expertise de 2015. La capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ainsi que les limitations fonctionnelles étaient inchangées. L'OAI a sollicité l'avis de son service juridique qui, dans un compte-rendu de permanence du 8 février 2022, a relevé qu'effectivement, au vu des conclusions de l'expertise de 2015 retenant une capacité de travail entière dans une activité adaptée, la décision de refus d'augmentation de rente était erronée et qu'il n'y avait pas de raison de maintenir la demi-rente. La décision du 2 juin 2020 devait être reconsidérée et la rente supprimée pour l'avenir. Par projet de décision du 21 février 2022, l'OAI a informé l'assurée que sa demi-rente serait supprimée après la notification de la décision pour la fin du mois suivant. A la suite de la demande de révision déposée en juillet 2021, le SMR était arrivé à la conclusion que la situation ne s'était pas modifiée. Lors de la précédente révision débutée en 2013, une expertise avait été confiée au Centre B. _____ qui avait conclu dans son rapport du 12 juin 2015 à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 1^{er} janvier 2014. Par la suite, des mesures de réinsertion avaient été mises en place et un taux de présence de 80 % avait été atteint, avant qu'un arrêt de travail ne mette fin aux mesures. Toutefois, aucune nouvelle pièce médicale n'attestant d'aggravation de l'état de santé, les conclusions de l'expertise demeuraient valables. Par erreur, l'OAI avait toutefois adressé un projet de refus d'augmentation de la demi-rente en date du 20 mars 2020, confirmé par décision du 2 juin 2020. Ainsi, c'était à tort que le droit à la demi-rente avait été maintenu. Cette décision devait être reconsidérée pour l'avenir, en tenant compte d'une capacité de travail totale depuis le mois de janvier 2014 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui étaient toujours les suivantes : pas de travail nécessitant d'amener les bras au-dessus du plan horizontal et limitation de manipulation de poids à 5 kg, activité permettant l'alternance des positions debout/assise. Après comparaison des revenus, l'assurée ne subissait plus de perte de gain donnant droit à une rente. La demi-rente devait ainsi être supprimée. Le 31 mars 2022, l'assurée, désormais représentée par Procap, a fait part de ses objections, relevant que l'instruction était incomplète, en l'absence d'évaluation neuropsychologique, et qu'il était impossible pour elle de mettre à profit une capacité de travail sur le marché réel de l'emploi, ce d'autant qu'elle avait 59 ans et percevait une rente depuis plus de 18 ans. En réponse à un complément d'informations, le Dr D. _____ a détaillé à l'OAI, dans un rapport du 3 octobre 2022, une journée type de l'assurée et précisé que lorsqu'elle avait besoin de se déplacer en voiture, elle empruntait celle de son ex-mari, lequel l'avait par ailleurs conduite en Italie pour rendre visite à sa mère malade durant l'été 2022, et qu'elle sollicitait l'aide de sa fille ou de sa belle-fille pour ses courses ou faire des démarches officielles. Le 13 décembre 2022, le Dr D. _____ a confirmé les diagnostics précédemment retenus et son appréciation de la capacité de travail. Il a rapporté les plaintes de l'assurée et indiqué avoir constaté une thymie triste, parfois des pleurs pendant les entretiens, une hypomimie, une anhédonie, une apathie, un apragmatisme, une anxiété flottante importante avec conduites d'évitement et ruminations anxieuses, un sentiment d'insuffisance et de manque de confiance, un sentiment d'être perdue dans toute situation imprévisible ou à laquelle elle n'était pas préparée, une projection négative de l'avenir et des idées suicidaires passives. Le Dr D. _____ a détaillé le traitement médicamenteux de l'assurée et précisé que les dosages du taux sérique effectués les 5 octobre et 15 novembre 2022 étaient dans la fourchette thérapeutique, montrant une bonne compliance. Dans un avis du 20 juin 2023, le service juridique de l'OAI a rapporté avoir consulté le SMR qui estimait que les éléments

