

VD_GERICHTE ZD08.027533 vom 27. September 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-09-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.027533

FR: VD_GERICHTE ZD08.027533 du 27 septembre 2010

IT: VD_GERICHTE ZD08.027533 del 27 settembre 2010

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 461/08-380/2010 CO UR DE S ASSURANCES S
OCIALES _____ Arrêt du 27 septembre
2010 _____ Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE Juges : Mme
Thalmann et M. Abrecht Greffière : Mme Berberat ***** Cause pendante entre :
C. _____, à [...], recourante, représentée par DAS Protection juridique SA à Lausanne, et
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey,
intimé. _____ Art. 4 et 28 LAI; 17 LPG 402

- 2 - E n f a i t : A. a) C. _____, née en 1975, a travaillé en qualité d'employée de bureau
d'août 1990 au 28 février 2002 auprès de l'entreprise S. _____ aux [...]. Dès le 15
septembre 1999, elle a présenté plusieurs incapacités de travail à des taux différents, soit :
du 15.09.1999 au 15.11.1999 à 100 %, du 16.11.1999 au 21.12.1999 à 50 % et du
22.12.1999 au 21.05.2000 à 100 % en raison d'algies et de dysthésies résiduelles
handicapantes après trois opérations de la main droite (épitrochléite, neurolyse in situ du
nerf cubital et transposition antérieure du nerf cubital du même côté) ; du 22.05.2000 au
25.06.2000 à 50 %, du 26.06.2000 au 03.07.2000 à 100 % et du 04.07.2000 au 21.08.2000 à
50 % en raison d'une cure de hernie hiatale (appendicite) ; du 22.08.2000 au 30.09.2000 à
100 %, du 01.10.2000 au 06.05.2001 à 50 % et du 07.05.2001 au 10.09.2001 à 25 % en
raison d'une cure de hallus valgus gauche par ostéotomie de valgisation de la base du
premier métatarsien, ostéosynthétisée, exostosectomie et cure selon Mc Bride incomplet
(opération du pied) ; du 11.09.2001 au 04.11.2001 à 100 % et du 05.11.2001 au 10.12.2001
à 50 % en raison de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) ; du 11.12.2001 au
10.02.2002 à 100 % et du 11.02.2002 au 28.02.2002 (date qui correspond à la fin de son
contrat de travail auprès de l'entreprise S. _____) à 50 % en raison de l'excision d'un
fragment osseux au niveau du pied. Dans ce cadre, la V. _____ Assurances a versé des
indemnités journalières maladie.

- 3 - Dès le 1er mars 2002, l'assurée a retrouvé une pleine capacité de travail et a repris une
activité d'employée de bureau à 75 % auprès de la scierie K. _____ à [...]. Dès le 10
septembre 2002, elle a présenté une nouvelle atteinte à la santé qui a entraîné une incapacité
de travail à 100 %, entrecoupées de reprises à 25 % et à 50 %, puis du 8 avril 2003 (date
d'une spondylodèse L5-S1) à août 2003 à 100 % (date du décompte de la Y. _____
Assurances). b) L'intéressée a déposé le 26 janvier 2001 une demande de prestations AI
auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) tendant à l'octroi
d'une rente. Par avis médical du 2 février 2001, le Dr J. _____, médecin généraliste et
médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de
travail d'algies et dysthésies résiduelles handicapantes après une opération de l'épitrochléite
droite. Il a indiqué, dans l'annexe à son rapport médical du 2 février 2001, qu'une
amélioration dans les 3 à 4 mois était souhaitée permettant une récupération entière de la

capacité de travail. Dans un rapport médical du 4 avril 2003, le Dr W. _____, spécialiste de la chirurgie de la main, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de séquelles d'épitrôchélite droite, de neuropathie droite multi-opérée et d'épicondylalgie chronique droite. Dans un rapport médical du 2 septembre 2003, le Dr Q. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a constaté la persistance de lombosciatalgies/status après spondylodèse L5-S1, de récurrence de lombosciatalgies gauches après une période indolore à la suite de la spondylodèse, de myogélose en cascade et d'absence de lésion radiculaire. Il a précisé que l'état de santé de l'assurée n'était pas encore stabilisé après l'intervention chirurgicale de spondylodèse L5-S1 pratiquée le 8 avril 2003. En effet, ce praticien a exposé qu'une reprise partielle du travail devait être possible dès octobre 2003 et qu'une capacité de travail complète pouvait être envisagée à long terme. Il était cependant trop tôt pour se prononcer sur une éventuelle diminution de rendement à long terme. Le travail de secrétaire semblait être le mieux adapté à l'état de l'assurée, puisqu'il n'exigeait pas de force physique.

