

## **VD\_GERICHTE ZD09.023218 vom 15. April 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-04-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.023218](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.023218)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.023218 du 15 avril 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD09.023218 del 15 aprile 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1er in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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. Selon l'art. 16 LPGA, 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

- 19 - traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) 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 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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. 2c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale

- 20 - soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Cela étant, selon la Haute Cour, 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 confidents 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; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2; TF 9C\_986/2008 du 29 mai 2009 consid. 4.2). c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en

- 21 - charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et consid. 6). d) Aux termes de 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3

novembre 2009 consid. 2.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid.

- 22 - 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

#### **E. 4**

Par décision attaquée du 17 juin 2009, l'intimé a supprimé le droit à la rente de l'assurée, au motif que son état de santé s'était amélioré. Cette suppression de rente est précisément contestée par la recourante. a) Par décision du 7 avril 2003, le droit à une rente entière a été reconnu à l'assurée à compter du 1er octobre 2000, compte tenu d'un degré d'invalidité de 100%. Cette décision était fondée sur les rapports médicaux suivants. Dans ses lignes du 24 novembre 2000, le Dr X.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de douleurs thoraciques post-thoracotomie, de status post lobectomie inférieure droite le 5 octobre 1999 pour tumeur carcinoïde pulmonaire, de status post-hydropneumothorax sur fistule broncho-pleurale avec drainage en février 2000, spontanément résolutive; il a fixé l'incapacité de travail à 100% depuis le 9 février 2000, relevant qu'il n'y avait probablement pas d'activité adaptée. Le 13 février 2002, ce médecin a signalé le développement d'un syndrome de stress post-traumatique, de gonalgies gauches et de douleurs. Il a par ailleurs déposé des rapports de spécialistes mettant en particulier en évidence les diagnostics d'hémicorporalgies droites d'origine psychosomatique, de gonalgies gauches sur vraisemblable syndrome rotulien, d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et d'état de stress post-traumatique. Dans son expertise du 15 juin 2002, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, d'anxiété généralisée, d'état de stress post-traumatique, de somatisations et d'autre trouble spécifique de la personnalité (psychotique); l'incapacité de travail a été fixée à 100% depuis octobre 1999. Dans son appréciation

- 23 - du cas, elle a relevé que l'assurée, ayant vécu des traumatismes liés à la guerre en Bosnie en 1992, avait développé en 1999, suite à une opération pour une tumeur carcinoïde pulmonaire, des douleurs persistantes associées à la réactivation d'un état de stress post-traumatique, avec des angoisses de mort, entraînant un trouble anxio-dépressif majeur. Malgré un traitement psychiatrique et ambulatoire, elle a signalé la persistance d'angoisses de morcellement et de mort associées à un trouble dépressif récurrent sévère, relevant que depuis 1999 la situation s'était chronicisée, la reprise même partielle d'une activité pouvant conduire à une nouvelle décompensation avec élément de type psychotique, voire acte auto-agressif. Les conclusions de l'expert ont été reprises par le SMR dans un rapport du 2 octobre 2002. Il faut donc examiner s'il y a eu, depuis la décision du 7 avril 2003, un changement des circonstances susceptible de modifier le droit à la rente, soit en l'occurrence une amélioration de l'état de santé justifiant, selon l'intimé, de supprimer cette rente. b) Dans le cadre de la procédure de révision d'office du droit à la rente, les pièces médicales suivantes ont notamment été produites. Le 2 mai 2006, le Dr X.\_\_\_\_\_ a posé les

diagnostics de gonalgies bilatérales, de tumeur carcinoïde du lobe pulmonaire inférieur, de status après lobectomie inférieure droite, de douleurs thoraciques persistantes post-thoracotomie droite, d'évolution progressive vers un état douloureux chronique, de toux chronique sur probable mauvais drainage du moignon bronchique avec infection broncho-pulmonaire itérative et d'épisode dépressif actuellement moyen à sévère. Ce praticien a retenu une incapacité de travail de 100% depuis le 9 février 2000, l'état de santé étant stationnaire. En date du 7 août 2006, la Dresse Q. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent moyen sans syndrome somatique et de séquelles de stress post-traumatique; l'incapacité de travail a été fixée à 100%. Elle a signalé un ralentissement psychomoteur moyen, une appréhension de l'avenir, un état apathique et triste avec une

