

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 mars 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Dessaux et Dormond Béguelin, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Christophe Oberson,
avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 6ss et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI ; 49 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en [...]. Elle travaillait, en dernier lieu, comme nettoyeuse et dame de ménage pour le compte de deux employeurs distincts, pour un taux total de 40% environ. Elle a déposé une demande de prestations tendant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI, l'Office AI ou l'intimé), le 17 octobre 2008. Elle indiquait souffrir de narcolepsie (depuis 2005) et de dépression (depuis 2007). En annexe, l'assurée a joint un certificat du 4 septembre 2008 du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestant une incapacité de travail débutée le même jour et à réévaluer mensuellement. L'OAI a encore récolté, le 11 novembre 2008, deux certificats des 30 septembre et 28 octobre 2008 du Dr T._____ constatant la persistance de l'incapacité de travail de sa patiente.

Dans un rapport du 21 novembre 2008 à l'intention de l'OAI, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a posé les diagnostics d'état dépressif, hypersomnie idiopathique, ralentissement moteur et psychomoteur et troubles mnésiques verbaux. Il a attesté une incapacité de travail totale de sa patiente comme femme de ménage depuis la fin du mois de septembre 2008, pour une durée indéterminée.

Selon un rapport d'évaluation initial faisant suite à une entrevue du 13 janvier 2009 avec l'assurée, celle-ci souffrait de fatigue excessive et s'endormait même à son travail. Affectée de problèmes de concentration, elle faisait part de difficultés d'élocution lors de fatigues. Il convenait d'obtenir des renseignements auprès du psychiatre traitant, puis à réception, de soumettre son rapport aux médecins du Service Médical Régional de l'AI (SMR) pour avis sur la situation.

Dans un rapport du 13 janvier 2009 à l'Office AI, le Dr T._____, psychiatre traitant depuis février 2008, a posé les diagnostics

d'état dépressif moyen avec caractéristiques psychiatriques et de personnalité anxieuse ; des troubles dissociatifs n'étaient pas exclus. Il a fait état sous la rubrique « status » du rapport, d'une très profonde régression avec une multitude de symptômes somatiques, dont une importante fatigue, des problèmes de concentration et de mémoire et une perturbation de l'expression verbale ainsi que de la compréhension. En septembre 2008, les constatations cliniques avaient imposé un arrêt de travail total. Ce n'était que très récemment que le Dr T. _____ avait noté une amélioration clinique avec une moindre inhibition dans le fonctionnement psychique et social, et une meilleure aptitude de l'assurée à gérer ses affaires. Il a joint à son écrit, un rapport du 9 janvier 2008 du Dr F. _____, spécialiste en neurologie. Celui-ci se référait à un bilan neurologique « entièrement normal », un électroencéphalogramme (EEG) de veille « sans phase de somnolence significative », un examen polysomnographique « ne mettant pas en évidence de troubles respiratoires au cours du sommeil, de mouvements périodiques des jambes ni d'éléments en direction d'une narcolepsie, les troubles [pouvant] correspondre à une hypersomnie idiopathique avec comme élément de diagnostic différentiel un état dépressif », et un bilan neuropsychologique. Ce dernier bilan mettait en évidence un ralentissement moteur et psychomoteur massif, des troubles de l'attention, d'importantes difficultés mnésiques verbales et une symptomatologie dysexécutive avec des difficultés d'abstraction et de raisonnement.

Le 10 mars 2009, l'assureur perte de gain P. _____ Assurance-maladie SA (ci-après : P. _____) a informé l'OAI du fait qu'il allouait des indemnités pour perte de gain à l'assurée, depuis le 15 octobre 2008, en raison d'une incapacité de travail totale.

A teneur d'un rapport intermédiaire du 20 mars 2009, l'OAI a estimé, après un entretien téléphonique du jour précédent avec le psychiatre traitant de l'assurée, qu'il convenait de réévaluer la situation dans un délai de trois à six mois par l'envoi d'une nouvelle demande de rapport à compléter. Il a renoncé à la mise en place d'une mesure de

réinsertion professionnelle (réentraînement à l'endurance) étant donné l'état de santé de l'assurée qui ne remplissait pas les exigences de base pour l'exécution d'une telle mesure. Le 26 mars 2009, l'OAI l'a communiqué à l'assurée.

Le 13 juillet 2009, l'assurée a été licenciée avec effet au 30 septembre 2009, par l'employeur G._____ SA à [...]. Elle y œuvrait en qualité de nettoyeuse à raison de vingt-cinq heures par mois (soit un taux d'activité de 10% environ).

Dans un rapport du 8 novembre 2008 à l'assureur perte de gain de l'assurée, le Dr T._____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F39.3 ; trouble bipolaire non exclu), de trouble de la personnalité (F60-F69), de trouble anxieux mixte (F41.9 ; personnalité pathologique et dépression). La clinique montrait un tableau essentiellement centré sur l'inhibition et la confusion intellectuelle, voire mentale, sur la difficulté de comprendre des informations simples. La langue ne paraissait pas le problème essentiel. Les mécanismes de défense étaient de nature archaïque et inefficace. L'état régressif n'avait que peu ou pas évolué depuis le début de la prise en charge, ce qui signifiait la gravité de l'état actuel. D'évidence, la patiente ne simulait pas en vue d'obtenir une rente et il était clair que ses capacités professionnelles étaient nulles.

Un rapport du 6 octobre 2009 du Dr T._____ relate une évolution défavorable. L'état de fatigue confinait à l'épuisement puisque l'assurée n'était plus capable de tenir son ménage correctement, ni les tâches administratives de base (caisse-maladie, etc.). Des tentatives de reprise du travail avaient échoué et l'évolution clinique était objectivement mauvaise.