- 4 - Par communication du 15 octobre 2003 et décision du 24 mars 2004, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 15 septembre 2000 (soit à l'échéance du délai de carence), une demi-rente dès le 1er avril 2001, un quart de rente dès le 1er juillet 2001, une demi-rente dès le 1er décembre 2001, puis à nouveau une rente entière dès le 1er décembre 2002 en raison d'une maladie de longue durée. B. a) Dans le cadre d'une procédure de révision d'office mise en œuvre le 13 janvier 2005, l'intéressée a rempli un formulaire le 31 mars 2005, en précisant notamment que son état de santé était toujours le même, que depuis l'octroi de sa rente, elle n'avait pas eu d'absence au travail pour cause de maladie ou d'accident et qu'elle était toujours salariée à temps partiel. Il ressort d'un récapitulatif des incapacités de travail du 30 juin 2004 établi par le Dr J. _____ que l'assurée a, dès le 22 octobre 2003, retrouvé une capacité de travail à 50 %, dès le 12 janvier 2004 à 75 % (avec arrêts de travail les 26 et 27 janvier 2004, ainsi que les 28 et 29 février 2004), dès le 1er mars 2004 à 50 % (avec un arrêt de travail du 7 au 13 mars 2005), puis dès le 25 avril 2005 à 40 % pour une durée indéterminée en raison d'une diminution de rendement de 60 % (annexe au rapport médical du 5 mai 2005). Dans un rapport médical du 9 mai 2005, le Dr J. _____ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente de syndrome somatoforme douloureux handicapant avec troubles de la personnalité caractérisés par une immaturité psychique et une personnalité dépendante, de lombalgies gauches persistantes après spondylose L5-S1 en 2003, d'opération de l'épicondylite droite en 1999, d'opération de hernie hiatale en 2000, d'opération de hallus valgus gauche en août 2000 et de lombosciatalgies et lombalgies persistantes dès le 11 décembre 2001. Il a fait état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente, tout en retenant une capacité de travail de 40 % dans l'activité exercée jusqu'ici en raison d'une diminution de rendement de 60 %. Il a également ajouté que les multiples mesures médicales thérapeutiques sur le plan physique,

- 5 - somatique et psychique n'aboutissaient à aucun résultat ou amélioration de l'état de santé susceptible d'espérer une récupération entière de la capacité de travail. Le Dr J. _____ a enfin préconisé un examen médical complémentaire afin de prendre acte de la situation et de la personnalité complexe de cette patiente (annexe au rapport médical du 10 mai 2005). Ce praticien a également transmis un protocole de consultation du 30 novembre 2004 ainsi qu'un consilium psychiatrique du 10 janvier 2005 établis par la Dresse P. _____, cheffe de clinique au secteur psychiatrique de [...], qui a posé les diagnostics

ayant des répercussions sur la capacité de travail de syndrome somatoforme douloureux persistant (F 45.4), de personnalité dépendante (F 60.7) et de probable syndrome de dépendance aux opiacés (Tramal), utilisation continue (F 11.25). Dans un rapport du 5 décembre 2005, le Dr M. _____, médecin cadre de l'Unité Rachis au service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation au [...], a posé les diagnostics de pan-rachialgies chroniques non spécifiques persistantes, de fibromyalgie et de status après interventions chirurgicales musculo-ligamentaires (coude droit, hallux valgus), ainsi que d'un probable état anxio-dépressif réactionnel. Il a précisé que : "Madame C. _____ présente une symptomatologie douloureuse rachidienne, faisant progressivement tache d'huile vers l'ensemble de son appareil locomoteur. Cette situation s'inscrit dans une longue évolution marquée par plusieurs interventions chirurgicales de nature musculo-ligamentaire, dans un contexte probable de déconditionnement physique et d'hypo-extensibilité de la musculature posturale pouvant, rétrospectivement et au moins partiellement, expliquer sa symptomatologie. La situation actuelle est relativement figée sur le plan chirurgical, elle persiste par contre sous forme de dysbalances musculaires étagées, qui avaient dans le passé bénéficié fonctionnellement d'une prise en charge intensive à [...]. L'ensemble du tableau est cependant grevé de la surcharge douloureuse et de l'état dépressif induit par celle-ci. Sur le plan thérapeutique, d'un point de vue médicamenteux, il me semblerait utile de réévaluer la situation sur le plan psychiatrique, en terme d'approche médicamenteuse de la douleur. Ceci pourrait faire l'objet d'une consultation auprès du Dr X. _____, psychiatre consultant de l'Unité Rachis. En ce qui concerne l'aspect thérapeutique, il conviendrait que Madame C. _____ arrive à modifier son quotidien, dans le sens de la pratique régulière d'un sport d'endurance, qui, à condition d'être