- 24 - perte d'espoir, relevant des moments d'agressivité. Faisant état d'un traitement médicamenteux, elle a retenu une capacité de travail nulle dans toute activité, relevant comme limitations fonctionnelles, sur le plan psychiatrique, une baisse de la concentration, une fatigabilité importante en raison des troubles du sommeil et des angoisses quasi constantes. En raison de la gravité du trouble dépressif et des séquelles de stress post-traumatique, malgré la médication considérée comme suffisante et efficace, cette spécialiste n'a pas constaté d'amélioration significative. Dans son expertise du 29 mars 2007, la Dresse G. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, présent depuis début 2000, et celui sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant, présent depuis 2005. Elle a retenu une capacité de travail de 65 à 70% sans diminution de rendement, le degré d'incapacité de travail de 100% ayant duré de octobre 1999 à 2005 environ, puis ayant progressivement diminué pour être tout au plus de 30 à 35% depuis début 2006. Dans son appréciation du cas, cette spécialiste a retenu que la symptomatologie psychiatrique s'était modifiée par rapport à juin 2002, dès lors qu'on ne pouvait retenir les diagnostics d'anxiété généralisée, ni d'état de stress post-traumatique, faute de symptômes caractéristiques, et que persistait un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel moyen et non plus sévère comme en 2002. Au sujet du traitement médicamenteux, elle a en particulier relevé que l'assurée devait prendre régulièrement son traitement antidépresseur, ce dernier agissant favorablement sur la thymie. Elle a évoqué les contacts sociaux de l'assurée, relevant qu'elle était plus tonique qu'en 2002, ayant pu retrouver certaines ressources, ajoutant que la personnalité de structure psychotique était compensée. En outre, elle a constaté des discordances entre l'intensité des plaintes alléguées et les constatations objectives. Elle a retenu que seul le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, interférait en partie sur la capacité de travail, estimant cette dernière de 65 à 70% dans une activité simple, le pronostic quant à la reprise d'un

- 25 - emploi paraissant cependant compromis. Dans un avis médical SMR du 26 juillet 2007, le Dr T. \_\_\_\_\_ a repris les conclusions de l'expertise précitée. Dans un rapport du 5 janvier 2009, le Dr R. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de fibrillation auriculaire paroxystique, de canal artériel persistant, de BPCO post-tabagique, d'état anxio-dépressif important, de status après lobectomie. Il a estimé que l'assurée ne pouvait probablement pas reprendre d'activité professionnelle, puis n'a pas retenu de limitation physique sur le plan cardiologique. Le 6 février 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ du SMR a notamment relevé que les plaintes alléguées par l'assurée ne résultaient pas du problème cardiaque et qu'elles étaient beaucoup mieux expliquées par le syndrome douloureux somatoforme, puis que le

problème cardiaque justifiait d'éviter les activités physiquement lourdes, sans autre limitations fonctionnelles pour cette affection ni diminution de rendement dans une activité adaptée. Le 28 avril 2009, le Dr X. \_\_\_\_\_ a indiqué, en particulier, que sa patiente avait présenté des problèmes cardiaques (trois épisodes de FA de 2002 à 2008), que subsistaient des surinfections fréquentes nécessitant une antibiothérapie sur le plan thoraco-pulmonaire, que l'assurée avait présenté un abcès tubo-ovarien droit ayant nécessité plusieurs interventions, puis une gonarthrose fémoro-patellaire externe gauche, l'ensemble de ces pathologies étant responsable d'un handicap à 100% sur le plan de l'emploi. Le 10 juin 2009, ce praticien a encore signalé des gonalgies et des douleurs à l'épaule gauche, fait état d'un suivi psychiatrique et signalé que deux récurrences de fibrillation auriculaires étaient postérieures à l'expertise de la Dresse G. \_\_\_\_\_; il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail complète depuis le 9 février 2000 et a renvoyé à l'avis des médecins spécialistes. Dans un rapport du 18 juin 2009, le Dr R. \_\_\_\_\_ a relevé que, en l'absence de fibrillation auriculaire, l'atteinte cardiaque n'entraînait en principe pas de limitation fonctionnelle importante, mais que la BCPO sur tabagisme chronique ainsi que la lobectomie inférieure droite pouvaient entraîner une limitation fonctionnelle à l'effort physique. D'un point de vue