fournis par le psychiatre traitant ne permettaient pas de conclure à une incapacité de travail ni à une aggravation de la situation. La situation était inchangée. Par décision de reconsidération du 23 juin 2023, l'OAI a supprimé la demi-rente de l'assurée, conformément à son projet de décision. Dans un courrier explicatif du même jour, l'OAI a indiqué que le SMR avait estimé qu'il n'y avait pas d'aggravation de la situation psychique, qui était superposable à celle connue en 2020. Les informations apportées par le psychiatre traitant en décembre 2022 n'attestaient pas non plus une aggravation. Au vu de la situation médicale inchangée, le projet de décision était confirmé. B. Par acte du 28 août 2023, G. _____, toujours représentée par Procap, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, concluant à son annulation et au maintien du droit à une demi-rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. La recourante a contesté le fait que la décision du 2 juin 2020 repose sur une erreur, relevant que les experts avaient conclu à une capacité de travail médico-théorique qui ne s'était pas concrétisée lors des mesures octroyées par l'OAI. L'intimé avait par conséquent rendu la décision de refus d'augmentation de rente en toute connaissance de cause. Au demeurant, compte tenu de son âge et de la perception d'une rente depuis 15 ans, il y avait lieu de présumer qu'elle ne pouvait pas entreprendre de son propre chef tout ce que l'on pouvait attendre d'elle pour tirer profit de sa capacité résiduelle de travail. Quoiqu'il en soit, les avis du SMR ne pouvaient être suivis, ceux-ci émanant d'un médecin non spécialiste ne l'ayant jamais vue et réfutant de manière non motivée l'avis du psychiatre traitant. Finalement, si une suppression de rente devait être envisagée, des nouvelles mesures de réadaptation devraient être ordonnées, ce qui aurait pour conséquence le maintien de la rente ou le versement d'indemnités-journalières. Dans sa réponse du 27 septembre 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours, renvoyant aux avis du SMR des 25 février 2020 et 18 janvier 2022, ainsi qu'à l'avis du service juridique du 20 juin 2023. S'agissant de la mise en place de mesures de réadaptation avant la suppression d'une rente, l'intimé a relevé que de telles mesures étaient vouées à l'échec, faute d'aptitude subjective à la réadaptation depuis octobre 2018. C'était pour des motifs étrangers à l'invalidité que l'assurée ne s'était pas réinsérée professionnellement alors qu'elle aurait pu le faire à 50 % dès 1999. Répliquant le 20 octobre 2023, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a reproché à l'intimé de proposer une nouvelle lecture restrictive des faits à son détriment, en se fondant sur une appréciation médico-théorique de sa capacité de travail faite par le SMR en 2020 et en retenant qu'elle aurait pu se réinsérer depuis 1999, alors que le moment déterminant pour l'application de la présomption de non-réadaptation était celui de la décision. Le 9 novembre 2023, l'intimé a confirmé ses conclusions, indiquant n'avoir rien à ajouter.

E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 60 et 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé a

violé le droit en supprimant la demi-rente d'invalidité dont bénéficiait la recourante depuis le 1^{er} mai 2004 à partir du 31 juillet 2023 sur la base d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGa) de la décision du 2 juin 2020. 3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGa – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). La réglementation y relative prévoit que l'ancien droit reste applicable en cas de révision d'un droit à la rente né avant le 1^{er} janvier 2022 pour un ayant droit âgé d'au moins 55 ans à cette dernière date (let. c des dispositions transitoires de la nouvelle du 1^{er} janvier 2022). 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGa). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGa comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGa). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGa), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351

consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). d) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2), de dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), de tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418) et de syndromes de dépendance primaire à des substances psychotropes (ATF 145 V 215). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (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 (ATF 141 V 281 consid. 4). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

5. a) 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 (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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 (ATF 144 I 103 consid. 2.1 ; 134 V 131 consid. 3). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 144 I 103 consid. 2.1 ; 141 V 9 consid. 2.3 et les références). La base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108).

b) Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition 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 manifestement 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 140 V 77 consid. 3.1 ; 138 V 147 consid. 2.1 ; 125 V 383 consid. 3 et les références citées). Par le

biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit (ATF 146 V 364 consid. 4.2). Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc). L'exigence du caractère manifestement erroné de la décision est en règle générale réalisée lorsque le droit à des prestations d'assurance a été admis en application des fausses bases légales ou que les normes déterminantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière incorrecte (ATF 140 V 77 précité consid. 3.1 ; 138 V 147 consid. 2.1 ; 125 V 383 consid. 3 et les références citées). c) La jurisprudence admet que l'administration peut revenir en tout temps sur une décision manifestement erronée, même si les conditions pour une révision ne sont pas remplies (ATF 105 V 29 consid. 1c ; 99 V 103 consid. 2 ; 98 V 100 consid. 5 ; arrêt I 859/05 du 10 mai 2006 consid. 2.2). Dans plusieurs arrêts, le Tribunal fédéral a en outre considéré que le fait qu'une rente d'invalidité ait été confirmée dans le cadre de procédures de révision effectuées périodiquement n'empêchait pas la reconsidération d'une décision (initiale) de rente manifestement erronée (TF 9C_401/2014 du 26 novembre 2014 consid. 4.1 avec renvoi à l'arrêt I 859/05 du 10 mai 2006 consid. 2.2 qui renvoie lui-même à l'ATF 105 V 29 précité ; confirmé en dernier lieu par l'arrêt 8C_680/2017 du 7 mai 2018 consid. 4.1.1, publié in SVR 2018 IV 59 p. 190). Dans l'arrêt 9C_125/2013 du 12 février 2014 (consid. 4.4 avec renvoi au consid. 4.1 in fine, non publiés aux ATF 140 V 15), le Tribunal fédéral a explicitement laissé ouverte la question de savoir s'il fallait maintenir l'ancienne jurisprudence selon laquelle les titres de révocation (reconsidération ; révision) devaient être examinés séparément pour chaque décision (arrêt I 130/05 du 10 novembre 2005 consid. 3), ou si, à la lumière de l'ATF 133 V 108 et des arrêts subséquents (TF 9C_101/2011 du 21 juillet 2011 consid. 5.2 par renvoi à 9C_562/2008 du 3 novembre 2008 consid. 6.2.1), il fallait admettre que la décision initiale restait sans effet nonobstant la reconsidération de la décision sur révision (cf. ég. MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3 e éd. 2014, n° 45 ad art. 30-31). Dans l'ATF 140 V 514, le Tribunal fédéral a tranché cette question. Dans ce cas, l'office de l'assurance-invalidité avait initialement reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité, laquelle a été augmentée dans le cadre d'une révision à une rente entière, ce qui s'est avéré manifestement erroné et a entraîné la reconsidération de la décision sur révision. Le Tribunal fédéral a considéré que si une rente d'invalidité était révisée à la hausse ou à la baisse (art. 17 al. 1 LPGA), la décision sur révision remplaçait la décision révisée (ATF 140 V 514 consid. 5.2). Il a précisé qu'il en allait de même lorsque la rente allouée était confirmée après un examen matériel du droit à une rente d'invalidité (cf. ATF 133 V 108). Si, par la suite, la décision sur révision était à son tour révisée ou reconsidérée, la décision initiale ne renaissait pas, sous réserve de la nullité de la décision sur révision. Par conséquent, le droit à une rente devait être examiné librement pour le futur (« ex nunc et pro futuro »), même dans le cas où aucun titre de révocation n'existait en relation avec cette décision antérieure (ATF 140 V 514 précité consid. 5.2 ; cf. ég. TF 8C_117/2019 du 21 mai 2019 consid. 5.1, publié in SVR 2020 UV n°1 p. 1 ; 8C_288/2016 du 14 novembre 2016 consid. 3.3). 6. a) En l'occurrence, une expertise a été confiée au Centre B._____, plus particulièrement aux Drs J._____ et Z._____, qui ont rendu leur rapport le 12 juin 2015. Celui-ci comporte un volet de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie. aa) Sur le plan somatique, le Dr J._____ a établi un status détaillé comportant un volet dermatologique, cardio-vasculaire, pulmonaire, abdominal, ORL, neurologique et rhumatologique. Il a ainsi constaté que les réflexes tendineux étaient présents et symétriques aux quatre membres, sans déficits aux membres inférieurs. La marche sur la