- 6 - pratiqué régulièrement et sur une très longue durée devrait pouvoir moduler favorablement sa thymie et donc sa perception de la douleur. Cette appréciation est toutefois à pondérer par la présence d'une fibromyalgie, qui représente probablement l'aboutissement des processus somatiques et psychologiques. Dans ce sens, également, la consultation psychiatrique me paraît utile". Dans un rapport médical du 9 février 2006, le Dr X. _____, chef de clinique au service d'anesthésiologie du [...], a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant et de possible deuil compliqué. Il n'a pas retenu un diagnostic séparé de trouble dépressif, le trouble somatoforme englobant en général des manifestations dépressives. Une discussion téléphonique avec le Dr J. _____ lui confirmait son impression de graves difficultés élaboratives qui pouvaient signer un fonctionnement intellectuel limite, voire un retard mental léger et même une personnalité de type psychotique. Il estimait dès lors utile de procéder à une expertise psychiatrique sous forme de tests de personnalité et de QI. b) Dans l'intervalle, l'intéressée s'est mariée en mai 2006 et a donné naissance à un enfant en mars 2007. Dans un nouveau rapport médical du 23 janvier 2007, le Dr J. _____ a confirmé les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux handicapant avec troubles de la personnalité et limitations psychiques intellectuelles et de lombalgies persistantes et handicapantes après spondylose L5-S1 en 2003. Il a fait état d'un état de santé stationnaire et a à nouveau proposé un examen médical complémentaire. Il a estimé que sa patiente présentait une incapacité de travail aux taux suivants : du 08.04.2003 au 21.10.2003 à 100 %, du 22.10.2003 au 11.01.2004 à 50 %, du 12.01.2004 au 25.01.2004 à 25 %, du 26.01.2004 au 27.01.2004 à 100 %, du 28.01.2004 au 17.02.2004 à 25 %, du 28.02.2004 au 29.02.2004 à 100 %, du 01.03.2004 au 21.11.2004 à 50 %, du 07.03.2005 au 13.03.2005 à 100 %, du 14.03.2005 au 24.04.2005 à 50 % et dès le 25.04.2005 à 60 % pour une durée indéterminée. c) Compte tenu de ces éléments, l'OAI a

mandaté le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) pour la réalisation d'une

- 7 - expertise rhumatologique et psychiatrique. Dans un rapport d'expertise du 26 septembre 2007 faisant suite à un examen rhumato-psychiatrique du 26 septembre 2007, les Drs H. _____ H. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et I. _____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches chroniques persistantes, de status après spondylodèse L5-S1 pour une anomalie transitionnelle lombo-sacrée en 2003 — AMO en 2004 ou 2005 et de troubles statiques rachidiens étagés. Ils ont cependant considéré que les diagnostics de fibromyalgie, de status après cure chirurgicale de hallux valgus gauche en 2000 et 2001 et d'excès pondéral n'avaient aucune incidence sur la capacité de travail de l'assurée. Sur le plan somatique, le Dr H. _____ a relevé que dans une vision biomécanique limitative de la situation, en faisant abstraction de la fibromyalgie, les atteintes à la santé présentées par l'assurée imposaient la reconnaissance d'un certain nombre de limitations fonctionnelles, exigeant la position assise et la position debout en alternance une fois par heure, mais excluant le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le port régulier de charges d'un poids excédant 7 kg, un travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et s'effectuant sur des engins vibrants. Sur le plan psychiatrique, le Dr I. _____ a retenu que l'anamnèse psychiatrique ne permettait pas de mettre en évidence une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité sévère. Par ailleurs, vis-à-vis du trouble somatoforme douloureux dont la fibromyalgie est une équivalence, une comorbidité psychiatrique manifeste n'a pas été constatée. Ce praticien n'a par ailleurs mis en évidence aucun critère de sévérité (perte d'intégration sociale, affection corporelle chronique ou processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ou l'échec des traitements ambulatoires). Dans leurs conclusions, les deux médecins précités ont estimé que sur le plan somatique et psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée était complète dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites ci-dessus. Ils ont ajouté que la situation somatique s'était stabilisée. Sur le plan psychiatrique, la décision initiale reposait sur une vision très alarmiste, mais elle était cohérente compte tenu des informations disponibles à l'époque. Par contre, sur le plan somatique,

