

VD_GERICHTE ZD08.026731 vom 21. Juli 2009

VD Tribunal cantonal, 2009-07-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.026731

FR: VD_GERICHTE ZD08.026731 du 21 juillet 2009

IT: VD_GERICHTE ZD08.026731 del 21 luglio 2009

Erwägungen

E. 12

mars 2008, opposition complétée, par l'intermédiaire du Service juridique de la FSIH, le 19 mai 2008. Elle a produit un rapport établi le 12 mai 2008 par le Dr X._____, dont il résulte notamment ce qui suit: "En fait, malgré un traitement médical bien suivi (avec médication adaptée antidépressive, anti-inflammatoire et antalgique et physiothérapie) et une psychothérapie de soutien, le status psychiatrique de Mme S._____ a toujours comporté notoirement des éléments de la lignée dépressive (Trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique: douleur morale, perte d'élan vital, perte d'intérêt et de désir, apathie ou irritabilité, fatigue chronique associée à un syndrome douloureux plus ou moins manifeste mais toujours invalidant empêchant un repos réparateur). En conséquence, elle n'a jamais été en mesure d'assurer une capacité de travail à niveau de rendement, même à temps partiel depuis 2002 ni même dans les périodes d'amélioration de surface qui ont pu être notées en 2006. C'est pour donc des raisons psychiatriques et neuro-rhumatismales qu'une demande AI a été justement posée mais... refusée d'une manière surprenante (peut-être au vu du caractère de Mme S._____, plutôt entreprenante et fière et n'aimant guère la position de «victime» dans laquelle est placée toute personne en situation de demande). En tout cas actuellement, les éléments psychiques et somatiques se renforcent l'un l'autre en un cercle vicieux et aboutissent à un état d'épuisement émotionnel et physique nécessitant la poursuite du traitement et entraînant bien évidemment une incapacité complète de travail et probablement sur le long terme." L'intéressée soutenait dès lors que l'amélioration de son état de santé psychique retenue par la Dresse B._____ n'avait en réalité pas eu lieu.

- 13 - Dans un avis du 13 juin 2008, le SMR a indiqué que ce dernier rapport du Dr X._____ ne faisait état d'aucune aggravation objective depuis l'examen pratiqué en été 2006 par les médecins du SMR, lesquels avaient démontré "de façon indiscutable l'absence de symptômes psychiatriques incapacitants à cette date"; il s'agissait ainsi d'une appréciation différente d'une même situation médicale. Selon le SMR, il convenait de préférer à l'avis du Dr X._____ celui de la Dresse B._____, plus complet et motivé de façon convaincante, d'une part, compte tenu du statut de médecin traitant du Dr X._____, d'autre part. En outre, il était relevé que ce dernier attestait d'une incapacité de travail totale et ininterrompue depuis 2002, alors qu'il ne suivait l'intéressée que depuis le mois de mai 2005; son appréciation ne reposait dès lors pas sur des éléments médicaux qu'il avait lui-même objectivés. Le SMR maintenait en conséquence les conclusions de son précédent avis. Par courrier adressé au conseil de l'assurée le 17 juin 2008, l'office a indiqué que les arguments développés dans son opposition, respectivement le dernier rapport établi par le Dr X._____, n'étaient pas de nature à modifier l'exigibilité médicale telle que définie dans le cadre de l'examen réalisé le 7 juillet 2006 par le SMR. Par décision du 31

juillet 2008, l'OAI a en conséquence confirmé son projet de décision du 12 février 2008. B. S. _____, représentée par le Service juridique de la FSIH, a formé recours contre cette décision devant le Tribunal des assurances par acte du 8 septembre 2008, concluant à sa réforme en ce sens que la rente entière qui lui avait été allouée n'était pas diminuée pour la période suivant le 30 juin 2006. Elle a fait valoir, en substance, que l'OAI n'avait pas apporté la moindre preuve d'une amélioration notable de son état de santé, seule susceptible de justifier une révision de son droit à la rente. Les médecins du SMR s'étaient contentés à cet égard de se référer à un entretien téléphonique qu'ils auraient eu avec le Dr X. _____, lequel aurait mentionné une amélioration dès le mois d'avril 2006, suivie d'une récupération d'une capacité de travail complète dès le mois d'octobre 2006; or, ce psychiatre n'avait jamais rien écrit de tel, mais bien plutôt