- 26 - strictement cardiologique, il a évalué que l'incapacité de travail dans l'activité antérieure était probablement peu importante en l'absence d'arythmie supraventriculaire, une activité peu exigeante d'un point de vue physique pouvant être adaptée à ce titre. Il a également critiqué l'appréciation de la capacité de travail faite par la Dresse G. \_\_\_\_\_, doutant de l'amélioration claire de l'état anxio-dépressif entre 2002 et 2007. Dans un rapport du 23 juin 2009, le Dr P. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de cervico-scapulalgies à prédominance droite sur discarthrose C5-C6, a fait état d'un examen ostéo-articulaire, constaté suite à des radiographies cervicales un net rétrécissement des trous de conjugaison, surtout le droit, et a fait part des difficultés quant à un traitement efficace permettant de soulager les douleurs. Dans un avis médical SMR du 10 juillet 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé que les problèmes cardiaques ne justifiaient pas d'incapacité de travail et que la situation était stable concernant la problématique pulmonaire. Dans leur rapport du 20 juillet 2009, les Drs H. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ ont constaté une évolution stationnaire de la symptomatologie dépressive depuis 2005 et posé les diagnostics d'état dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et de trouble somatoforme; ils ont retenu une incapacité de travail de 100% et, comme limitations fonctionnelles, des troubles de la concentration liés à la symptomatologie dépressive et une intolérance à la frustration. Le 19 août 2009, le Dr P. \_\_\_\_\_ a posé notamment les diagnostics de gonalgies gauches anciennes sur gonarthrose, de troubles somatoformes douloureux chroniques et d'état dépressif, puis signalé qu'un examen clinique n'avait pas décelé de pathologie et qu'une IRM du genou gauche, le plus douloureux, s'était révélée normale. Au sujet de ce rapport, dans un avis médical SMR du 2 septembre 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait aucune raison ostéo-articulaire à une incapacité de travail, que les médecins de l'unité de psychiatrie avaient exclu toute aggravation depuis l'expertise psychiatrique de mars 2007 et que leur avis quant à la capacité de travail devait être écarté au profit de celui de l'expert, conforme à la jurisprudence.

- 27 - Le 13 novembre 2009, le centre de psychiatrie du Nord vaudois a fait état d'un séjour de l'assurée en octobre 2009, d'un entretien le 9 octobre 2009 en présence de l'assuré et de son mari, puis a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent sévère avec symptômes

psychotiques. Dans un rapport du 18 décembre 2009, les Drs N. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ ont signalé l'apparition progressive, depuis 2007, de symptômes de la lignée psychotique, devenus manifestes depuis la dernière hospitalisation en octobre 2009; ils ont posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. Depuis environ deux ans, ils ont constaté un ensemble de symptômes schizophréniques – sous forme d'hallucinations visuelles, acoustico- verbales et auditives, de troubles perceptifs au niveau du corps puis d'idées de référence, de concernement et de persécution – démontrant la péjoration de l'état de santé de l'assurée, l'incapacité de travail étant de 100%. Dans un avis médical SMR du 25 janvier 2010, les Drs K. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ ont notamment relevé que la date de l'aggravation signalée par les médecins précités de l'unité de psychiatrie n'était pas précisée dans le temps, de sorte qu'il n'était pas possible de statuer sur l'incapacité de travail de l'assurée. Dans un rapport du 19 février 2010, le Dr R. \_\_\_\_\_ a fait état d'un séjour à l'hôpital d'Yverdon-les-Bains, puis posé le diagnostic principal de pneumonie basale droite à germe inconnu et fait état du traitement médicamenteux. Le 14 juillet 2010, le Dr V. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de nodules pulmonaires multiples, certains excavés, de petites bronchiectasies et probable bronchiolite infectieuse, de BCPO, de stade I selon GOLD, sur un tabagisme probablement toujours actif et de douleurs basithoraciques droites chroniques, probablement post-thoracotomie. Dans son expertise du 31 août 2010, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel sévère, avec caractéristique psychotique). Il a évalué l'incapacité de travail à 100% jusqu'au 31 août 2005, puis à 20% depuis septembre 2005, puis de 100% depuis le 1er juillet 2009. Dans son appréciation du cas, il a constaté une