pointe des pieds et sur les talons était possible des deux côtés, en dépit des grimaces et des plaintes douloureuses lors de ces mouvements. La manœuvre de Lasègue entraînait des douleurs lombo-fessières mais pas de sciatalgies. Le bassin et les épaules étaient équilibrés, malgré une asymétrie des plis cutanés du tronc et une attitude scoliotique. La mobilité de la nuque était correcte, sans franche limitation. Les mouvements d'inclinaison latérale, de rotation et d'hyperextension du rachis dorso-lombaire étaient diminués de moitié environ dans toutes les directions et tous les mouvements étaient déclarés douloureux. En position assise, la percussion du rachis dorso-lombaire était douloureuse, comme la palpation de l'ensemble du rachis en décubitus ventral ainsi qu'au niveau cervical haut. La palpation des insertions musculaires sur l'occiput et les crêtes iliaques postérieures était douloureuse, mais il n'y avait pas de contracture paravertébrale nette. L'expert n'a pas relevé d'amyotrophie au niveau des épaules, la rotation externe et la rétropulsion étaient préservées. Les points pour une tendinopathie de la coiffe des rotateurs étaient tous déclarés douloureux à droite, avec une diminution de la force. Les articulations des membres supérieurs et inférieurs ne présentaient pas de signe d'arthrite, synovite ou ténosynovite et la mobilité articulaire était préservée pour toutes les articulations malgré les plaintes douloureuses. Se fondant sur ses observations, le résultat de son examen clinique et le dossier, notamment radiologique, le Dr J. _____ a retenu que du point de vue objectif, sur le plan de la médecine interne, l'assurée présentait un status après cancer de la thyroïde en 1999, une hypothyroïdie substituée et compensée, une obésité de longue date, des valeurs de tension artérielle à la limite de la norme, ainsi que des vertiges. Ces affections n'entraînaient toutefois pas d'incapacité de travail durable. Sur le plan rhumatologique, l'assurée se plaignait de douleurs ostéo-articulaires et musculaires diffuses de longue date. Du point de vue objectif, l'expert a relevé qu'il y avait de discrets troubles statiques du rachis, des troubles dégénératifs débutant sous forme de discopathie cervicale décrite dès 2000, et une arthrose gléno-humérale et acromio-claviculaire modérée mise en évidence en 2013. L'évaluation effectuée le jour de l'expertise était compatible avec un conflit sous-acromial et une possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs n'expliquant toutefois que partiellement l'importante symptomatologie douloureuse décrite. Le tableau évoquait un syndrome somatoforme diffus. L'expert a retenu que l'assurée présentait les mêmes limitations fonctionnelles que celles décrites lors du précédent examen du SMR. Moyennant le respect de ces limitations fonctionnelles, la capacité de travail était préservée.

bb) Sur le plan psychique, l'expert Z. _____ a relevé que l'ensemble du parcours professionnel et personnel de l'assurée contredisait la notion de trouble de personnalité au sens clinique du terme, l'intéressée ayant montré des capacités d'adaptation sans rencontrer de dysfonctionnements majeurs ou de déviances des parties de sa personnalité. Le diagnostic retenu précédemment devait donc être écarté. L'expert a exposé que des traits accentués de personnalité pouvaient tout au plus être retenus, dans le sens d'une personnalité immature et peut-être affectivement dépendante. S'agissant de la problématique anxieuse ayant conduit à la reconnaissance de l'invalidité, l'expert a constaté qu'elle s'était déclenchée à la suite de son cancer traité en 1999. A cette époque, l'état psychique de l'assurée était toutefois fortement influencé par des événements extérieurs, tels qu'un conflit dans le couple ayant conduit à une séparation et le comportement d'un de ses fils l'ayant mené à son incarcération. Le psychiatre traitant avait alors observé que la dépression répondait mal au traitement. L'expert psychiatre a à cet égard précisé que cette observation prenait aujourd'hui une autre signification et mettait le doute sur les constats de l'époque, dès lors qu'un dosage médicamenteux effectué dans le cadre de l'expertise avait