- 14 - confirmé, dans son rapport du 12 mai 2008, que l'intéressée continuait à présenter une incapacité de travail complète, malgré les traitements entrepris. En outre, la Dresse Q. _____ du CHUV avait conclu, dans son rapport du 19 décembre 2007, à la possibilité d'une activité de type occupationnel de l'ordre de 30 % tout au plus. Enfin, avant la décision litigieuse, l'office avait toujours considéré l'assurée comme gravement handicapée sur le plan psychique – le SMR ayant notamment relevé à cet égard, dans son avis du 6 octobre 2005, qu'elle "ne pourra[it] pas s'intégrer dans un milieu économique normal" –, de sorte que la diminution de la rente allouée, respectivement sa suppression, apparaissait également comme constitutive d'un abus de droit. Dans sa réponse du 17 décembre 2008, l'OAI a confirmé sa décision et proposé le rejet du recours. C. a) Une audience d'instruction a été tenue le 10 mars 2009. Informées de ce que le magistrat instructeur avait, par contact téléphonique, tenté de citer à comparaître le Dr X. _____ – lequel n'avait pu se libérer – les parties ont requis que ce psychiatre soit interpellé par écrit, afin de pouvoir se déterminer sur son appréciation; le magistrat instructeur a décidé sur le siège de donner suite à cette requête. b) Interpellé, le Dr X. _____ a, par écriture du 13 mars 2009, indiqué ce qui suit: "1. Est-il exact que l'amélioration de l'état de santé psychique de votre patiente au printemps 2006, telle que vous l'avez rapportée à la Dresse B. _____ du SMR, à la demande de celle-ci, ne devait s'entendre que comme une amélioration passagère, et non comme une rémission de la problématique dépressive? Pourquoi et dans quelle mesure? Le syndrome rhumatismal-algique est intriqué à un syndrome dépressif l'un renforçant l'autre en un cercle vicieux de manière variable. 2. A votre souvenir, quels furent les termes de votre conversation téléphonique avec la Dresse B. _____, en juillet 2006?

- 15 - La Dresse B. _____ a probablement dû témoigner d'une phase d'amélioration passagère. Je ne me souviens dans les détails de la conversation téléphonique de 2006. 3. Depuis que vous traitez Mme S. _____, la problématique dépressive a-t-elle persisté à un degré tel qu'elle justifiait, liée à la problématique somatique, une incapacité totale de travail? Pourquoi? A l'évidence, il est impossible de travailler avec des douleurs envahissantes, une grande fatigue et un moral effondré. 4. Un rendement au travail était-il envisageable et reste-t-il envisageable? Pourquoi? Un travail sans trop de stress ni d'effort physique serait peut-être envisageable à temps partiel si l'état de santé de Mme S. _____ le permettait. Et d'ailleurs l'intéressée aimerait beaucoup que cela soit un jour possible... mais un tel travail existe-t-il aujourd'hui? 5. Mme S. _____ vous semble-t-elle avoir toujours tenté de surmonter ses problèmes physiques et psychologiques afin de recouvrer une capacité de travail? Je peux témoigner du bon vouloir et de l'engagement thérapeutique de Mme S. _____ qui ne me donne pas l'impression d'être une personne «victimisée» et

qui subit de plus le handicap secondaire d'être considérée comme une malade imaginaire."

c) La recourante s'est déterminée sur les réponses du Dr X. _____ par courrier du 6 avril 2009, maintenant qu'il n'avait toujours pas été prouvé qu'il y ait eu, au printemps 2006, une amélioration durable de son état de santé. Par écriture du 29 avril 2009, l'intimé a indiqué que les réponses du Dr X. _____ n'apportaient aucun élément médical dont l'appréciation du SMR n'aurait pas tenu compte, confirmant dès lors ses conclusions, telles que fondées sur le rapport établi par ce service en août 2006. E n d r o i t : 1. a) Interjeté dans le respect du délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours a été déposé en temps

- 16 - utile; il est en outre recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA- VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de dite loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est ainsi compétente pour statuer (art. 93 al. 1 LPA-VD). 2. Est seule litigieuse, en l'espèce, l'amélioration de l'état de santé de la recourante dès le mois d'avril 2006 retenue par l'intimé, partant la réduction de la rente allouée dès le 1er juillet 2006, respectivement sa suppression dès le 1er janvier 2007. 3. a) A teneur de l'art. 4 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20) en relation avec l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité la diminution de gain, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Aux termes de l'art. 7 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Est réputée incapacité de travail 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