- 8 - compte tenu des dispositions jurisprudentielles actuellement en vigueur, une capacité de travail était exigible à 100 % dans une activité adaptée depuis toujours (en faisant abstraction des périodes incontestables d'incapacités de travail liées aux interventions chirurgicales et à la grossesse). C. a) En date du 9 novembre 2007, l'OAI a adressé à C. _____ un projet de suppression de la rente d'invalidité. Il a considéré, au vu du rapport du SMR du 26 septembre 2007, que la capacité de travail de l'assurée tant sur le plan somatique que psychiatrique était complète dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites. Dès lors, une activité d'employée de bureau pour laquelle l'intéressée possédait un CFC était adaptée. Le degré d'invalidité de l'assurée étant dès lors inférieur à 40 %, le droit à la rente devait être supprimé dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. En date du 15 novembre 2007, l'intéressée a contesté le projet précité, en indiquant qu'un degré d'invalidité de 60 % était justifié, compte tenu de ses problèmes de santé qui étaient bien réels. Elle a complété sa contestation en date du 19 décembre 2007 en précisant que l'OAI ne saurait retenir un changement dans son état de santé, alors que les faits étaient exactement les mêmes que ceux prévalant à l'époque de

l'octroi de la rente, la différence résidant cependant dans le fait que l'OAI avait mandaté le SMR pour la réalisation d'une expertise, élément qui ne permettait pas la révision du droit à la rente. Par ailleurs, elle a estimé remplir les critères régissant les troubles somatoformes douloureux, qui avaient été mis en évidence par les médecins appelés à se déterminer sur son cas. Dans un avis médical du 15 juillet 2008, le SMR a constaté que la décision d'octroi de rente du 24 mars 2003 se basait uniquement sur des problématiques douloureuses multiples ayant nécessité de nombreuses interventions chirurgicales et, par là-même, de nombreuses périodes d'incapacité de travail à taux variables depuis septembre 1999. Par ailleurs, la capacité de travail dans une activité adaptée n'avait pas été examinée et l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé. L'examen

- 9 - rhumatologique et psychiatrique n'avait dès lors pas mis en évidence une amélioration de l'état de santé de l'assurée, mais une stabilité de la situation somatique et l'absence de comorbidité psychiatrique. Il s'agissait dès lors d'une appréciation différente d'une situation médicale identique, mais la situation initiale ayant mené à l'octroi d'une rente n'avait pas pris en compte la capacité de travail résiduelle de l'assurée dans une activité adaptée, ni même que la situation médicale n'était pas encore stabilisée et qu'il était attendu une récupération complète de la capacité de travail. b) Par lettre du 23 juillet 2008, l'OAI a informé C. _____ qu'il maintenait son projet de décision du 9 novembre 2007, en se basant sur l'avis médical du SMR du 15 juillet 2008. Par décision du 23 juillet 2008, l'OAI a supprimé le droit à la rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a également retiré l'effet suspensif au recours. D. a) Par acte de son mandataire du 15 septembre 2008, C. _____ recourt contre cette décision, en concluant à la restitution de l'effet suspensif, à l'annulation de la décision attaquée et au maintien du versement d'une rente d'invalidité entière en sa faveur. En substance, elle fait valoir que la suppression de sa rente n'est pas justifiée, les conditions requises pour la reconsidération ou la révision n'étant, en l'espèce, pas remplies. Ainsi, lors des décisions d'octroi de rente d'invalidité, l'OAI disposait de tous les éléments de fait lui permettant d'apprécier son cas. Dès lors, l'OAI ne pouvait pas procéder à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits par le biais d'un examen bidisciplinaire (lequel n'est pas une expertise), puisqu'ils étaient déjà clairement établis, la situation médicale n'ayant au demeurant pas changé depuis l'octroi de la rente invalidité. Elle conteste également la valeur probante du rapport d'examen bidisciplinaire, car il est en contradiction avec les différentes pièces versées au dossier et est lacunaire, puisqu'il ne relève pas les autres affections mises en évidence dans son dossier. Enfin, elle estime que les critères jurisprudentiels