- 28 - tristesse importante, une fatigue anormale, la perte d'intérêt et du plaisir, une perte de la confiance en soi, des difficultés à se concentrer, des troubles du sommeil, une perte du goût de la vie et une culpabilité pathologique, justifiant de retenir un épisode dépressif, qualifié de sévère, corroboré par le résultat de l'échelle d'évaluation de la dépression; il a également signalé des symptômes psychotiques, sous forme de perceptions anormales, et relevé que la récurrence pouvait être retenue. Il a écarté notamment les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Se référant aux constatations de l'unité de psychiatrie, il a relevé qu'un suivi psychiatrique avait pris fin en août 2005 après une stabilisation, de sorte que l'incapacité de travail avait été de 100% jusqu'au 31 août 2005, puis de 20% par la suite, en l'absence de pathologie psychiatrique grave et incapacitante en soi. Selon les indications de ladite unité, il a retenu que l'assurée avait de nouveau présenté des troubles psychiatriques graves en septembre 2009 et proposé de retenir un 100% d'incapacité de travail depuis le milieu 2009, soit depuis le 01.07.2009, précisant ne pas pouvoir être plus précis. Il a ajouté que cette incapacité de travail était probablement restée constante, signalant un facteur de chronicité en été 2010, relevant que le traitement médicamenteux pouvait être augmenté. Dans un avis médical SMR du 24 septembre 2010, le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé en substance que les conclusions de cette expertise pouvaient être retenues. c) Sur le plan somatique, des problèmes cardiologiques ont été signalés, notamment par le Dr R. \_\_\_\_\_, cardiologue. Dans ses rapports des 5 janvier et 18 juin 2009, ce médecin n'a pas retenu de limitation physique sur le plan cardiologique et relevé qu'une activité physique peu exigeante était exigible à ce titre. Dans ses avis médicaux SMR des 6 février et 10 juillet 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé que les problèmes cardiaques n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles dans des activités physiquement légères, respectivement qu'ils ne justifiaient pas d'incapacité de travail. S'agissant des problèmes pulmonaires, signalés d'abord par les Dr R. \_\_\_\_\_ (rapport du

18 juin 2009) et X. \_\_\_\_\_ (rapport du 28 avril 2009), puis analysés par le Dr V. \_\_\_\_\_,

- 29 - pneumologue (rapport du 14 juillet 2010), le médecin du SMR a relevé que la situation était stable sur le plan pulmonaire (rapport du 10 juillet 2009), de sorte qu'on peut retenir que cette affection n'entraîne pas d'incapacité de travail, ce que rien au dossier ne permet de contredire. Les diagnostics de cervico-scapulalgies à prédominance droite sur discarthrose C5-C6, de gonalgies gauches anciennes sur gonarthrose et de troubles somatoformes douloureux chroniques, posés par le Dr P. \_\_\_\_\_ (rapports des 23 juin et 19 août 2009 notamment) ne reposent sur aucune lésion organique, dès lors que ce médecin n'a pas décelé de pathologie lors de son examen clinique et a constaté qu'une IRM du genou gauche, le plus douloureux, s'était révélée normale. Les constatations de ce médecin, faisant état de douleurs uniquement subjectives, doivent donc faire l'objet d'une appréciation spécifique, sous l'angle d'un éventuel trouble somatoforme douloureux, dont l'existence sera abordée ci-dessous, comme affection psychiatrique. En tant que médecin traitant, l'avis du Dr P. \_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail de l'assurée doit en outre être apprécié avec les réserves d'usage. On suivra donc le médecin du SMR, le Dr K. \_\_\_\_\_, lorsqu'il affirme qu'il n'y a aucune raison ostéo-articulaire à une incapacité de travail (avis médical du 2 septembre 2009). Quant aux autres atteintes somatiques mentionnées par le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée de longue date, en tant qu'ils n'ont pas été traités dans les considérants qui précèdent, elles ne sauraient entraîner une incapacité de travail. On retiendra donc que la recourante ne présente pas, par rapport aux circonstances prévalant lors de l'octroi de la rente entière à compter du 1er octobre 2000, d'aggravation de son état de santé sur le plan purement physique. d) Sur le plan psychique, dans le cadre de la procédure de révision, l'assurée a fait l'objet de deux expertises, la première par la Dresse G. \_\_\_\_\_, requise par le SMR, et la seconde par le Dr S. \_\_\_\_\_, réclamée par le juge instructeur, compte tenu notamment des constatations nouvelles des médecins de l'unité de psychiatrie. Dans son