- 17 - 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 (art. 6 LPGA). b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il 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 utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Lorsqu'un assuré n'exerce plus d'activité lucrative, il y a lieu de déterminer, une fois connue l'exigibilité d'après les données médicales, les activités entrant en considération malgré les limitations dues aux atteintes à la santé, respectivement d'évaluer le gain que l'assuré pourrait encore obtenir en exerçant une telle activité. c) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413,

consid. 2d, confirmé notamment par ATF 9C_391/2008 du 12 mars 2009, consid. 2.2). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (qui reprend l'ancien art. 41 LAI, abrogé par la nouvelle), 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. Selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès

- 18 - qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Constitue un motif de révision n'importe quel fait propre à entraîner une modification du degré d'invalidité. Selon la jurisprudence rendue en application de l'ancien art. 41 LAI, applicable par analogie sous l'empire de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343, consid. 3.5; ATF I 441/04 du 22 septembre 2005, consid. 2), il peut y avoir matière à révision soit en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, soit en cas de modification notable des répercussions économiques d'un état de santé inchangé (ATF 133 V 545). Une révision n'est admissible que si une modification de la situation effective s'est produite, et si cette modification influence le degré d'invalidité, partant le droit à la rente; il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente (cf. ATF I 491/03 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). d) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de trancher la question litigieuse. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à une appréciation médicale, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2 et les références).

- 19 - En matière d'assurances sociales, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises ordonnées par un assureur pour résoudre un cas litigieux. En particulier, dans la mesure où il remplit les exigences requises, un rapport qui émane d'un service médical régional AI au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a pleine valeur probante (ATF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2 in fine et la référence), alors que les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il convient en effet de tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitant ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références). Cela étant, l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée des

différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane d'un médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'assureur; pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières permettant de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (ATF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2 et la référence). 4. En l'espèce, l'intimé a retenu que l'état de santé de la recourante s'était amélioré en 2006, de sorte qu'après avoir été nulle, sa capacité de travail exigible – tant dans son activité habituelle de secrétaire-réceptionniste que dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles – s'élevait à 50 % dès le 1er avril 2006, puis à 100 % dès le 1er octobre 2006; il s'est fondé à cet égard sur le rapport établi le 23 août 2006 par la Dresse B. _____ et le Dr Z. _____, respectivement sur les avis subséquents du SMR s'agissant d'éprouver le bien-fondé des

- 20 - conclusions dudit rapport. La recourante conteste l'existence d'une telle amélioration, invoquant notamment les appréciations du Dr X. _____ et de la Dresse Q. _____, et sans minimiser les constats dressés par les organismes chargés de la réadaptation professionnelle. a) Dans leur rapport du 23 août 2006, les médecins du SMR ont posé, sur le plan psychiatrique, le diagnostic de status post épisode dépressif moyen à sévère, actuellement en rémission complète, relevant que les ressources de l'intéressée étaient bien présentes et qu'il n'y avait plus de signe de dépression; à l'occasion d'un entretien téléphonique, le Dr X. _____ leur aurait confirmé l'existence passée d'un épisode dépressif dont les symptômes se seraient amendés dès le mois d'avril 2006, permettant la reprise d'une activité professionnelle adaptée à 50 % dans un premier temps, puis à 100 % dès le 1er octobre 2006. Sur le plan somatique, les médecins du SMR ont retenu le diagnostic de lombalgies chroniques sur trouble dégénératif (status après hémilaminectomie L4-L5 bilatérale pour canal lombaire étroit secondaire); les suites postopératoires de cette intervention ont été qualifiées de "favorables", avec récupération de la marche et absence de séquelle neurologique objectivable, cette atteinte, occasionnant certes un certain nombre de limitations fonctionnelles, mais n'ayant plus à leur sens aucune répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Ainsi, l'autorité intimée fonde sa décision sur la force probante du rapport du SMR, lequel fonde ses conclusions, d'une part sur le constat objectivement dressé, lors d'un examen clinique, d'une assurée motivée à reprendre une activité économique et disposant des ressources pour ce faire, d'autre part sur les dires du Dr X. _____, psychiatre traitant interpellé par téléphone, lequel aurait abondé dans le sens de telles constatations objectives. b) Rien au dossier ne permet de douter du fait que, lors de l'examen médical pratiqué au SMR en juillet 2006, l'assurée ait pu offrir le constat objectif d'une amélioration de son état de santé, ceci tant sur le plan somatique que psychiatrique. Toutefois, et dès lors qu'il est constant