mis en évidence des taux sériques extrêmement bas, proches de la non-détection. Quoi qu'il en soit, depuis la reconnaissance de son invalidité, l'assurée avait assumé ses tâches quotidiennes, éduqué ses enfants, s'était séparée de son époux tout en trouvant un arrangement au quotidien avec ce dernier. Son fils avait trouvé du travail, s'était marié et était devenu père. L'assurée, quatre fois grand-mère, s'investissait dans ce nouveau rôle. Il y avait donc un important décalage entre l'aggravation alléguée, matérialisée par un sentiment de ne jamais être tranquille par rapport aux événements de la vie, et les nombreux éléments positifs et d'amélioration constatés. L'assurée avait en outre fait le tri dans ses relations sociales qui avaient une influence négative et était entourée par sa famille et son réseau d'amies. Elle s'était également arrangée avec le périmètre dans lequel elle vivait sans crise d'anxiété majeure ou perturbation permanente grave. Le suivi irrégulier et les rendez-vous manqués parlaient également en faveur d'une atteinte plutôt modérée. L'allégation d'aggravation sur le plan psychique ne paraissait donc pas réalisée. L'expert a également écarté le diagnostic d'état dépressif, retenant tout au plus une fragilité de personnalité sous-jacente. Le Dr Z. _____ a ainsi retenu les diagnostics non incapacitants d'état anxieux d'intensité légère (F41.1), d'accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Concernant ce dernier diagnostic, il a constaté que l'expert rhumatologue avait retenu une partie non explicable aux plaintes douloureuses qui étaient très importantes, raison pour laquelle le diagnostic était retenu. Toutefois, il n'était pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère, en l'absence de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, sans perte d'intégration, sans état psychique cristallisé et sans échec de traitements ambulatoires. L'expert psychiatre a encore ajouté qu'en dehors de ces atteintes, il existait un fort déconditionnement à la vie extérieure, de sorte qu'un réentraînement était nécessaire. La capacité de travail était toutefois complète, sans limitation sur le plan psychique. cc) Les experts ont ainsi conclu, de manière consensuelle, qu'en raison de l'arthrose acromio-claviculaire et gléno-humérale droite, du conflit sous-acromial et de la possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs, l'assurée était incapable de travailler dans son activité habituelle de coiffeuse ou de manutention lourde. Dans une activité ne se déroulant pas les bras au-dessus de l'horizontale, permettant l'alternance des positions et ne nécessitant pas de lever des charges de plus de 5 kg, la capacité de travail était entière. S'agissant de l'évolution dans le temps de son incapacité de travail, les experts ont relevé qu'il était difficile de se déterminer rétroactivement, notamment au vu des avis psychiatriques contradictoires. Toutefois, en 2013, plusieurs facteurs contextuels dont l'assurée était tributaire s'étaient améliorés de sorte qu'ils ont estimé que la capacité de travail s'était améliorée progressivement et était entière dans une activité adaptée au début de l'année 2014. dd) Le rapport d'expertise du Centre B. _____ a été établi en pleine connaissance du dossier, de l'anamnèse et des plaintes de l'assurée. Il décrit le contexte médical de manière claire et présente des conclusions motivées, dénuées de contradiction. Si le volet psychiatrique n'a pas été établi conformément aux standards posés par l'ATF 141 V 281, il permet d'apprécier la situation de l'assurée de manière concluante à l'aune des indicateurs, comme relevé par le SMR dans son avis du 23 février 2016. L'expert a en effet identifié les problèmes de santé, décrit la personnalité de l'assurée et fait état de ses ressources. L'assurée conservait également des moments de plaisir dans sa vie quotidienne, tels que cuisiner, s'occuper de ses petits-enfants et partager des moments avec ses amis et sa famille. L'expert psychiatre a également examiné le traitement, pour conclure qu'il n'était pas suivi dans les règles de l'art au vu des taux sériques constatés. Aussi, le volet