A l'occasion d'un rapport du 3 décembre 2009, les Drs A._____ et J._____, médecins au SMR, ont retenu, au titre d'atteinte principale à la santé, un épisode dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques (F32.3), sans pathologies associées. Ces médecins

mentionnaient une incapacité de travail totale dès le 27 août 2008, valable en toute activité. Les limitations fonctionnelles mises en évidence étaient un ralentissement moteur et psychomoteur sévère, des troubles de l'attention et d'importantes difficultés mnésiques verbales.

Selon le rapport d'enquête économique sur le ménage du 21 mai 2010, il était impossible pour l'assurée de déterminer son statut car elle n'en avait aucune idée ; elle se trouvait dans l'impossibilité de concevoir quel serait son taux d'activité professionnelle si elle était en bonne santé. L'enquêtrice mandatée par l'OAI a constaté qu'avant l'incapacité de travail attestée médicalement, l'assurée travaillait à 50% au maximum, mais qu'à la suite de son divorce, sa situation financière aurait exigé la reprise d'une activité lucrative à 80 ou 100%. L'auteur du rapport d'enquête a conclu à un taux d'invalidité ménager de 9,5%. Elle précisait que les empêchements ménagers étaient très peu importants, l'assurée étant en mesure dans l'ensemble de les assumer seule (excepté pour la gestion administrative et le nettoyage des vitres).

Par projet d'acceptation de rente du 29 juillet 2010, l'OAI a constaté qu'à l'échéance du délai de carence, soit depuis le 27 août 2009, l'assurée présentait une incapacité de travail totale tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Retenant le statut de 50% active et de 50% ménagère, et selon les éléments ressortant de l'enquête ménagère précitée, le taux d'invalidité de l'assurée était de 54,8% (à savoir, 50% pour la part active et 4,8% pour celle de ménagère). Elle avait ainsi droit à une demi-rente dès le 1^{er} août 2009. L'Office AI a intégralement confirmé son projet par décision du 22 février 2011. Cette décision n'a pas été contestée.

B. Dans le document intitulé « Questionnaire pour la révision de la rente » non daté, mais reçu le 10 septembre 2012 par l'OAI, l'assurée a fait part d'une amélioration de son état de santé, avec une levée des inhibitions et un rétablissement du sommeil. Elle restait en incapacité de travail totale depuis 2009. Sous la rubrique « 4. Remarques », elle indiquait toutefois être motivée pour une réadaptation au travail, dont elle

avait besoin. Elle a déclaré que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100%. Le 14 septembre 2012, elle a confirmé qu'elle travaillerait à 100% si elle était en bonne santé ; invitée à en préciser les motifs, elle a indiqué : « une meilleure santé ».

A l'occasion de l'instruction du dossier, l'assurée a été convoquée à un examen psychiatrique, le 11 juillet 2013, dans les locaux du SMR, à [...]. Dans son rapport du 6 août 2013, le Dr U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a pas posé de diagnostic psychiatrique. Il a notamment exposé que l'assurée avait arrêté le traitement d'Efexor® deux ans auparavant ; il avait été remplacé par une prescription de Tranxilium®. Elle prenait également régulièrement de la Ritaline® 20 mg en réserve, qui l'aidait à se concentrer. La vie quotidienne et le status psychiatrique étaient décrits comme suit :

“Vie quotidienne

L'assurée se lève vers 08h00, boit un café, fait sa toilette et s'habille. Il lui arrive d'aller à la gym trois fois par semaine, pendant une heure. L'assurée rentre vers midi et prend un repas simple. Elle peut s'installer devant l'ordinateur, écrire ou lire. Parfois, elle sort pour voir des amis et boire un café pendant une heure. Elle rentre chez elle et regarde la télévision. Elle prépare le souper vers 19h00. Parfois elle regarde un film et va se coucher à la fin de celui-ci. Elle ne décrit pas de difficultés d'endormissement, deux à trois réveils pour aller aux toilettes et actuellement, elle ne décrit pas la présence de cauchemars. L'assurée fait ses paiements, les commissions et le ménage mais elle ajoute qu'elle a des poursuites.

STATUS PSYCHIATRIQUE

L'assurée est venue en train, seule. Tenue et hygiène correctes. Le discours est caractérisé par la présence de difficultés de concentration et de la mémoire d'évocation. Toutefois elle est adéquate et cohérente, l'assurée est collaborante avec l'examineur. Absence de trouble du cours de la pensée (perte des associations) ou du contenu (idées délirantes).

Présence d'une tristesse fluctuante liée à sa situation socioprofessionnelle. Absence d'idées suicidaires. Pas de perte de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne ou les activités habituellement agréables. En ce qui concerne l'image de soi, l'assurée répond : « Quelqu'un de positif, courageuse, j'ai envie d'avancer ». En ce qui concerne l'avenir l'assurée répond : « C'est dur quand on est malade, est-ce que je vais m'en sortir ? ». L'appétit et la libido sont décrits comme étant conservés. Pas de symptomatologie anxieuse type crise de panique, déclenchée au cours de l'entretien.”

Le Dr U. _____ a posé finalement l'appréciation suivante :

“L'anamnèse psychiatrique permet de constater un épisode dépressif évoluant depuis 2006, d'après le rapport médical du département de psychiatrie, Dr K. _____, chef de clinique, rapport du 17.05.2006.

Deux rapports neurologiques, le Dr M. _____ et le Dr F. _____, retiennent respectivement une narcolepsie depuis l'enfance, puis une hypersomnie idiopathique.

Les bilans neuropsychologiques des mois de janvier 2006 et de décembre 2007, mettent en évidence des difficultés liées à la narcolepsie.