- 21 - que des atteintes à la santé invalidantes ont été retenues dès 2003, il n'y a pas à exclure que l'amélioration telle que constatée au SMR n'ait été que passagère, et non pas durable, ce qui conduit à éprouver le caractère probant des rapports et avis rendus par les autres médecins consultés par l'assurée, respectivement par l'ensemble des intervenants dans le traitement du cas de l'intéressée. Sur le plan psychiatrique, le médecin traitant X. _____, qui aurait oralement confirmé le constat de rémission dressé par le SMR, est manifestement d'un avis contraire à celui-ci. Constant dans ses écrits, le Dr X. _____

retient en effet clairement, dans son rapport du 12 mai 2008, que sa patiente "n'a jamais été en mesure d'assurer une capacité de travail à niveau de rendement, même à temps partiel depuis 2002 ni même dans les périodes d'amélioration de surface qui ont pu être notées en 2006". A cet égard, c'est sans se contredire que, interpellé en cours d'instance afin qu'il rende compte de la teneur de l'entretien téléphonique invoqué par la Dresse B. _____ du SMR, il a confirmé, par réponse du 13 mars 2009, que sa consoeur avait probablement dû témoigner d'une "phase d'amélioration passagère". Cela étant, il importe peu que le médecin traitant ait encore précisé ne pas se souvenir avec précision de la conversation téléphonique en question, ou même qu'il ait pu avoir été mal compris par la Dresse B. _____ à cette occasion, dès lors que le pronostic d'un amendement durable de la symptomatologie dépressive de l'assurée se trouve clairement infirmé par le spécialiste intéressé. A cela s'ajoute que le diagnostic de trouble dépressif récurrent tel que retenu par le Dr X. _____, ceci avant comme après l'examen du SMR (cf. rapports des 29 août 2005 et 12 mai 2008), n'est pas en tant que tel contesté par la Dresse B. _____, celle-ci l'estimant alors "actuellement en rémission complète", en se fondant sur l'unique examen clinique effectué en juillet 2006. Ceci impliquait dès lors que, pour éprouver le caractère durable de la rémission constatée, il faille procéder, en cas de doute, à un nouvel examen clinique qui puisse confirmer le premier. A défaut, il n'y avait pas à écarter les conclusions du médecin traitant, précisément fondées sur un suivi personnel de l'assurée, antérieur et

- 22 - postérieur à l'examen du SMR, et sans que des circonstances précises – au demeurant non invoquées par l'intimé – permettent de justifier objectivement des doutes quant à l'impartialité des évaluations effectuées dans le cadre du mandat thérapeutique. A cela s'ajoute encore que la Dresse B. _____ tombe à faux lorsqu'elle tente d'affaiblir la crédibilité du psychiatre traitant en faisant valoir que l'assurée n'avait entrepris de suivi psychiatrique spécialisé que depuis le mois de mai 2005. En effet, c'est omettre le suivi spécialisé qui a été dispensé depuis le mois de novembre 2000 par la Dresse M. _____, laquelle s'est en outre rapportée à un suivi psychiatrique antérieur, soit au centre ambulatoire de [...] dès 1991, de sorte que le Dr X. _____ pouvait s'y rapporter. Sur le plan somatique également, l'amélioration de l'état de santé de la recourante telle que constatée en 2006 par les médecins du SMR doit être qualifiée de passagère. Dans son rapport établi le 19 décembre 2007 à la suite de l'hospitalisation de l'assurée, la Dresse Q. _____ relève, outre le caractère chronique des douleurs lombaires, leur aggravation depuis 6 mois, en dépit de l'intervention effectuée en 2005. On ne saurait donc suivre le SMR lorsqu'il retient, dans son avis du 24 janvier 2008, qu'aucun élément médical nouveau n'est survenu ni n'est à prendre en considération au motif que "les divers problèmes (obésité, douleurs type fibromyalgie) ont déjà été évoqués dans le rapport d'examen du SMR". Il est en effet patent que l'hospitalisation de la recourante en novembre 2007 ne tient pas aux "problèmes" tels qu'évoqués dans l'avis du SMR – le diagnostic de fibromyalgie n'étant pas même mentionné dans le rapport établi par la Dresse Q. _____ – mais bien à une aggravation des affections lombaires, lesquelles ne sont pas contestées et ont justifié, selon l'avis des médecins du SMR eux-mêmes, une incapacité de travail totale d'octobre 2005 à fin mars 2006. Enfin, on ne saurait suivre l'intimé lorsqu'il soutient que la recourante aurait été en mesure de poursuivre la mesure de réentraînement au travail entreprise auprès de la Fondation [...], formulant