psychiatrique peut se voir conférer une pleine valeur probante, tout comme le volet somatique. b) En omettant dès lors de se fonder sur les conclusions probantes de l'expertise du Centre B. _____ de 2015, confirmées par avis SMR des 3 juillet 2015, 23 février 2016 et 25 février 2020, l'OAI a commis une irrégularité dans la constatation des faits, qui l'a conduit à rendre une décision manifestement erronée le 20 mars 2020. L'art. 53 al. 2 LPGA exige encore que la reconsidération de la décision revête une importance notable. Tel est assurément le cas s'agissant du service d'une demi-rente durant plusieurs années. Par conséquent, les conditions relatives à une reconsidération, au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, de la décision du 20 mars 2020 sont remplies. c) Ce constat ne suffit toutefois pas à conduire à la confirmation de la décision attaquée. En effet, dans le cadre de la révision initiée en été 2021, la recourante a produit en particulier un rapport du 12 juillet 2021 de son psychiatre traitant, le Dr D. _____, qui fait état d'une péjoration de l'état de sa patiente. Le SMR s'est prononcé le 18 janvier 2022 sur ce rapport, en retenant une évolution anxio-dépressive stationnaire, certes fluctuante (comme connue depuis des années) jusqu'en avril 2021, suivie d'une péjoration signalée depuis avril 2021, sans facteur de crise identifié (selon le psychiatre traitant), voire en lien avec certaines facteurs psychosociaux (précarité financière / problématiques familiales) (selon le médecin traitant). Pour le SMR, l'aggravation psychique actuelle « parai[ssai]t réactionnelle » et ne représentait pas une perte durable de la capacité de travail dans toute activité. Cette appréciation était motivée par le fait que l'assurée était suivie par son psychiatre « seulement toutes les 2 semaines voire de manière mensuelle (souvent seulement par téléphone) », ce qui semblait très faible pour une atteinte psychiatrique jugée durablement incapacitante. Le SMR a également relevé qu'il n'y avait aucune nécessité d'une hospitalisation en milieu psychiatrique et qu'aucun bilan neuropsychologique n'avait été estimé nécessaire pour objectiver les plaintes neurocognitives de l'assurée. Quant aux limitations fonctionnelles d'ordre psychique, elles n'étaient pas étayées et restaient majoritairement subjectives, reposant sur les plaintes de l'assurée. Le SMR a ajouté que malgré sa symptomatologie anxio-dépressive, l'assurée avait gardé le plaisir de sortir en ville dans l'après-midi, de préparer ses repas et de regarder la télévision, ce qui semblait incohérent avec une atteinte psychiatrique durablement incapacitante. Ces constats ne sont toutefois pas ceux relevés par le psychiatre traitant. Ce dernier observe au contraire que la patiente ne sort pas, se contente au titre de loisirs de regarder la télévision, se limite à un petit déjeuner frugal, ne prend souvent pas de repas de midi et prépare un repas du soir si sa fille vient la voir (cf. rapport du 9 décembre 2021). Dans son rapport du 3 octobre 2022, le Dr D. _____ a répété que le petit déjeuner est très frugal, que sa patiente ne prend pas tous les jours le repas du midi et qu'elle confectionne un souper simple, sa patiente ayant très peu de loisirs hormis regarder la télévision. Elle s'aménage des temps de pause après avoir fait sa toilette, fait son lit ou ranger un peu son appartement, étant précisé qu'une femme de ménage vient deux fois par semaine et qu'elle se rend chez le coiffeur pour laver ses cheveux. Le fait qu'il n'y ait pas eu d'hospitalisation en milieu psychiatrique ne permet pas non plus d'exclure que l'atteinte alléguée soit incapacitante. Le psychiatre traitant rapporte au demeurant des idéations suicidaires passives, lesquelles étaient absentes par le passé, une perte d'intérêts et de plaisirs, un isolement social, ainsi que de nouvelles limitations fonctionnelles telles qu'une apathie, une aboulie, des troubles de la concentration et de l'attention (cf. rapports des 9 décembre 2021 et 13 décembre 2022). Le psychiatre traitant mentionne que l'assurée aurait obtenu un résultat de 29/30 au test MMS d'évaluation des fonctions cognitives, effectué par le médecin traitant en septembre 2022 (cf. rapport du 13 décembre 2022).

L'assurée a également changé de traitement antidépresseur en juillet 2021 et celui-ci a été augmenté. La compliance au traitement est désormais établie, contrairement à ce qui prévalait au moment de l'expertise du Centre B. _____ de juin 2015, le psychiatre traitant ayant requis des dosages du taux sérique les 5 octobre et 15 novembre 2022 (cf. rapport du 13 décembre 2022). Se fondant sur l'ensemble des éléments observés et rapportés, le Dr D. _____ pose désormais le diagnostic de trouble dépressif récurrent (F33.1), lequel n'était pas retenu lors de l'expertise de 2015. Aussi, il apparaît que les rapports du Dr D. _____ mettent en doute les conclusions du SMR, dont on rappellera que les avis n'ont que pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Dans pareilles circonstances, l'instruction doit être complétée par la mise en œuvre d'une expertise monodisciplinaire confiée à un expert psychiatre, lequel pourra au besoin s'adjoindre les services d'un neuropsychologue. Une expertise somatique n'apparaît pas nécessaire, en l'absence d'élément nouveau sur ce plan depuis l'expertise du Centre B. _____ de 2015. d) L'instruction lacunaire ne permettant pas de se prononcer en connaissance de cause, il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'OAI, à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). A toutes fins utiles et en dernier lieu, on relèvera que la recourante est âgée de 61 ans depuis le [...] mars 2024 et que, selon la jurisprudence, le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C_716/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2). Il est par ailleurs admis que le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe autour de 60 ans, même si le Tribunal fédéral n'a pas fixé d'âge limite jusqu'à présent (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). L'exigibilité ne pourra donc être définitivement constatée qu'à la date de réception future du rapport d'expertise. La question pourrait ainsi se poser d'examiner le cas de la recourante sous l'angle de la jurisprudence fédérale rappelée ci-avant en lien avec les assurés proches de l'âge de la retraite. 7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 4 janvier 2024 par Procap, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 23 juin 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 G. _____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille 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 : ■ Procap Suisse (pour G. _____), ■ 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.