Ensuite, en 2008, l'assurée est adressée chez le Dr T. _____ à cause d'une symptomatologie dépressive d'intensité sévère avec caractéristiques psychotiques. D'après la lecture de rapports médico-psychiatriques, l'expert considère que l'évolution de l'épisode de 2006 a été défavorable, d'après le diagnostic retenu par le Dr T. _____. Toutefois, il s'agit d'un seul épisode ayant évolué favorablement depuis environ 2011 ; l'assurée a arrêté, à sa demande, un traitement d'Efexor®.

D'après l'examen psychiatrique de ce jour, une symptomatologie dépressive n'est pas constatée. Ainsi, l'épisode dépressif qui a débuté en 2006 est considéré comme s'étant amélioré à partir de 2011.

L'examen psychiatrique de ce jour ne permet pas de constater une symptomatologie psychotique, anxieuse ou dépressive. Des critères pour retenir un trouble de la personnalité décompensé ne sont pas observés.

Toutefois, l'assurée présente des troubles de l'attention, de la mémoire d'évocation et de la concentration, qui anamnesticquement, seraient dus à une narcolepsie versus une hypersomnie. Afin de faire face aux troubles mentionnés, l'assurée bénéficie d'une prescription de Ritaline® 20 mg en réserve, traitement qu'elle prend lorsqu'elle doit faire face à des démarches administratives, l'assurée disant que la Ritaline® l'aide à se concentrer.

Pour ce motif, il est nécessaire de compléter l'examen psychiatrique de ce jour par un examen neuropsychologique, à faire au Service de neuropsychologie du Pr S. _____, au CHUV.”

L'assurée a été examinée le 21 octobre 2013 par les médecins du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'Hôpital [...] au CHUV. Dans son rapport d'examen neuropsychologique du 28 octobre 2013, la Dresse S. _____, cheffe de service, assistée de W. _____, psychologue, s'est exprimée comme suit :

“Patiente de 49 ans, droitière, d'origine [...], de langue maternelle espagnole, en Suisse depuis près de 20 ans (1999), divorcée, sans enfant, ayant travaillé en Suisse comme femme de ménage (dernier emploi en 2008, licenciée en 2009), ayant effectué au [...] une formation d'employée de bureau (2 ans), emploi qu'elle a exercé par la suite. Autonome dans la gestion des tâches ménagères et administratives, ne conduisant pas. Au bénéfice de l'aide sociale. Rente invalidité de 54.8% dès le 27.08.09. En septembre 2012, fait la demande de pouvoir retravailler à 50%. Elle nous est adressée par AI-VD.

Antécédents et comorbidité : état anxio-dépressif, hypersomnie idiopathique (narcolepsie présente vraisemblablement depuis l'enfance), ralentissement psychomoteur, troubles mnésiques verbaux ; probable trouble de la personnalité schizotypique ; hypochondrie (crainte d'avoir une tumeur cérébrale, d'être atteinte d'une maladie grave).

Le traitement antidépresseur aurait été suspendu à la demande de la patiente depuis plusieurs mois.

Examen psychiatrique du 11.07.2013 : troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire d'évocation, pour lesquels la patiente prend un traitement de Ritaline®. Symptomatologie psychotique, anxieuse ou dépressive exclue.

Examens neuropsychologiques antérieurs : (4 et 10.12.07, [...]) : ralentissement psychomoteur massif, troubles de l'attention, importantes difficultés mnésique verbales et symptomatologie dysexécutive avec difficultés d'abstraction et de raisonnement. (18 et 25.01.2006, [...]) : difficultés attentionnelles.

Examen neuropsychologique du 21 octobre 2013

Patiente orientée, collaborante, adéquate et nosognosique, légèrement ralentie sur le plan idéique, présentant quelques signes de fatigue après 1h d'examen.

Plaintes spontanées et sur questions : depuis 2012, amélioration globale sur le plan thymique et cognitif, avec toutefois la persistance, de manière fluctuante, d'un ralentissement intellectuel, de difficultés de concentration et de mémoire et d'une fatigabilité. Lors des épisodes de fatigue, elle rapporte ne plus comprendre ce qu'on lui dit, ce qui engendre un sentiment de frustration et d'énervement.

Fonctions langagières : Le langage spontané est fluent et informatif avec la présence d'un léger manque du mot. La dénomination d'images (BNA) est modérément déficitaire, avec un manque du mot cédant peu à l'ébauche orale et de nombreux items non connus. La fluence verbale catégorielle et littérale se situe dans les normes. La compréhension en situation est parfois difficile pour les consignes complexes. L'écriture automatique et sous dictée comporte des redoublements de jambages, ainsi que des erreurs orthographiques compatibles avec le niveau d'acquisition du français écrit. La lecture orale d'un texte est satisfaisante, sa restitution est lacunaire.

Calcul : Oral : les calculs simples sont en ordre ; une addition complexe est réussie au coût d'un effort accru, la soustraction

complexe est impossible en raison de difficultés de mémoire de travail. Ecrit : la réalisation d'opérations complexes est en ordre.

Praxies : Gestuelles : la réalisation de gestes symboliques, de pantomimes d'utilisation d'objets et l'imitation de gestes sans signification sont sans particularité. Constructives : la copie des figures de la CERAD est globalement satisfaisante.

Gnosies visuelles : L'identification de figures enchevêtrées est correcte.

Fonctions mnésiques : Mémoire à court terme : l'empan de chiffre en ordre direct (WAIS-IV) est modérément déficitaire. Mémoire de travail : l'empan de chiffre en ordre inverse (WAIS-IV) est limite. Mémoire épisodique verbale : l'apprentissage, la reconnaissance immédiate et l'évocation différée d'une liste de 15 mots (version D) sont dans les normes. Mémoire épisodique visuo-spatiale : la copie, le rappel immédiat et le rappel différé de la figure complexe de Rey (version 2) sont dans les normes.