- 10 - permettant de retenir le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux sont remplis. Il existe en effet une comorbidité psychiatrique sous la forme d'un trouble de la personnalité, de nombreuses affections chroniques présentes depuis plusieurs années, ainsi qu'un retrait social. b) Dans sa réponse du 13 octobre 2008, l'OAI conclut au rejet de la requête de restitution de l'effet suspensif. En effet, l'intimé considère que l'issue du litige au fond est incertaine et que, dans l'hypothèse où l'assurée n'obtiendrait pas gain de cause, une procédure en restitution des prestations versées à tort pourrait se révéler infructueuse compte tenu de sa situation financière. Par ailleurs, l'OAI estime que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé au moment où la décision initiale a été rendue. Il s'agit dès lors d'un motif de révision qui influence le degré d'invalidité de l'assurée et qui permet dès lors de supprimer le droit à la rente. c) Par jugement incident du 3 novembre 2008, le Tribunal des assurances a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif. d) Dans sa réplique du

27 janvier 2009, la recourante a indiqué que la substitution d'une appréciation par une autre n'est pas admise par la jurisprudence relative à la reconsidération d'une décision, a fortiori d'une révision (ATFA du 29 août 2008), si bien que la décision attaquée est contraire à la loi. S'agissant de la stabilité de son état de santé, le SMR a reconnu qu'il ne s'était pas modifié et en tout état de cause, pas amélioré depuis l'octroi de la rente AI, partant qu'il n'est pas plus stable ou instable qu'il ne l'était en 2004. En outre, les conclusions de l'avis médical du SMR du 16 octobre 2007 affirmant que la décision d'octroi de la rente en 2004 était manifestement erronée, contredisent le rapport d'examen bidisciplinaire du 26 septembre 2007 qui soutenait le contraire. La recourante s'étonne enfin que le status psychiatrique figurant dans le rapport bidisciplinaire du 26 septembre 2007 se concentre sur 9 lignes et trois mots et puisse se substituer ainsi aux conclusions des Drs X._____ et M._____.

- 11 - e) Dans sa duplique du 20 février 2009, l'OAI confirme sa décision, ainsi que son écriture du 13 octobre 2008. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). 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, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, – à l'époque le Tribunal des assurances – est donc recevable. 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. a) Eu égard à la date à laquelle a été rendue la décision litigieuse (23 juillet 2008) et dans la mesure où le litige porte sur la suppression de la rente entière d'invalidité de la recourante dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de son prononcé, il faut prendre en considération les modifications de la LAI entraînées par la novelle du 21 mars 2003 (4e révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er

- 12 - juillet 2006 (dispositions transitoires y relatives, let.c), ainsi que la loi fédérale du 6 octobre 2006 (5e révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2008, sont également applicables au présent litige. La législation applicable en cas de changement de règles de droit reste en effet celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445, TFA I 392/05 du 24 août 2006, consid. 3.2). b) Cela étant, le Tribunal fédéral a jugé que les principes développés par la jurisprudence en matière d'incapacité de travail, d'incapacité de gain, d'invalidité et de révision, ainsi que sur la détermination du taux d'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés (ATF 130 V 343 consid. 2, 3.6 ; TFA I 392/05 du 24 août 2006, consid. 3.2). 3. Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'OAI d'aboutir à une telle conclusion. L'assurée fait valoir que l'intimé ne pouvait s'appuyer sur aucun motif de

révision au moment où il a rendu sa décision de suppression de la rente et que sa capacité de travail n'avait pas varié depuis lors, de sorte qu'aucune modification de sa situation n'était intervenue à la date déterminante. Par conséquent, en l'absence de modification de son état de santé, une suppression de la rente n'était pas justifiée. Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement

- 13 - important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 130 V 349 consid. 3.5., 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui 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 conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108). 4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI).

