

## **VD\_GERICHTE ZD08.011937 vom 9. Mai 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-05-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD08.011937](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.011937)

FR: VD\_GERICHTE ZD08.011937 du 9 mai 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD08.011937 del 9 maggio 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 50**

% était justifiée, mais améliorable dans les huit mois moyennant un suivi psychothérapeutique. Il estimait qu'une reconversion professionnelle ne serait possible que dans une activité sans port de

- 11 - charges avec une mobilisation active et passive constante, telle que l'activité actuelle, de sorte qu'une reconversion ne se justifiait pas. Dans son rapport du 16.5.2000, la Dresse D. \_\_\_\_\_ posait les diagnostics de fibromyalgie, épisode dépressif léger et de difficultés familiales. Elle indiquait ne pas pouvoir se prononcer sur la CT dans la mesure où les plaintes de l'assurée et son sentiment d'incapacité étaient liés à ses douleurs fibromyalgiques. Elle notait avoir l'intention de demander une expertise médicale dans son rapport à l'AI. Dans la lettre qu'elle nous a adressée le 28.6.2000, la perte de gain notait que son médecin conseil (...) avait indiqué qu'une expertise psychiatrique était nécessaire. Par ailleurs, dans son rapport du 5.9.2000, la Dresse D. \_\_\_\_\_ posait le diagnostic de trouble anxieux et dépressif et indiquait que l'assurée présentait sur le plan psychique subjectif une IT de 100 %. Elle notait une amélioration de l'élan vital et des compétences dans les tâches ménagères depuis l'arrêt de travail et indiquait que l'état de santé s'aggraverait si elle devait absolument retravailler comme femme de ménage ou lingère à 100 % ou même à 50 %. Elle ne se prononçait donc pas clairement sur la CT sur le plan psychiatrique. Au vu de ce qu précède, la CT n'était manifestement pas claire et aurait nécessité un complément d'instruction sous forme d'une expertise psychiatrique, comme préconisé tant par les médecins- conseil de la perte de gain que la Dresse D. \_\_\_\_\_. Il y a donc matière à reconsidération en raison d'une instruction médicale manifestement insuffisante sur le plan psychiatrique. L'assurée ne présentant aucune atteinte à la santé invalidante selon l'examen clinique SMR, il y lieu de supprimer la rente." Par projet de décision du 10 avril 2007, en application des art. 53 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) et 88bis al. 2 let. a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), l'OAI a supprimé la rente de l'assurée avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Dans sa motivation, l'OAI a repris, pour l'essentiel, les considérations indiquées dans l'avis juriste du 30 novembre 2006 et souligné, pour le surplus, que le syndrome somatoforme douloureux persistant présenté par l'assurée ne pouvait être considéré comme invalidant, dès lors qu'il n'était pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante et que les autres critères posés par la jurisprudence pour admettre à titre exceptionnel un caractère invalidant faisaient défaut selon l'évaluation faite par un

- 12 - médecin du SMR lors de l'examen bidisciplinaire du 18 novembre 2005 (affections corporelles chroniques ou processus maléfique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, perte d'intégrations sociale dans toutes les manifestations de la vie, état psychique

crystallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, échec des traitements). C. Par courrier du 14 mai 2007, l'assurée, désormais représentée par Me Olivier Carré, a contesté le projet de décision supprimant sa rente AI. Elle a adressé à l'OAI une copie du courrier que la Dresse D. \_\_\_\_\_ a adressé à son conseil le 25 avril 2007, dans lequel celle-ci indique que l'état de santé de l'assurée ne lui permet pas d'exercer son activité de femme de ménage, ni toute autre activité, en raison de l'ensemble des symptômes de la fibromyalgie et que son incapacité de travail persiste en dépit d'une prise en charge effectuée dans les règles de l'art par son médecin traitant et par elle-même. La psychiatre a dit considérer en outre qu'une expertise pluridisciplinaire effectuée par des experts neutres et indépendants était nécessaire, comme elle l'avait déjà préconisé en 2000. L'assurée a également adressé à l'OAI une copie du rapport médical établi le 14 mai 2007 par le Dr K. \_\_\_\_\_ à l'attention de son conseil, qui a la teneur suivante : "Suite à votre demande, je vous communique quelques renseignements au sujet de l'état de santé de cette patiente durant ces derniers mois. Son état de santé au niveau physique a été marqué par plusieurs événements dont je cite les principaux. 1. Depuis le début de l'année 2006 elle présente des troubles digestifs mal systématisés et sous forme de constipation et ballonnement abdominal et apparition d'une voussure sous-ombilicale dont les investigations ont conclu à la présence d'une éventration qui a été opérée le 02.06.2006. L'évolution est marquée à ce niveau par une non amélioration de la symptomatologie abdominale, la constipation étant toujours présente de même que les ballonnements. 2. Le 20.06.2006 la patiente me consulte en raison d'une paralysie faciale droite périphérique dont elle n'a pas récupéré totalement puisqu'elle présente encore une légère asymétrie et parésie de la paupière et de l'angle de la bouche à droite. 3. Sur le plan ostéo-articulaire la fibromyalgie présentée par la patiente semble s'aggraver quelque peu avec des douleurs de plus en plus marquées, d'intensité variable. De plus apparition

- 13 - de douleurs importantes au niveau des genoux ddc mais prédominante du côté droit, des investigations à l'Hôpital Orthopédique ont conclu à la présence d'une gonarthrose débutante du compartiment interne des deux côtés traitées de façon conservative. 4. La patiente présente une surcharge pondérale importante avec un poids actuel de 100 Kg pour une taille de 170 cm. Enfin, il me semble que l'état psychique de cette patiente s'est péjoré et ceci me semble être la cause majeure de la dégradation physique. Pour toutes ces raisons il me semble qu'une expertise neutre est souhaitable." Par courrier du 29 mai 2007, l'assurée a confirmé sa contestation au projet de décision du 10 avril 2007 et sollicité la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, neutre. Dans un avis médical SMR du 18 juin 2007, le Dr V. \_\_\_\_\_ a relevé que le trouble anxieux et dépressif mixte annoncé par la Dresse D. \_\_\_\_\_ n'était pas retrouvé lors de l'examen de 2005 et considéré que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis la décision initiale. Il a également indiqué que le courrier de la Dresse D. \_\_\_\_\_ au conseil de l'assurée n'apportait aucun élément nouveau et ne contredisait pas les diagnostics retenus par l'examen du SMR de 2005 et que l'apparition de gonalgies à une date non précisée mais postérieurement à l'examen SMR devait être considérée comme un fait nouveau et instruit. Dans un rapport médical du 15 septembre 2007, le Dr K. \_\_\_\_\_ a notamment indiqué que l'état de santé de sa patiente s'aggravait et que l'incapacité de travail était de 100 % dans l'activité précédemment exercée de femme de ménage. Il a précisé qu'une autre activité professionnelle n'était pas exigible, que la capacité de travail raisonnablement exigible en tenant compte des limitations existantes était impossible à déterminer, une autre profession n'étant pas envisageable vu l'état de santé actuel de l'assurée. Le 28 septembre 2007, le Dr

S. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne a indiqué à l'OAI qu'il avait reçu l'assurée en consultation à une seule reprise, le 4 juillet 2007, et qu'il n'assumait pas son suivi, celui-ci étant notamment assuré par son