Fonctions exécutives : La reproduction de séquences graphomotrices (frise de Luria) montre un temps de réalisation dans les normes, sans persévérations. La fluence figurale (5 points) montre un rendement déficitaire, sans répétition. Une épreuve de flexibilité mentale (TMT-B) montre un temps de réalisation dans les normes inférieures, avec une erreur alphabétique non significative.

Fonctions attentionnelles (TAP) : L'attention divisée se situe globalement dans les normes en termes de temps de réponse, de fluctuation et de nombre d'omissions dans les deux modalités.

Raisonnement non verbal : les matrices de Raven sont modérément déficitaires.

Conclusion

Comparativement aux derniers examens neuropsychologiques effectués en 2006 et 2007, le présent bilan met en évidence une amélioration globale des performances, notamment sur le plan mnésique et attentionnel. Il persiste toutefois des difficultés exécutives et de raisonnement.

Nous restons à disposition pour toute information complémentaire.

DC: Ralentissement idéique, difficultés exécutives et de raisonnement."

Dans une lettre annexée à ce rapport, la Dresse S. _____ a précisé que d'un point de vue purement neuropsychologique, la capacité de travail n'était que faiblement diminuée. Une activité à un taux de 100%, avec une diminution de rendement de 20% dans une activité simple et bien cadrée était exigible. A cela s'ajoutait l'incapacité de travail liée à la narcolepsie / somnolence et à la dépression.

Une nouvelle enquête économique sur le ménage a été effectuée le 6 mars 2014 au domicile de l'assurée. Selon le rapport d'enquête du 11 mars 2014, le statut proposé était 100% active dès février 2012. L'enquêtrice n'a pas retenu d'empêchements pour l'accomplissement des travaux ménagers. L'assurée a notamment déclaré n'avoir plus de difficultés pour le poste « Alimentation » ; elle n'achetait en particulier plus de plats pré-cuisinés (contrairement à ce qui avait été observé lors de la précédente enquête). Elle continuait à effectuer toutes les courses et, depuis octobre 2013, gérait seule ses paiements et son courrier.

Dans un avis SMR du 4 juillet 2014, le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne et en gériatrie, a pris position en ces termes sur les derniers documents recueillis par l'OAI :

“[...] Dans le cadre de la procédure de révision de septembre 2012, un examen psychiatrique a été réalisé au SMR le 11 juillet 2013. En conclusion, le médecin examinateur retient l'absence de maladie psychiatrique au sens d'une classification internationale. Un examen neuropsychologique a été demandé au CHUV afin d'éclaircir l'impact d'éventuels troubles neuropsychologiques objectifs en relation avec les plaintes de l'assurée. Il a été réalisé le 21 octobre 2013. Le Pr. S. _____ estime que les troubles neuropsychologiques sont de nature à diminuer le rendement d'environ 20%.

Le psychiatre SMR retenait en page 4/5 de son rapport que l'épisode dépressif présent en 2009 avait évolué favorablement en 2011.

L.F : ralentissement, difficultés exécutives, et de raisonnement, activité simple manuelle subalterne à répartir sur 5 jours ouvrables.

Il convient donc de conclure que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle d'employée d'exploitation/femme de ménage est de 100% avec une baisse de rendement de 20% dès janvier 2012.”

L'OAI a convoqué l'assurée pour un entretien d'orientation professionnelle, le 8 avril 2015. Il ressort du rapport établi à la suite de cet entretien que le conseiller en réadaptation à l'OAI lui a exposé qu'il ne pouvait pas lui proposer de mesure de reclassement professionnel en vue de réduire le préjudice économique, au vu des limitations fonctionnelles. Il pouvait en revanche lui proposer une mesure de réinsertion en vue de lui permettre d'augmenter progressivement son taux de présence et de

bénéficiaire d'un réentraînement au travail dans le domaine du nettoyage ou un autre secteur respectant ses limitations fonctionnelles et ne nécessitant pas de qualification particulière. L'assurée a contesté pouvoir travailler à plus de 50% et a refusé de reprendre une activité dans le secteur du nettoyage. Elle souhaitait bénéficier d'une formation dans le domaine de la vente ou un autre domaine plus exigeant que le nettoyage, sur le plan intellectuel. Elle était ouverte à une reprise progressive d'activité dans un tel domaine.

Par correspondance du 3 septembre 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'elle pouvait participer à une mesure de réentraînement au travail, dans son activité habituelle d'employée d'exploitation / femme de ménage. Elle était invitée à se déterminer dans un délai au 3 octobre 2015. L'OAI précisait qu'il n'allouerait pas de mesure professionnelle sous la forme d'une formation certifiante et qu'en cas de refus de sa proposition, il statuerait sur le droit aux prestations en prenant en considération une capacité de travail de 80% dans l'activité habituelle. Plusieurs échanges téléphoniques et par courriers ont suivi, lors desquels l'assurée a maintenu son souhait d'entreprendre un reclassement professionnel, estimant qu'elle disposerait d'une capacité de travail de 50%.

Le conseiller en réadaptation à l'OAI s'est entretenu par téléphone avec le Dr T._____, le 10 novembre 2015. Selon une note établie le même jour, le psychiatre traitant a notamment exposé avoir interrompu son suivi pendant près de deux ans car il avait dû s'absenter pour raisons de santé, mais qu'il avait maintenant repris le suivi. L'assurée allait mieux, mais était encore fragile ; il n'était absolument pas d'accord avec les conclusions du SMR sur l'exigibilité et souhaitait lire les expertises psychiatriques et neuropsychologiques sur lesquelles il s'appuyait.

Le 17 décembre 2015, l'OAI a une nouvelle fois invité l'assurée à prendre part à une mesure de réentraînement au travail dans le domaine du nettoyage. En l'absence de réponse de l'intéressée, le

conseiller en réadaptation à l'OAI a finalement clôturé son mandat, le 11 janvier 2016.