- 30 - expertise du 29 mars 2007, sur la base notamment de son examen, de l'échelle d'évaluation de la dépression et des autres pièces au dossier, le Dr S. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel sévère, avec caractéristique psychotique). Cet expert a également signalé des symptômes psychotiques, sous forme de perceptions anormales (se référant à des hallucinations), et relevé que la récurrence pouvait être retenue; il a écarté notamment les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Le diagnostic posé par cet expert est corroboré par celui – de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique – retenu par la Dresse G. \_\_\_\_\_ (expertise du 29 mars 2007) ainsi que par les constatations des médecins de l'unité de psychiatrie, en particulier dans leur rapport du 18 décembre 2009. On peut se demander si l'assurée présente le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, retenu par la Dresse G. \_\_\_\_\_ mais infirmé par le Dr S. \_\_\_\_\_. Cette question peut cependant demeurer indécise, étant donné que cette praticienne a retenu que ce diagnostic n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail, ce qui semble conforme à l'avis de son confrère et aux critères posés par la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4 et les références citées). En tant qu'il se fonde sur une anamnèse complète (familiale, personnelle et actuelle notamment), sur des examens approfondis sur le plan psychique, sur les plaintes somatiques et psychiques de l'assurée puis sur une appréciation médicale claire, compte tenu des systèmes de classification de la CIM-10 et du

DSM-IV-TR, et des conclusions dûment motivées et étayées, on relèvera que l'expertise du Dr S.\_\_\_\_\_ satisfait aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant des périodes d'incapacité de travail, le Dr S.\_\_\_\_\_ s'est largement référé aux constatations des médecins de l'unité de psychiatrie. Il a relevé qu'un suivi psychiatrique avait pris fin en août 2005 après une stabilisation, de sorte que l'incapacité de travail avait été, selon lui, de 100% jusqu'au 31 août 2005, puis de 20% par la suite, en l'absence

- 31 - de pathologie psychiatrique grave et incapacitante en soi. Il a ensuite retenu que l'assurée avait de nouveau présenté des troubles psychiatriques graves en septembre 2009 et proposé de retenir un 100% d'incapacité de travail depuis le milieu 2009 de façon continue, soit depuis le 1er juillet 2009, ce dont l'OAI ne disconvient en définitive pas. e) Le dies a quo d'une incapacité totale de travail est ainsi fixé à une date postérieure à celle de la décision attaquée, rendue le 17 juin 2009, de sorte que la suppression de la rente qu'emporte dite décision paraît a priori fondée, la date de sa notification fixant en principe l'état de fait déterminant pour l'issue du litige. Néanmoins, par économie de procédure et dans la mesure où le droit d'être entendu de l'intimé a été respecté, en particulier s'agissant de se déterminer sur le rapport d'expertise judiciaire, la cour de céans s'estime fondée, au regard de la jurisprudence rappelée au considérant 2 in fine ci-dessus, à étendre son pouvoir d'examen à des faits déterminants intervenus peu après la décision attaquée, mais en étroite connexité avec l'objet du litige, la contestation au fond portant sur la reconnaissance du droit à une rente se trouvant en état d'être jugée. En effet, on observe que la décision attaquée n'emporte d'effet juridique concret, en termes de suppression des prestations, qu'à compter du 1er jour du 2ème mois suivant sa notification, soit dès le 1er août 2009, ceci conformément à l'art. 88bis al. 2 let a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201). Or, une invalidité totale est reconnue à compter du 1er juillet 2009, soit après la date à laquelle la décision attaquée a été rendue, mais avant celle où elle est réputée pouvoir prendre effet. Ainsi, les conséquences juridiques de la décision attaquée trouvent-elles un écueil dans le constat d'une reprise d'invalidité, non contestée, laquelle a pour effet d'en neutraliser la portée juridique dès lors qu'à teneur de l'art. 29bis RAI, aucun délai d'attente ne saurait être imposé à l'assuré devenu totalement invalide dans les trois ans suivant la suppression de sa rente, comme c'est en l'occurrence le cas.

- 32 - Il s'ensuit que la suppression de la rente ne saurait emporter d'effet concret, ce qui justifie la poursuite de l'allocation d'une rente entière d'invalidité en faveur de l'assurée, telle que reconnue par la décision initiale du 7 avril 2003. Partant, le recours ne saurait être rejeté, mais admis, la décision entreprise étant réformée en ce sens que la recourante demeure au bénéfice d'une rente entière d'invalidité au-delà du 1er août 2009.

## **E. 5**

a) 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 (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA- VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquelles doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. b) N'étant pas représentée par un mandataire professionnel et ne faisant pas valoir de frais de procédure particuliers, la recourante n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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