- 14 - médecin traitant le Dr K. \_\_\_\_\_. Il a joint une copie du rapport de consultation du 4 juillet 2007, dans lequel, après avoir constaté l'absence, d'un point de vue rhumatologique, de limitations fonctionnelles objectives et relevé la présence de points de fibromyalgie tous algiques, il a confirmé le diagnostic de fibromyalgie qui aurait été précédemment posé par le Service de rhumatologie du [...] selon les indications de l'assurée. Le 2 octobre 2007, l'assurée a adressé à l'OAI une copie du rapport médical envoyé le 25 juillet 2007 par le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, au Dr K. \_\_\_\_\_, aux termes duquel le radiologue conclut que l'assurée présente des troubles statiques dorso-lombaires avec une discopathie en L4-L5 ainsi qu'une gonarthrose modérée bilatérale prédominant sur les compartiments internes. Par courrier du 26 octobre 2007, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et gastroentérologie, a indiqué à l'OAI que l'assurée l'avait consulté à plusieurs reprises pour un problème de côlon irritable à prédominance constipation, tout en se déclarant étonné que cela constitue le motif de la demande de prestations Al. Dans un rapport médical du 31 octobre 2007, le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a indiqué comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée des varices du MID sur la saphène interne, une forte obésité et une notion de fibromyalgie. Il a précisé qu'en ce qui le concernait, l'incapacité de travail de l'assurée était de 0 % depuis le 6 août 2007 et que, si elle n'était pas opérée de ses varices, le pronostic ne serait pas mauvais à court ou moyen terme. Par avis du 10 janvier 2008, l'OAI a demandé au Dr K. \_\_\_\_\_ de lui faire parvenir une copie des documents relatifs aux investigations effectuées par l'assurée auprès de l'Hôpital orthopédique. Il ressort du rapport médical établi le 20 novembre 2006 par les Drs Q. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint et médecin assistant auprès de l'Hôpital orthopédique, que, lors de la consultation du 27 octobre 2006, l'assurée présentait une gonarthrose débutante du compartiment interne

- 15 - ddc, radiologiquement plus prononcée à gauche qu'à droite et des gonalgies à droite dans le contexte d'une fibromyalgie connue. Les Drs Q. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ relevaient en outre ce qui suit : "Attitude : Mme N. \_\_\_\_\_ souffre d'une fibromyalgie connue depuis des années. Elle est suivie par une psychothérapeute et par vous-même [le Dr K. \_\_\_\_\_] 1x/mois. En regard des douleurs au niveau du genou D dans le cadre d'une fibromyalgie connue, on a opté pour un traitement conservateur et on a prescrit de la physiothérapie pour mobilisation du genou droit, tonification des quadriceps ischio-jambiers et stretching des ischio-jambiers à D. On a essayé d'encourager la patiente à perdre du poids, pour l'instant elle pèse 106 kg pour 1m68. Elle va se présenter à votre cabinet pour les suites." Dans un avis médical SMR du 27 février 2008, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué ce qui suit : "L'assurée mesurait en août 2006 168 cm et pesait 106 kg. Les limitations et les empêchements secondaires à cette obésité primaire ne sont pas à la charge de l'Al. L'examen du Dr Q. \_\_\_\_\_ d'août 2006 retient une gonarthrose débutante du compartiment interne des 2 côtés et ce sur des éléments radiologiques et une clinique de «douleurs plutôt en soirée». Les genoux sont décrits comme secs, stables et la marche est décrite sans boiterie. Il y a lieu de prendre en compte depuis août 2006 les limitations fonctionnelles suivantes : Travail en position assise ou permettant l'alternance des positions, pas de genuflexion ou de travail en position accroupie. Dans son activité

antérieure d'employée de buanderie à C. \_\_\_\_\_ la capacité de travail est de 100 % avec une baisse de rendement de 20 %. Dans une activité adaptée la capacité de travail est entière depuis l'examen du SMR de mars 2006." Par décision du 4 mars 2008, l'OAI a confirmé la suppression de la rente d'invalidité dès le premier jour du 2ème mois qui suit la notification de la décision. Il a considéré que la capacité de travail en 2000 n'était manifestement pas claire et aurait nécessité un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique, comme préconisé par les médecins-conseils de l'assurance perte de gain et par la Dresse D. \_\_\_\_\_, de sorte qu'il y avait matière à reconsidération en