Dans un courrier du 19 janvier 2016 à l'OAI, le Dr T._____ a exposé avoir sollicité l'aide d'un infirmier-psychiatre indépendant pour soutenir sa patiente dans ses démarches d'intégration sociale, puis éventuellement socio-professionnelles. Malgré des efforts soutenus, il observait un fonctionnement psychique profondément perturbé. Ce praticien contestait les conclusions tant du rapport d'examen neuropsychologique de la Dresse S._____ que de l'appréciation psychiatrique du Dr U._____. Le Dr T._____ faisait encore part d'une évolution précaire de la situation financière de l'assurée depuis l'arrêt du versement de sa pension alimentaire.

Dans un avis SMR du 15 février 2016, le Dr N._____, s'est exprimé comme suit sur les éléments récoltés par l'OAI depuis son précédent avis sur dossier :

“Nous avons pris connaissance des courriers du Dr T._____ depuis début 2015 et plus précisément du dernier en date du 19 janvier 2016 dans lequel elle [recte : il] apprécie les démarches d'insertion professionnelle de sa patiente, réfute les rapports des neuropsychologues du CHUV ainsi que « les avis des soi-disant « experts » qui travaillent bien superficiellement et trop rapidement à mon sens ». Ensuite ce praticien nous informe de la qualité de sa formation professionnelle, élément qui n'est pas contesté. Enfin nous sommes informés de l'évolution de la situation financière de l'assurée maintenant que sa pension alimentaire atteint son terme légal.

Les pièces médicales versées au dossier depuis le 4 juillet 2014 ne fournissent aucun indice d'une amélioration ou d'une aggravation notable de l'état de santé. D'un point de vue médico-théorique notre position reste inchangée tant dans l'activité de référence que dans une activité adaptée.”

Le 14 avril 2016, le Dr T._____ a fait part à l'OAI de ses inquiétudes, décrivant une évolution médico-sociale « médiocre » et un isolement (psychotique) constant de l'assurée. Contestant encore l'évaluation neuropsychologique au dossier, ce praticien s'interrogeait sur la capacité de deux chercheuses du CHUV à se prononcer « par des

moyens et une méthode humainement obsolètes » sur le calvaire vécu par sa patiente.

Par projet de décision du 10 juin 2016 rendu dans le cadre de la révision d'office du droit à la rente initiée dans le courant de 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de supprimer la demi-rente versée depuis le 1^{er} août 2009, avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision à intervenir. Au terme de ses investigations et après analyse des éléments à sa disposition, il retenait qu'en sa qualité de femme active à 100% depuis la fin du versement de la pension alimentaire en 2013, l'assurée disposait, notamment au vu du rapport d'examen neuropsychologique des médecins du CHUV, d'une capacité de travail à 80% - après la prise en compte d'une diminution de rendement de 20% - dans son activité habituelle de nettoyeuse. Il en découlait un taux d'invalidité de 20% de l'intéressée, insuffisant pour le maintien de son droit à la rente.

Le 9 juillet 2016, le Dr T. _____ a communiqué à l'OAI ses remarques sur le projet de suppression de rente précité. Rappelant suivre l'assurée depuis le 18 février 2008, il évaluait son incapacité de travail totale depuis lors. Il a joint, un rapport du même jour rédigé à l'intention du conseil de l'assurée. Il y fait notamment état de ce qui suit :

“[...]”

1. Diagnostic multiaxial DSM 4 (traduction en français chez Masson Editeur, Paris, 1996)

Axe I (troubles cliniques)

- Episode dépressif majeur sévère, caractéristiques psychotiques en rémission actuellement, symptômes résiduels perturbant nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres. La rémission est donc partielle selon l'ouvrage de référence.
- Séquelles neuro-psycho-sociales d'un trouble du développement psychologique dans l'enfance (anamnestique et clinique) F80-F89 CIM-10, OMS-Masson, 1994.
- Trouble anxieux dû à une affection médicale générale DSM4 F06.4
Trouble anxieux (somatisation) non spécifié : F41.9 (phobie sociale, cliniquement significative en rapport avec l'impact

social du trouble du développement, de la personnalité ainsi que de l'épisode précité : 2007-2015).

Axe II (trouble de la personnalité)

- F60-F62 CIM-10. Ancienne classification : personnalité limite (borderline). Il s'agit d'un trouble du développement de la personnalité dont les répercussions sur le fonctionnement mental, social et professionnel sont marquées et malheureusement invalidantes à court, moyen et long terme chez Madame V._____.

Nous assistons chez cette personne, il est malheureusement clair, à une évolution de mauvais pronostic socio-professionnel. Nous savons les difficultés d'intégration amplifiées par les problèmes de santé tant sur le plan conjugal (divorce) que professionnel (perte d'un emploi simple dans un milieu protégé avec un horaire léger, 6h. par semaine).

Axe III (affections médicales générales)

Voir avec le médecin généraliste traitant, le docteur L._____ à [...].

Axe IV (problèmes psychosociaux et environnementaux)

- Je ne reviendrai pas ici sur la quantité et la qualité des difficultés de Madame V._____ tant dans ses relations avec le groupe de support social principal, l'assistance publique (RI).

Cette personne vit depuis des années seule, isolée, recluse avec le sentiment quasi permanent d'un malaise général qu'elle a souvent des difficultés à évoquer clairement. Sur le plan scolaire, souffrant des signes de son trouble de l'enfance, bégayements, rejet du groupe, moqueries et difficultés de concentration subséquentes et accompagnantes.

Vous connaissez sa situation économique actuelle, je l'espère. Néanmoins, comme je l'ai indiqué plus haut, par « le mieux guéri » il faut comprendre que sa capacité à travailler pourrait être selon vos critères de 100%, si je vous ai bien compris, puisque vous proposez dans votre projet de stopper brusquement sa rente d'invalidité qui était de 50% alors que, en tant que psychiatre traitant, installé depuis 1991, expérimenté, j'estime une fois encore que sa capacité de gain probante est nulle et vraisemblablement le restera pour son plus grand malheur.