- 14 - b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

- 15 - 5. a) Il convient en l'espèce de déterminer si les conditions d'une révision sont remplies. L'intimé a fondé la décision initiale d'allocation de rente du 24 mars 2004 sur les rapports médicaux dont il avait connaissance. Cette décision faisait en réalité suite à une communication du 15 octobre 2003 avec en annexe une motivation écrite relative à l'octroi de la rente. Ladite communication précisait qu'une révision de la rente était prévue pour le 1er janvier 2004. Jusqu'en 1999, C. _____ semble avoir été en bonne santé, avant de rencontrer une succession de problèmes médicaux. Elle a ainsi subi une appendicectomie, une cure de hernie hiatale, trois interventions chirurgicales consécutives au coude droit (épitrochléite, neurolyse in situ du nerf cubital, puis épicondylite), trois interventions au niveau du pied gauche et enfin une spondylodèse en avril 2003. Le Dr J. _____ a indiqué, dans l'annexe à son rapport médical du 2 février 2001, qu'une amélioration dans les 3 à 4 mois était souhaitée permettant une récupération entière de la capacité de travail. Dans son rapport médical du 2 septembre 2003, le Dr Q. _____ a précisé que l'état de santé de l'assurée n'était pas encore stabilisé après l'intervention chirurgicale de spondylodèse L5-S1 pratiquée le 8 avril 2003. En effet, ce praticien a exposé qu'une reprise partielle du travail devait être possible dès octobre 2003 et qu'une capacité de travail complète pouvait être envisagée à long terme. Au dossier figure également une note de l'OAI du 15 octobre 2003 faisant suite à un entretien avec l'assurée qui a précisé qu'à cette date, elle était toujours en incapacité de travail. Il ressort d'un récapitulatif des incapacités de travail du 30 juin 2004 établi par le Dr J. _____ que l'assurée a, dès le 22 octobre 2003, retrouvé une capacité de travail à 50 %, dès le 12 janvier 2004 à 75 % (avec arrêts de travail les 26 et 27 janvier 2004, ainsi que les 28 et 29 février 2004), dès le 1er mars 2004 à 50 % (avec un arrêt de travail du 7 au 13 mars 2005), puis dès le 25 avril 2005 à 40 % pour une durée indéterminée en raison d'une diminution de rendement de 60 % (annexe au rapport médical du 5 mai 2005). b) En l'occurrence, en l'absence d'éléments d'ordre psychique, il s'avère que seules les affections physiques ont motivé l'attribution des

- 16 - prestations en cause et nécessitaient un réexamen au moment de la suppression de la rente. Il ressort en effet d'une fiche d'examen du dossier établie le 15 octobre 2003 que l'OAI s'est fondé sur les atteintes somatiques ayant entraîné des incapacités de travail depuis le 15 septembre 1999 en les énumérant avec les périodes d'incapacité de travail y relatives afin de pouvoir calculer l'invalidité moyenne. Pour statuer sur la révision du droit à la rente, l'OAI s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire du SMR. Ainsi, les Drs H. _____ et I. _____ ont posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de

lombosciatalgies gauches chroniques persistantes, de status après spondylodèse L5-S1 pour une anomalie transitionnelle lombo-sacrée en 2003 — AMO en 2004 ou 2005 et de troubles statiques rachidiens étagés, diagnostic qui est superposable à celui retenu par le Dr J. _____ (rapports médicaux des 9 mai 2005 et 23 janvier 2007). Ils ont cependant considéré que les diagnostics de fibromyalgie, de status après cure chirurgicale de hallux valgus gauche en 2000 et 2001 et d'excès pondéral n'avaient aucune incidence sur la capacité de travail de l'assurée. Sur le plan somatique, le Dr H. _____ a relevé que dans une vision biomécanique limitative à la situation, en faisant abstraction de la fibromyalgie, les atteintes à la santé présentées par C. _____ imposaient la reconnaissance d'un certain nombre de limitations fonctionnelles, mais qui étaient clairement compatibles avec une activité à plein temps d'employée de bureau. Il a ajouté que l'intervention au niveau du rachis lombaire avait entraîné un temps prolongé d'incapacité de travail incontestable, même si son indication était discutable. Cet état de fait constitue à n'en pas douter une modification par rapport à la situation qui prévalait lors de la communication d'octroi de la rente en octobre 2003; à l'époque, l'intéressée avait subi une longue incapacité de travail en raison de ses troubles dorsaux, à laquelle était venue s'ajouter une période de convalescence de plusieurs mois à la suite d'une spondylodèse L5-S1 pratiquée en avril 2003. c) Sur le plan somatique, tant l'atteinte au rachis lombaire que les autres atteintes à la santé sont désormais stables, notamment parce