- 16 - raison d'une instruction médicale manifestement insuffisante sur le plan psychiatrique. Se fondant sur les conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire SMR du 18 novembre 2005, auquel il a reconnu une pleine valeur probante, l'OAI a retenu que l'assurée ne présentait aucune atteinte invalidante à la santé, en relevant que la fibromyalgie ne pouvait dans son cas être considérée comme invalidante, vu l'absence de comorbidité psychiatrique importante et des autres critères jurisprudentiels posés à la reconnaissance exceptionnelle du caractère invalidant de la fibromyalgie. Il a retenu que la capacité de travail et de gain de l'assurée demeurait intacte, de sorte qu'aucune invalidité n'était présentée. D. Par acte du 21 avril 2008, l'assurée a recouru contre la décision de l'OAI du 4 mars 2008 supprimant sa rente d'invalidité, en concluant à la réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation et au renvoi de la cause à l'office intimé, à charge pour lui de procéder à une nouvelle instruction et à rendre une nouvelle décision dans le sens des considérants. La recourante a fait valoir, en substance, qu'elle souffre de multiples atteintes à sa santé physique et présente en outre une fibromyalgie, que son dossier n'a pas fait l'objet d'une instruction correcte puisque l'aspect psychiatrique n'a pas été investigué par le biais d'une expertise pluridisciplinaire englobant cet aspect. Par décision du 2 juillet 2008, l'assistance judiciaire a été accordée à la recourante avec effet au 21 avril 2008. Dans sa réponse du 12 septembre 2008, l'intimé a indiqué qu'il ne souhaitait pas se déterminer dans cette affaire. Par écriture du 11 octobre 2008, la recourante a indiqué maintenir ses conclusions et ne pas avoir de réquisition complémentaire à formuler, en précisant toutefois que son état, notamment psychique, continuait à se dégrader.

- 17 - Le 13 août 2010, la recourante a produit une copie du rapport médical établi le 13 mars 2009 par le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin associé auprès du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation du [...]. Ce spécialiste indique les diagnostics de : -lombalgies chroniques non spécifiques persistantes - insuffisance fonctionnelle douloureuse du moyen fessier gauche - troubles statiques et dégénératifs rachidiens - déconditionnement physique global et focal -gonarthrose bilatérale à prédominance interne et les comorbidités suivantes : -obésité stade II selon Garrow -probable état anxio-dépressif induit par les douleurs -antécédents de négligence et de violence infantiles -possible état de stress post-traumatique -dyssomnie chronique dans un contexte de syndrome d'apnées du sommeil anamnestique. Selon le Dr J. \_\_\_\_\_, la recourante présente un tableau de douleurs chroniques, dans un contexte complexe, physiquement basé sur une obésité morbide et une dyssomnie, couplé à des lombalgies et à une gonarthrose bilatérale, sur un fond plus grave de troubles psychiatriques qui font l'objet d'une prise en charge spécialisée. Sur le plan asséurologique, il relève des insuffisance dans l'examen bidisciplinaire du SMR du 18 novembre 2005 en ce sens qu'après avoir observé la présence de lésions dégénératives au niveau des deux genoux, les examinateur ont omis de signaler ce problème dans la

rubrique "diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail", ainsi que dans l'avis SMR du 1er octobre 2003 qui précise que les gonalgies sont apparues à une date non précisée mais postérieurement à l'examen bidisciplinaire du SMR, ce qui est faux puisque des documents antérieures ainsi que le rapport d'examen lui-même en parlent de même que les radiographies. Il conclut qu'on peut dès lors se poser la question de la réelle "valeur probante" de tels avis médicaux. Le 2 septembre 2010, l'OAI a produit une copie de l'avis SMR du 27 août précédent établi par le Dr F. \_\_\_\_\_, auquel il a déclaré se rallier et qui a la teneur suivante :