Axe V (évaluation globale du fonctionnement - EGF)

- Sur une échelle d'évaluation globale du fonctionnement allant de cent à un : 100 est égal à un niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes. 1 : danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.

Je tiens à souligner ici que les idées d'autolyse faisaient partie de l'épisode mélancolique précité qu'a vécu la patiente dans les années 2010-2011.

Sur cette échelle je noterais au plus 40 : existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication. Effectivement la prise en charge psychothérapeutique de Mme V. _____ fut et reste complexe tant sur le plan de la logique communicative qu'au niveau psychologique et sociologique.

Je réaffirme ici, une fois encore, mon observation psychologique visant à démontrer d'importantes altérations du fonctionnement psychosocial de ma patiente. Je vous répète que sa scolarité fut éphémère, que les années qu'elle a vécues à [...] furent dramatiques, je ne rentrerai pas, ici, dans les détails, et que son mariage fut en majeure partie un bien triste naufrage.

En conclusion :

Comme vous le voyez, je reste en désaccord complet avec les personnes qui l'ont superficiellement et rapidement examinée afin de prendre une décision administrative, active et parfaitement incorrecte.

En un mot comme en cent, à mon avis, la capacité professionnelle de ma patiente est nulle comme elle l'était hier, comme elle l'est aujourd'hui et je le crains, comme elle le sera demain.

Néanmoins, je suis heureux de constater que sur le plan humain (narcissique), elle a retrouvé quelques couleurs et bonheurs que je lui souhaite prometteurs afin qu'elle puisse garder au moins l'espoir en la vie et qu'elle conserve la part de santé qu'elle a réussi, après tant d'années d'effort, à retrouver."

Le 13 juillet 2016, dès lors assistée de Me Jean-Christophe Oberson, l'assurée a fait part à l'OAI de ses objections sur le préavis du 10 juin 2016. Elle demandait le maintien de son droit à la demi-rente ou, subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique par un spécialiste indépendant et impartial, au vu des appréciations contradictoires au dossier. Elle prenait appui sur le rapport précité de son psychiatre traitant - lequel serait à privilégier de par sa connaissance approfondie de la situation -, contestant disposer d'une capacité de travail résiduelle à 80% dans son activité antérieure d'employée d'exploitation ou de femme de ménage. A ses dires, compte tenu de ses atteintes à la

santé, principalement psychologiques, elle bénéficiait d'une capacité de travail de 50% au maximum.

Par décision du 2 septembre 2016, l'OAI a confirmé son projet du 10 juin 2016, supprimant le droit de l'assurée à la demi-rente versée depuis août 2009.

C. Par acte de son conseil du 3 octobre 2016, V._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant avec dépens et principalement à son annulation en ce sens que son droit à la demi-rente allouée depuis le 1^{er} août 2009 est maintenu. Subsidiairement, elle conclut au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision, après complément d'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique à mettre en œuvre par le tribunal. Elle allègue en substance, qu'en retenant une amélioration de son état psychique, l'OAI se livre à une interprétation erronée des pièces au dossier, notamment du rapport d'examen neuropsychologique du 21 octobre 2013. A la suivre, les médecins du CHUV ne posent pas de diagnostic pour l'avenir, mais font uniquement part d'une hypothétique amélioration sur la période entre 2009 et 2011. S'ajoute à cela la mention d'un problème persistant laissant craindre un risque de rechute. Partant, une modification du droit à la rente ne serait ainsi pas envisageable. La recourante en infère que l'amélioration future de sa santé sans qu'un risque d'aggravation ne soit à craindre, n'est pas établie par l'OAI. Elle lui reproche de ne pas tenir compte du rapport du 9 juillet 2016 du Dr T._____. Or cette appréciation qui fait état d'un épisode dépressif majeur sévère et d'un trouble de la personnalité, avec un pronostic défavorable en parlant d'une « évolution de mauvais pronostic socio-professionnel », devrait l'emporter ; le suivi de l'intéressée depuis 2008 permet une analyse plus fouillée et probante que celles des médecins du CHUV et du SMR de 2013. Etant donné la divergence entre l'avis du Dr T._____ et l'examen clinique psychiatrique SMR du 11 juillet 2013, la recourante sollicite une expertise psychiatrique judiciaire. Elle précise que son état de santé précaire (rythmé par des épisodes dépressifs et des troubles anxieux) ne lui permettrait pas la reprise d'une activité professionnelle.

L'intimé a conclu au rejet du recours, le 7 novembre 2016. Il estime que la nouvelle expertise demandée par la recourante n'est pas nécessaire.

Par décision du 18 novembre 2016, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 3 octobre 2016, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Christophe Oberson.

La recourante a maintenu ses conclusions au terme d'une nouvelle détermination déposée le 25 janvier 2017. Elle répète que l'appréciation de son psychiatre traitant doit prévaloir sur les conclusions divergentes de l'examen du 11 juillet 2013 au SMR. Elle réitère également sa requête d'expertise psychiatrique judiciaire.

Le 15 février 2017, Me Oberson a produit la liste détaillée de ses opérations et débours en la présente procédure.