- 17 - qu'elles n'ont pas empêché l'intéressée de reprendre dès le 22 octobre 2003 une activité à temps partiel, en qualité d'employée de bureau auprès de la scierie K. _____. On doit donc admettre que l'état de santé de l'assurée s'est notablement amélioré depuis la communication du 15 octobre 2003, date à laquelle l'assurée a indiqué à l'intimé qu'elle était toujours en incapacité totale de travail. Par la suite, l'intimé a calculé les divers montants de la rente à verser à l'intéressée qui ont été confirmés par décision du 24 mars 2004. Le fait que l'amélioration de son état de santé existât déjà bien avant que l'intimé ait rendu sa décision de suppression de la rente ne fait en aucun cas obstacle à une procédure de révision. Est en effet seul décisif à cet égard le fait qu'est intervenu un changement des circonstances entre la décision initiale d'octroi de la rente et celle qui modifie ce droit, ce qui est manifestement le cas en l'espèce. C'est d'ailleurs à l'avantage de la recourante que l'intimé ait attendu le mois de janvier 2005 pour procéder à une révision des prestations allouées, alors que les conditions mises à une telle révision étaient déjà réunies bien plus tôt. Sur ce point, on peut s'étonner que la recourante n'ait pas informé l'intimé, à réception de sa décision du 24 mars 2004 lui octroyant notamment une rente complète dès le 1er décembre 2002, qu'elle avait repris une activité à temps partiel dès le 22 octobre 2003 à un taux de 50 %, voire 75 %, puis finalement à 40 % dès le 25 avril 2005. 6. Contrairement à l'opinion de la recourante, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, voire de fibromyalgie, n'a été posé pour la première fois qu'en novembre 2004 par la Dresse P. _____ (rapport médical du 30 novembre 2004), soit postérieurement à la décision initiale. En effet, le Dr J. _____, médecin traitant de l'assurée, avait fait hospitaliser sa patiente en raison de plaintes gastriques et lombosciatalgies vraisemblablement d'origine somatoforme. Ce praticien avait ainsi constaté une recrudescence des plaintes somatiques de sa patiente et l'émergence de sentiments dépressifs. Au vu de ces éléments, il y a dès lors lieu d'examiner si le diagnostic de fibromyalgie permet de justifier le maintien du droit à la rente, ledit diagnostic ne pouvant

- 18 - toutefois se voir reconnaître exceptionnellement un caractère invalidant qu'aux conditions posées par la jurisprudence. a) Dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, 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 (ATF 132 V 65 cons.4.2.1; TF I 216/06 du 28 février 2007 consid. 3.2 et I 176/06 du 26 février 2006 consid. 4). Ainsi, dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; cette présomption doit être étendue au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé

- 19 - résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie); enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). Le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e éd., p. 191), sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006). c) En l'espèce, le critère d'une comorbidité ne saurait être retenu. Le Dr I. _____ a ainsi

constaté que l'assurée ne présentait aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la mémoire, du cours de la pensée (perte des associations) ou du contenu (idées délirantes). Ce praticien a également conclu à l'absence d'attitude d'écoute, d'hallucinations auditives, d'idées noires ou suicidaires. Le Dr I. _____ a en outre pris position par rapport à l'évaluation faite par le Dr X. _____ en date du 9 février 2006 (rapport établi postérieurement à la décision initiale d'octroi

- 20 - de la rente), lequel avait conclu à l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant et de possible deuil compliqué, diagnostics basés en réalité sur des hypothèses. L'une des hypothèses retenues par le Dr X. _____ est celle d'une structure de personnalité de type psychotique et d'un retard mental léger, sans avoir cependant effectué des tests de personnalité ou de QI, ni s'être référé aux critères de la CIM 10 pour définir le trouble somatoforme douloureux (pas de sentiment de détresse mise en évidence dans le status psychique, p. 2), soit un trouble de la personnalité. Le Dr X. _____ a ainsi utilisé l'échelle de dépression MADRS, validée uniquement pour les essais psychopharmacologiques. On ne saurait également assimiler l'état anxio-dépressif réactionnel probable attesté par le Dr M. _____ (rapport médical du 5 décembre 2004) ou le « trouble de la personnalité dépendante » retenu par la Dresse P. _____ (rapport médical du 10 janvier 2005) à une véritable atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie (TFA I 624/04 du 13 juillet 2005, consid. 5.1). Même si l'assurée souffrait de ce dernier trouble depuis son l'enfance, il ne l'a pourtant pas empêchée d'exercer une activité lucrative tout d'abord en qualité d'apprentie, puis d'employée de bureau dès l'âge de 18 ans. En l'absence de comorbidité d'une acuité et d'une durée importantes, il y a lieu d'admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de s'intégrer dans un processus de travail est exigible de la part de l'assurée, qui, au demeurant, a repris une activité à temps partiel depuis octobre 2003. S'agissant des autres critères consacrés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, ils ne sont pas non plus remplis. On rappellera à ce propos qu'ils sont un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification, mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret (TFA I 225/04 du 6 mars 2006 consid. 4.1) .Ces critères servent à apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux et d'une fibromyalgie (voire de tout autre état

- 21 - douloureux semblable dont l'étiologie est incertaine, cf. ATF 132 V 393 consid. 3.2 p. 398 s., TF 9C_588/2007 du 12 juin 2008 consid. 3.2 et Ulrich Meyer, La récente jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances [notamment en matière de prestations d'invalidité], in: Nouveautés en matière de prévoyance professionnelle, Colloque de l'IRAL 2006, Berne 2007, p. 113 note 4). L'expert n'a ainsi pas relevé chez la recourante la présence des autres critères déterminants, à savoir un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état de santé psychique cristallisé et l'échec aux traitements. Au contraire, la recourante mène une vie sociale relativement normale : outre le fait que l'assurée travaille à 40 %, l'expert a relevé qu'elle voit des amis une fois par mois, sa famille au moins une fois par semaine. Les époux C. _____ ont en outre des activités sociales ensemble, le mari de l'assurée faisant partie d'une fanfare à laquelle la famille participe

fréquemment. Par ailleurs, l'assurée assume la majorité de ses tâches ménagères et l'éducation de son enfant, né en 2007, tout en exerçant parallèlement une activité à temps partiel. Le rapport du SMR expose clairement les motifs pour lesquels d'une part aucun trouble sur le plan psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail ne peut être retenu et d'autre part les autres critères dégagés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux ne sont pas remplis. 7. Au vu de l'ensemble des pièces médicales, on doit reconnaître à l'expertise rhumatologique et psychiatrique du SMR pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références). Il n'y a donc pas lieu d'écarter le rapport du SMR pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. On ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité des Drs H._____ et I._____. Le rapport des médecins précités se fonde notamment sur le dossier AI, le dossier radiologique de l'intéressée, un examen rhumatologique et psychiatrique et finalement une appréciation consensuelle du cas. L'anamnèse de la recourante est décrite de façon circonstanciée : familiale, professionnelle,

- 22 - par système, psychosociale et psychiatrique. Les Drs H._____ et I._____ ont pris en considération les plaintes exprimées par l'assurée, y compris s'agissant des troubles douloureux. Dans ces conditions, force est de constater que la Cour de céans n'a pas de raison suffisante de s'écarter des conclusions des experts, si bien que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise s'avère superflue. 8. a) Il y a dès lors lieu de retenir que le trouble somatoforme douloureux et ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part de la recourante. Aussi convient-il de nier une incapacité de travail résultant de ce seul diagnostic et de considérer que l'assurée est encore capable de travailler en qualité d'employée de bureau à temps complet, activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues par les experts. Dès lors, au moment déterminant, soit lors de la décision du 28 juillet 2007, les conditions étaient réunies pour que le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité soit supprimé. La décision attaquée n'est, par conséquent, pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales

- 23 - p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 23 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Un émoulement judiciaire de 250 fr. est mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - DAS, Assurance de protection juridique SA (pour C._____), - 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

subsidaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004

- 24 - 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.