- 18 - "Dans un courrier médical adressé au Dr Michel K. \_\_\_\_\_ et daté du 13.03.2009, le Dr P. J. \_\_\_\_\_, rhumatologue, signale qu'il a reçu l'assurée en consultation ambulatoire le 13.01.2009 et le 27.01.2009, soit 10 mois après la décision AI contestée. Dans ce courrier, en page 3, le Dr J. \_\_\_\_\_ écrit : "dans l'examen clinique bidisciplinaire du 18.11.2005, les examinateurs relèvent la présence de lésions dégénératives au niveau des 2 genoux mais omettent de signaler ce diagnostic dans la rubrique avec répercussion sur la capacité de travail". Ce sont des anomalies sur les radiographies de 2003, apportées par l'assurée, qui sont décrites par les médecins du SMR. Le diagnostic clinique de gonarthrose, même débutante, n'avait été ni porté ni évoqué par les médecins de l'assurée antérieurement à l'examen du SMR. L'exigibilité dans l'activité habituelle de l'assurée repose la consultation du Dr Q. \_\_\_\_\_ de novembre 2006, nous avons retenu comme date le mois d'août 2006. C'est donc bien 9 mois après l'avis médical SMR de 2005. Le Dr J. \_\_\_\_\_ qui semble avoir pris connaissance du dossier AI de l'assurée, ne tient donc pas compte de l'avis clair et indiscutable du Dr Q. \_\_\_\_\_ en la matière. De même, il se garde bien pour des raisons mystérieuses de nous éclairer sur les limitations fonctionnelles secondaires à l'arthrose et sur son appréciation personnelle de la capacité de travail exigible dans une activité les respectant. Le Dr J. \_\_\_\_\_ ne s'explique à aucun moment sur les raisons pour lesquelles il s'écarte de l'appréciation du Dr Q. \_\_\_\_\_, qui fait remonter les douleurs des genoux à août 2006. Il est clair que le diagnostic de gonarthrose bilatérale avec des douleurs apparues en août 2006 rendent inexigibles toutes les activités en position debout prolongée ou demandant des genuflexions ou des travaux en position accroupie. Ces limitations fonctionnelles sont acceptées par le SMR de longue date. Le but du courrier du Dr J. \_\_\_\_\_, si l'on en croit son paragraphe "discussion" est de "relancer les discussions avec l'AI" et "d'exiger une expertise externe à l'AI visant à déterminer les limitations fonctionnelles". On ne comprend pas pourquoi le Dr J. \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, après une étude fouillée du dossier, 2 consultations avec l'assurée, un bilan radiologique et une correspondance avec les médecins de sa cliente ne se prononce toujours pas sur les questions des limitations fonctionnelles et de l'exigibilité. Il se borne uniquement à contester l'examen SMR de 2005 qui n'est plus d'actualité. Nous précisons cependant donc notre position émise dans les précédents avis : la capacité de travail est de 100 % dans une activité adaptée depuis août 2006, à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation.

- 19 - Dans l'activité habituelle la capacité de travail est nulle depuis août 2006. Les limitations fonctionnelles sont inchangées depuis l'avis du SMR du 27.02.2008." E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité]; RS 831.20). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en

matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGa). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGa). En l'espèce, compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a), le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGa). b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et immédiatement applicable (art. 117 al. 1 LPA-VD), s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD; 117 LPA-VD). 2. Le litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité de la recourante avec effet au 1er mai 2008, par la voie de la reconsidération. a) Est réputée incapacité de travail, en vertu de l'art. 6 LPGa, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans

- 20 - 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 7 al. 1 LPGa, 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 constitue une incapacité de gain, 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. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGa, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGa) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). b) Le droit de l'assurance-invalidité a connu une réforme spécifique, en ce sens que l'échelonnement des rentes a été modifié avec effet au 1er janvier 2004 (4e révision de la LAI, loi fédérale du 21 mars 2003, RO 2003 p. 3837). Cela étant, comme on le verra ci-après, la modification de l'art. 28 al. 1 LAI n'a pas modifié les conditions d'octroi du quart de rente, qui présuppose une invalidité à 40 % au moins. Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'art. 28 al. 1 LAI disposait que l'assuré avait 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins.

- 21 - En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2004 jusqu'au 31 décembre 2007, 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Dès le 1er janvier 2008, l'art. 28 al. 2 LAI reprend le même échelonnement. L'art. 16 LPGa s'applique, depuis son entrée en vigueur au 1er janvier 2003, à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (art. 28a al. 1, 1e phrase, LAI). Cette disposition, dont la teneur ne diffère par ailleurs pas de celle de l'ancien art. 28 al. 2 LAI. Cette méthode prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration –

en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1; Pratique VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b/cc; TF I 562/2006 du 25 juillet 2007, consid. 2.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens

- 22 - 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. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, selon le Tribunal fédéral, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). En résumé, 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 et la référence citée; TF 8C\_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1 et 9C\_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1).

- 23 - 3. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (qui reprend l'ancien art. 41 LAI, abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA), lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. Si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut encore être modifiée si les exigences prévues à l'art. 53 al. 2 LPGA pour la reconsidération d'une décision administrative entrée en force sont réalisées (ATF 125 V 368 consid. 2; TF 9C\_860/2008 du 19 février 2009 consid. 2.2). En l'espèce, il faut constater que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA ne sont pas réalisées, ce que les parties ne contestent du reste pas.

Les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA faisant défaut, il convient d'examiner si les conditions d'une reconsidération sont réunies b) Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose décidée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 127 V 469 consid. 2c et les arrêts cités). Ce principe est consacré à l'art. 53 al. 2 LPGA, aux termes duquel 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 (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zürich 2003, ch. 18 ad art. 53). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou

- 24 - qu'elles l'ont été de manière erronée. En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références; DTA 2002 n° 27 consid. 1a p. 181; TF 9C\_760/2010 du 17 novembre 2010, consid. 2 et 9C\_421/2010 du 1er juillet 2010, consid. 3). Cette règle doit toutefois être relativisée quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation (par exemple l'invalidité selon l'art. 28 LAI), dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait ou de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (par exemple TF 9C\_1081/2009 du 10 juin 2010, consid. 3.2, 9C\_659/2009 du 12 février 2010, consid. 2.2, 9C\_71/2008 du 14 mars 2008, consid. 2 et 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2.2). 4. a) En l'espèce, lors de la décision initiale du 23 octobre 2000, l'OAI avait alloué à la recourante une demi-rente dès le 1er septembre 1998, en se fondant sur un degré d'invalidité de 50 % après comparaison des revenus avec et sans invalidité, puis une rente entière dès le 1er mars 2000, en se basant notamment sur le rapport médical du Dr K.\_\_\_\_\_ du 7 mars 2000 qui faisait état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente sur le plan psychique ayant entraîné une incapacité totale de travail depuis le 7 décembre 1999 pour une durée indéterminée ainsi que sur les rapports médicaux de la Dresse D.\_\_\_\_\_, psychiatre, qui, le 5

- 25 - septembre 2000, après avoir diagnostiqué une fibromyalgie et un trouble anxieux et dépressif mixte et résumé les facteurs ayant "contribué au développement d'un état d'épuisement physique et psychique de sa patiente, faisait état de la persistance des troubles du sommeil, des douleurs dues à la fibromyalgie et des ruminations anxieuses et dépressives, au point qu'elle estimait que "l'état de la patiente s'aggraverait rapidement si

elle devait absolument retravailler comme femme de ménage ou lingère à 100 même à 50 %". Pour le surplus, elle indiquait que, s'agissant du handicap dû à la fibromyalgie, elle n'était pas en mesure de l'évaluer de façon objective, alors que l'assurée présentait sur le plan psychique subjectif une incapacité de travail de 100 % dans l'activité exercée auparavant. L'intimé considère dans la décision attaquée que la capacité de travail de la recourante n'était manifestement pas claire lorsqu'il a rendu sa décision du 23 octobre 2000 et qu'elle aurait nécessité un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique, comme le préconisaient les médecins-conseils de l'assurance perte de gain et la Dresse D. \_\_\_\_\_. Il est dès lors d'avis qu'il y a matière à reconsidération en raison d'une instruction qu'il qualifie de manifestement insuffisante sur le plan psychiatrique. Il soutient que l'examen bidisciplinaire du SMR effectué le 18 novembre 2005 (rhumatologique et psychiatrique) a pleine valeur probante et que, selon les résultats de cet examen, la recourante ne présente pas d'affection physique invalidante, ni de comorbidité psychiatrique à sa fibromyalgie ni encore ne réunit plusieurs des autres critères qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Il cite en outre un arrêt du Tribunal fédéral 130 V 352 en expliquant que selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants, auxquels est assimilée la fibromyalgie, entrent dans la catégorie des affections psychiques pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner. b) A titre liminaire, il convient de relever que, selon la jurisprudence, les principes jurisprudentiels exposés à l'ATF 130 V 352 ne