Par ordonnance du 2 mars 2017, le juge instructeur a informé les parties du rejet de leurs réquisitions de preuves dans la mesure où il n'y avait pas déjà été donné suite. La cause paraissant en l'état d'être jugée, les parties ont également été informées que sauf nouvelle réquisition, un jugement leur serait notifié.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Le recours a été formé en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. La contestation porte en l'espèce sur la suppression par l'OAI du droit à une demi-rente (tel qu'introduit depuis août 2009 par décision du 22 février 2011). Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une procédure de révision de la rente d'invalidité initiée d'office par l'OAI dans le courant 2012. En tant qu'autorité de recours, et sous réserve des conditions d'une révision du droit à la rente, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal peut examiner d'office l'ensemble des aspects de la prestation litigieuse. Elle peut toutefois aussi se limiter à se prononcer expressément sur les seuls griefs soulevés, sans exposer de manière détaillée dans le jugement les autres éléments fondant la décision, sauf si des aspects particuliers du dossier le justifient (ATF 125 V 413 consid. 2c). Elle se

prononce sur la situation en fait et en droit jusqu'au moment de la décision litigieuse (ATF 140 V 70 consid. 4.2 et 131 V 242 consid. 2.1).

3. En vertu de l'art. 17 al. 1 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. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision 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. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

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.

b) L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien 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 charge par l'AI, 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 (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées ; TF 9C_125/2015 du 18 novembre 2015 consid. 5.4). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4).

6. **a)** 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. 3c et 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 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 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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 9C_94/2014 du 2 avril 2014 consid. 4.1 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il faut établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1, 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). 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, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1, 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

c) Les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne sont pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne sont pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254 et les références).

7. a) En l'occurrence, l'évaluation de l'état de santé de la recourante doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision

de l'OAI du 22 février 2011, qui lui octroyait le droit à une demi-rente, précisant qu'elle présentait un degré d'invalidité de 54,8%. Il s'agit en effet de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves (cf. consid. 3 supra).

A l'occasion de la révision d'office du droit à la rente initiée en 2012, faisant siennes les constatations de l'examen psychiatrique réalisé au SMR le 11 juillet 2013 par le Dr U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'intimé n'a plus retenu de diagnostic psychiatrique invalidant. Le psychiatre prénommé a constaté une évolution favorable (amélioration) de l'épisode dépressif débuté en 2006 à partir de 2011, l'examinée ayant arrêté, à sa demande, un traitement d'Efexor®. Elle ne bénéficiait plus que d'une prescription de Ritaline® 20 mg en réserve, pour aider sa concentration (cf. rapport d'examen psychiatrique SMR p. 4). L'intéressée s'est également soumise à une évaluation neuropsychologique auprès de la Dresse S._____, le 21 octobre 2013. En comparaison avec les examens effectués en 2006 et 2007, le nouveau bilan mettait en évidence une amélioration globale des performances sur les plans mnésique et attentionnel. Il persistait néanmoins des difficultés exécutives et de raisonnement. L'experte a conclu que les troubles neuropsychologiques n'impactaient que faiblement la capacité de travail, retenant un taux d'activité de 100% de l'expertisée, avec une diminution de 20% dans une activité simple et bien cadrée (cf. rapport d'examen neuropsychologique du 28 octobre 2013 de la Dresse S._____ et sa lettre d'accompagnement). Le SMR - et par suite l'intimé dans sa décision - a dès lors conclu que la capacité de travail résiduelle était de 80% dans l'activité habituelle de l'assurée, dès janvier 2012 (cf. avis SMR du 4 juillet 2014).

La recourante, pour sa part, conteste l'amélioration de son état de santé vers une capacité de travail résiduelle de 80% dès janvier 2012. Elle allègue la persistance d'une totale incapacité de travail au long cours compte tenu de son état de santé, psychiatrique en particulier. Elle oppose au rapport d'examen psychiatrique SMR d'une part, et à l'expertise

neuropsychologique des médecins du CHUV, d'autre part, l'avis divergent de son psychiatre depuis 2008, le Dr T._____, lequel devrait prévaloir en l'espèce.

b) Le Dr T._____ fait état d'une situation catastrophique et d'une incapacité totale de l'assurée, même s'il ne conteste pas, sur le principe, une amélioration de l'état de santé de celle-ci, qu'il estime toutefois insuffisante pour lui permettre de reprendre une activité lucrative. Ce constat d'une situation catastrophique entraînant une incapacité de travail totale n'est toutefois pas étayé par une anamnèse détaillée ni une description des constatations cliniques. Dans son rapport du 9 juillet 2016, le Dr T._____ pose le diagnostic de trouble dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques, dont il admet qu'il est en rémission partielle, avec des symptômes résiduels perturbant nettement les activités professionnelles, les activités sociales ou les relations avec les autres, symptômes qu'il ne décrit toutefois pas. Il pose le diagnostic de trouble anxieux dû à une affection médicale générale, sans indiquer quelle serait cette affection ni décrire ses symptômes cliniques, se limitant à mentionner une phobie sociale cliniquement significative, sans autre précision et à renvoyer, pour les atteintes somatiques, au médecin traitant le Dr L._____. Aucune autre pièce au dossier n'indique une nouvelle atteinte à la santé somatique et la recourante n'en allègue aucune dans ses déclarations à l'intimé ou au tribunal. Le Dr T._____ pose également le diagnostic de trouble de la personnalité, sans autre développement que : « Nous assistons chez cette personne, il est malheureusement clair, à une évolution de mauvais pronostic socio-professionnel. Nous savons les difficultés d'intégration amplifiées par les problèmes de santé tant sur le plan conjugal (divorce) que professionnel (perte d'un emploi simple dans un milieu protégé avec un horaire léger, 6h. par semaine) ». Les éléments auxquels il se réfère datent tous de la période lors de laquelle l'OAI a reconnu à l'assurée une incapacité de travail totale pour sa part active, alors de 50%, et lui a alloué une demi-rente compte tenu de son degré d'invalidité global. Le Dr T._____ mentionne ensuite que l'assurée vit depuis des années seule, isolée, recluse avec le sentiment quasi permanent d'un malaise général. Cette affirmation est clairement