- 23 - par là-même le reproche larvé d'avoir profité du certificat médical établi par le CHUV le 28 novembre 2007 pour justifier cette carence. Comme déjà relevé, les motifs de

l'hospitalisation tels qu'exposés par la Dresse Q. _____, chef de clinique au CHUV, tenaient à une aggravation de l'atteinte lombaire de nature à empêcher le déroulement de la mesure prévue, à tout le moins temporairement. A cela s'ajoute que, de manière constante, les médecins consultés comme les institutions chargées de la réadaptation ont relevé la remarquable motivation de la recourante en vue de se réinsérer dans le marché du travail, ainsi que les efforts considérables qu'elle a déployés dans ce sens, la mesure entreprise au Centre Oroph ayant du reste été interrompue par les organisateurs contre la volonté de l'assurée. En d'autres termes, confine à l'arbitraire la tentative de l'intimé de mettre en doute le fait que l'assurée se soit avant tout montrée désireuse de recouvrer ses capacités physiques et psychiques afin de retrouver une pleine capacité de travail, l'intéressée s'étant montrée pleinement collaborante s'agissant des mesures qui lui ont été proposées, évitant durant de longues années de procédure de se profiler comme une victime, tout en supportant mal son statut d'assistée. c) Cela étant, il y a lieu de constater que les pièces versées au dossier permettent à l'autorité judiciaire d'apprécier en pleine connaissance de cause tant la situation médicale et personnelle de l'intéressée que la chronologie des événements. Ainsi, il y a lieu de retenir que les rapports et avis émanant tant des professionnels de la réadaptation que des différents médecins et psychiatres qui ont suivi la recourante s'avèrent pleinement probants s'agissant de la période juridiquement déterminante. Ils sont en effet parfaitement convaincants, tant par un exposé clair et précis du contexte personnel de l'assurée que par l'appréciation de la situation médicale, de sorte que leurs conclusions, dûment motivées et exemptes de contradictions, répondent aux exigences posées par la jurisprudence. A l'inverse, l'absence de rémission des affections en cause ayant été établie à satisfaction de droit par le Dr X. _____ comme par la Dresse Q. _____, l'argumentation du SMR telle que reprise par l'intimé n'apparaît donc pas concluante lorsqu'il retient une modification notable et durable de l'état de santé propre à modifier la

- 24 - capacité de travail et de gain de l'assurée, respectivement à fonder la réduction puis la suppression – assimilable à une révision – de la rente entière octroyée dès le mois de février 2003. Compte tenu des considérations factuelles et juridiques qui précèdent, il y a lieu d'admettre que, à défaut d'amélioration significative et durable de l'état de santé et en raison des conséquences de celui-ci sur la capacité de gain, l'incapacité de travail totalement invalidante de la recourante a perduré au-delà du 30 juin 2006, respectivement qu'elle est demeurée telle à tout le moins jusqu'à la date déterminante à laquelle la décision attaquée a été rendue. En conséquence, la décision entreprise doit être réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance- invalidité postérieurement au 30 juin 2006 (art. 28 al. 2 bis LAI, tel qu'en vigueur depuis le 1er janvier 2004). 5. a) A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe de l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance- invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, directement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de dite loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches publics, comme les OAI (art 54 ss LAI). Compte tenu de l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice à charge de l'office intimé. L'avance de frais effectuée par la recourante, par 250 fr., lui sera par ailleurs restituée. b) La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, art.

55 al. 1 LPA-VD).

- 25 - En l'espèce, compte tenu d'échanges d'écritures soutenus et de la tenue d'une audience, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (55 al. 2 LPA-VD).

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