- 26 - constituent ni un motif de reconsidération de la décision de rente au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (SVR 2008 IV n° 5 p. 12 [I 138/07] ni un motif suffisant pour révoquer, au titre d'une adaptation à un changement des fondements juridiques, une rente d'invalidité en cours (ATF 135 V 201 consid. 7 p. 211 56, 215 consid. 4.2 p. 219 et 6 p. 225 ss) (cf. sur ce point TF 9C\_567/2009 du 23 mars 2010, consid. 3.1). Ce n'est en effet que dans l'ATF 132 V 65 – qui date du 8 février 2006 - que le Tribunal fédéral a jugé d'une part qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie et, d'autre part, qu'une expertise interdisciplinaire tenant compte à la fois des aspects rhumatologiques et psychiques de cette atteinte apparaissait la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présentait un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne pouvait plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3; TF, 9C\_567/2009 précité, consid. 3.1). On ne saurait ainsi retenir que l'instruction médicale initiale de l'OAI était manifestement insuffisante sur le plan psychiatrique pour le seul motif que l'intimé n'avait pas fait procéder à l'époque à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique. Pour pouvoir qualifier une décision de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'assureur social ou le juge, en réexaminant l'un ou l'autre aspect du droit à la prestation d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de fait essentiels (TF, 9C\_659/2009, arrêt du 12 février 2010, cons. 3.2). Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. S'il convient d'admettre, d'une part que les pièces médicales recueillies dans le cadre de l'examen de la demande de prestations contenaient non seulement une évaluation

explicite de l'état de santé physique et psychique et de la capacité

- 27 - résiduelle de travail, mais, en ce qui concerne du moins la demi-rente accordée dès le 1er septembre 1998 (cf. notamment rapports médicaux des Drs K.\_\_\_\_\_, médecin traitant, W.\_\_\_\_\_, rhumatologue, et P.\_\_\_\_\_, médecin conseil de l'assureur perte de gain), également la proposition de reconnaître une incapacité de travail à 50 % émanant du médecin-conseil de l'office AI (fiche d'examen du dossier de la recourante portant le n° 1, sur laquelle figure la mention "examen par : MED – POOL, qui a été complétée par un médecin de l'OAI – dont la signature est illisible, le 19 janvier 2000). Dans ces conditions, il n'y a pas lieu aujourd'hui de considérer que l'intimé a fait à l'époque un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation ou violé le droit fédéral en renonçant à procéder à des investigations complémentaires sur le plan médical et professionnel. En l'absence de contradiction ressortant des pièces médicales versées au dossier, il n'y avait pas lieu pour l'intimé de s'écarter de l'avis médical exprimé par son médecin-conseil, dès lors que sa fonction était justement de résumer la situation médicale et de l'apprécier. En ce qui concerne l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2000, on constate que cette décision repose sur le rapport médical du médecin traitant du 7 mars 2000 qui fait part d'une aggravation de l'état psychique de la recourante, qui d'une part l'a amenée à consulter une psychiatre, la Dresse D.\_\_\_\_\_, et en raison de laquelle d'autre part, elle est en incapacité totale de travail depuis le 7 décembre 1999 pour une durée indéterminée. Contrairement à ce que soutient l'intimé, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a confirmé l'incapacité totale de travail de sa patiente, dès lors que, dans un rapport médical du 5 septembre 2000, elle a indiqué qu'il lui semblait que "l'état de la patiente s'aggraverait rapidement si elle devait absolument retravailler comme femme de ménage ou lingère à 100 ou même à 50 %". Le fait qu'elle ait ajouté qu'en ce qui concernait le handicap dû à la fibromyalgie, elle n'était pas en mesure de l'évaluer de façon objective ne modifie pas l'appréciation que la psychiatre avait de la capacité de travail de l'assurée dans sa globalité. La Dresse D.\_\_\_\_\_ explique en effet que, outre les douleurs dues à la fibromyalgies, tant les troubles du sommeil que les

- 28 - ruminations anxieuses et dépressives n'ont pas diminué. C'est d'ailleurs sur la base de ces deux rapports médicaux que l'OAI a établi une fiche d'examen n° 2 qui, si elle n'est pas signée par un médecin du SMR, retient toutefois une incapacité de travail de 100 % dès le 7 décembre 1999, qui donne droit dès le 1er mars 2000, soit trois mois après l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, à une rente entière d'invalidité. La concordance des rapports médicaux quant à l'appréciation de l'état de santé de l'assurée et à son incidence sur sa capacité de travail ne saurait autoriser aujourd'hui l'intimé à considérer qu'à l'époque de la décision initiale il aurait fait un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation ou violé le droit fédéral en renonçant à procéder à des investigations complémentaires sur le plan médical et professionnel. En définitive, il faut reconnaître que lors de la décision du 4 mars 2008 supprimant le droit à la rente de la recourante, l'OAI a simplement procédé à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. Cela ne suffit pas pour considérer que la décision initiale était manifestement erronée et qu'il y avait matière à reconsidération. En outre, en appliquant la jurisprudence développée par le Tribunal fédéral sur le syndrome somatoforme douloureux persistant à la fibromyalgie pour considérer que la recourante ne présentait pas une atteinte invalidante à la santé du fait de cette maladie puisqu'elle ne remplissait pas les critères posés par la jurisprudence à cet égard, l'intimé a violé le droit fédéral. Comme on l'a déjà vu ci-dessus, ce n'est en effet que dans l'ATF 132 V 65 – qui date du 8 février 2006, soit à une date

postérieure à l'époque où la décision initiale a été rendue - que le Tribunal fédéral a notamment jugé qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. A cela s'ajoute encore le fait que le rapport bidisciplinaire SMR du 13 janvier 2006 a été notamment rendu par une praticienne qui s'est prévalu d'un titre auquel elle ne pouvait prétendre en vertu de la législation fédérale - en violation également des dispositions sur le titre de spécialiste prévues par le droit cantonal - et ne disposait par ailleurs pas de l'autorisation de

- 29 - pratiquer prévue par le droit cantonal. Indépendamment des compétences professionnelles propres de la Dresse A. \_\_\_\_\_, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachent la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration. On rappelle à cet égard que dans son arrêt de principe du 31 août 2007 I 65/07), confirmé à plusieurs reprises depuis lors (cf. notamment arrêts du 26 septembre 2007 [I 47/07 ad TAss VD], du 10 octobre 2007 [I 594/06 ad TAss GE] du 30 octobre 2007 [I 1055/06 ad TAss VD] et du 18 février 2008 [I 51/07 ad TAss VD]) le Tribunal fédéral a annulé un jugement cantonal du 17 octobre 2006 et la décision sur opposition de l'OAI confirmée par ledit jugement, au motif qu'à la date de l'examen par le SMR (soit, dans la présente affaire, le 18 novembre 2005), la Dresse A. \_\_\_\_\_ n'était pas titulaire du titre de psychiatre FMH dont elle se prévalait alors, ni au bénéfice d'une autorisation de pratiquer selon le droit cantonal, l'autorisation en question n'ayant finalement été accordée que le 24 novembre 2006. Dès lors, on ne peut accorder une pleine valeur probante à l'appréciation médicale du 18 novembre 2005 ni, partant, en tirer des conclusions absolues sur l'appréciation de l'état de santé ou sur la capacité de travail de la recourante. 5. a) En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis et la décision de l'OAI du 4 mars 2008 annulée. Le présent arrêt doit être rendu sans frais (art. 52 al. 1 LPA-VD). b) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire obtient gain de cause, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton si les dépens ne peuvent être obtenus de la partie adverse ou qu'ils ne le seront vraisemblablement pas. Le canton est subrogé à concurrence du montant versé à compter du jour du paiement (art. 122 al. 2 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

- 30 - La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré, avocat à Lausanne, à compter du 21 avril 2008 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée à 1526 fr. 05 (dont 113 fr. 05 de TVA) à titre d'honoraires et à 270 fr. (dont 20 fr. de TVA) à titre de débours, soit à un total de 1'796 fr. 05, TVA comprise. c) Ayant obtenu gain de cause, la recourante a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer équitablement à 2'000 francs, compte tenu de ses frais d'avocat et des autres frais indispensables occasionnés par le litige (art. 7 al. 1 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]).

- 31 -