contredite par la description de sa vie quotidienne, faite par l'assurée au Dr U._____ (cf. rapport d'examen psychiatrique SMR p. 3), et dans laquelle elle déclare qu'il lui arrive de faire de la gymnastique trois fois par semaine pendant une heure, sortir parfois pour voir des amis et boire un café pendant une heure. Le Dr T._____ passe également sous silence le fait que l'assurée ne l'a plus consulté pendant près de deux ans, sans problème particulier (cf. note d'entretien téléphonique du 10 novembre 2015) ; rien n'indique qu'elle ait consulté un autre psychiatre dans l'intervalle. Elle a annoncé à l'OAI une amélioration de son état de santé pendant cette période (cf. questionnaire de révision reçu le 10 septembre 2012 par l'OAI), qui s'est notamment traduite par une amélioration de sa capacité à tenir son ménage et à gérer ses affaires administratives (cf. rapport d'enquête économique sur le ménage du 11 mars 2014), ainsi que par une diminution des troubles neuropsychologiques (cf. rapport d'examen neuropsychologique du 28 octobre 2013 p. 2).

Dans ces conditions, le rapport du 9 juillet 2016 du Dr T._____, comme ses déterminations précédentes adressées à l'intimé dans le contexte de la procédure de révision, ne revêt qu'une valeur probante très insuffisante pour permettre de s'écarter des constatations des Drs U._____ et S._____ ou pour justifier un complément d'instruction. En l'absence de rapport médical probant contredisant sérieusement les constatations des Drs U._____ et S._____, il convient de constater que la recourante disposait, dès 2012 et jusqu'au moment de la décision litigieuse tout au moins, d'une capacité de travail de 80% dans son activité professionnelle habituelle. On observera dans ce contexte que la Dresse S._____ avait réservé une incapacité de travail plus importante en raison de la narcolepsie/somnolence, et de la dépression. Or, le diagnostic de narcolepsie a été réfuté par le Dr C._____, spécialiste en neurologie (cf. rapport d'examen polysomnographique du 15 novembre 2007), qui a privilégié le diagnostic d'hypersomnie idiopathique ou le diagnostic différentiel d'état dépressif. Ce second diagnostic avait à l'époque été clairement posé par le Dr T._____ et le Dr F._____ a estimé, pour sa part, que la fatigue était plus probablement l'expression d'un état dépressif que d'une hypersomnie (cf. rapport du 20 mars 2009).

Depuis lors, l'état dépressif s'est largement amendé, comme l'a constaté le Dr U._____, à qui la recourante n'a pas décrit de troubles du sommeil ni fait état de fatigue ou d'endormissements pendant la journée, dans sa description de sa vie quotidienne (cf. rapport d'examen psychiatrique SMR p. 3).

Le rapport d'examen psychiatrique du SMR et celui neuropsychologique des médecins du CHUV de 2013 sont fondés sur des examens cliniques. Au vu de leur contenu et de leur qualité, établis par des spécialistes, ils rendent compte d'une étude circonstanciée et complète de l'évolution, respectivement de l'amélioration de l'état de santé de la recourante, en particulier en lien avec la question de l'exigibilité médico-théorique. Au terme de ses investigations, l'OAI était par conséquent fondé à retenir une amélioration de l'état de santé de la recourante propre à emporter, dès 2012, une capacité de travail résiduelle théorique de 80%, en raison de la persistance de difficultés exécutives et de raisonnement sur le plan neuropsychologique, dans une activité simple et bien cadrée. Une expertise judiciaire en vue de déterminer si l'amélioration retenue par l'intimé est bien réelle et si elle est durable, ne se justifie finalement pas.

Les autres aspects de la décision litigieuse ne prêtent pas flanc à la critique et ne font d'ailleurs l'objet d'aucun grief de la recourante. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir.

S'élevant en définitive à 20%, soit inférieur au minimum de 40% (cf. art. 28 al. 2 LAI), le degré d'invalidité de la recourante ne laissait en conséquence plus perdurer son droit à une demi-rente telle qu'allouée depuis août 2009, conformément à ce qu'a retenu l'OAI au terme de la procédure de révision dont est recours. On constatera dans ce contexte que la méthode d'évaluation de l'invalidité utilisée par l'intimé (comparaison des revenus en pourcents) ne prête pas flanc à la critique, étant désormais admis à juste titre que sans invalidité la recourante exercerait une activité lucrative à plein temps pour des raisons financières.

8. Vu ce qui précède, le recours mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

a) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA *a contrario* ; art. 55 LPA-VD).

b) Par décision du 18 novembre 2016, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 3 octobre 2016 et a obtenu à ce titre l'exonération du paiement d'avances et des frais judiciaires ainsi que la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Christophe Oberson.

Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

c) Le 15 février 2017, Me Oberson a produit une liste des opérations, soit un total de 10h25 de travail d'avocat pour la période du 3 octobre 2016 au 15 février 2017. Dans cette mesure, il y a lieu de retenir le temps total de prestations annoncé, au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ) - soit un montant s'élevant à 1'875 fr. -, somme à laquelle s'ajoutent les débours par 134 fr. 90 et la TVA au taux de 8 %, ce qui représente un montant total de 2'170 fr. 70 ($\{1'875 \text{ fr.} + 134 \text{ fr. } 90\} \times 108 / 100$) pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause. C'est donc ce montant (TVA comprise) qui doit être alloué à Me Oberson au titre d'indemnité, provisoirement à charge du canton, et non pas le solde revendiqué au pied de sa liste des opérations.

d) La procédure est onéreuse ; en principe la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

e) La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser les montants pris en charge par le canton dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 2 septembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont provisoirement mis à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jean-Christophe Oberson, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'170 fr. 70 (deux mille cent

septante francs et septante centimes), TVA et débours compris.

V. Il n'est pas alloué de dépens.

VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Christophe Oberson (pour V. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :