

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 janvier 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : Mme Rossier et M. Zbinden, assesseurs
Greffier : M. Laurent

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Pierre Bloch, à Lausanne

et

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

Art. 7, 8, 16, 17 al. 1, 56 al. 1 LPGA; 69 al. 1 let. a LAI; 88a al. 1 RAI; 2 al. 1 let. c, 93 al. 1 let. a et 117 al. 1 LPA-VD

E n f a i t :

A. a) J._____ (ci-après: l'assurée), née le 6 septembre 1957, mariée et mère de quatre enfants, a travaillé depuis 1995 comme employée de production à plein temps chez H._____ SA. Elle a déposé le 2 mai 2002 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente.

b) Dans un rapport médical du 25 mai 2002 adressé à l'Office de l'AI pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), le Dr L._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, du Centre médico-chirurgical V._____, a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis le 22 mars 2001 en raison d'une affection mal systématisée de la sphère ORL ainsi que d'une affection d'ordre psychiatrique sévère ne lui permettant pas de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle fût. Il a posé les diagnostics de vertiges somatoformes, état dépressif sévère et status après infection à *Helicobacter pylori*. Il a précisé que dès le début des plaintes, l'assurée avait été confiée au Dr F._____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, au CHUV, dont la dernière appréciation datait du 20 mars 2002, et que l'évolution était stationnaire en dépit des diverses médications proposées et de la prise en charge psychothérapeutique; l'assurée avait consulté plusieurs psychothérapeutes, sans grande amélioration même avec le soutien de différents médicaments. Le Dr L._____ estimait, compte tenu des éléments dont il disposait, que l'assurée devait pouvoir bénéficier d'une rente de l'AI à 100% pour des raisons psychiatriques, et invitait l'OAI à s'adresser au psychiatre qui la suivait à l'époque, le Dr Y._____.

Dans un rapport médical du 26 février 2003 adressé à l'OAI, le Dr Y._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée : trouble dépressif majeur chronique et trouble de conversion avec présentation mixte (symptômes moteurs et sensoriels). Selon ce praticien, l'assurée présentait, depuis le mois de mars 2001 et pour une durée indéterminée, une incapacité totale de travail dans toute activité, la

pathologie étant trop handicapante pour envisager en l'état toute mesure professionnelle.

c) Par décision du 16 janvier 2004, l'OAI a constaté qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année pour juger de la présence d'une invalidité, soit le 15 mars 2002, l'assurée présentait une incapacité de travail et de gain totale. Il lui a donc reconnu le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2002.

d) Dans le cadre de la révision d'office, prévue au mois de février 2005, l'OAI a repris l'instruction de la cause.

Dans un rapport médical du 12 mars 2005 adressé à l'OAI, le Dr L. _____ a posé les mêmes diagnostics que dans son rapport du 25 mai 2002 et a indiqué que la situation avait peu changé en comparaison avec l'état de santé ayant abouti à l'octroi d'une rente de l'AI à 100%.

Dans un courrier du 12 octobre 2005, le Dr Y. _____, ancien psychiatre traitant de la recourante, a informé l'OAI que l'assurée avait rompu sa prise en charge psychiatrique au mois d'août 2004 et qu'à la dernière consultation, en juillet 2004, sa situation était inchangée et tout à fait superposable à celle décrite dans le rapport du 26 février 2003.

e) L'OAI a alors convoqué l'assurée pour un examen psychiatrique au Service médical régional AI (ci-après : SMR), qui a eu lieu le 21 mars 2007. Dans un rapport d'examen psychiatrique SMR du 21 mai 2007, contresigné par la Dresse Z. _____, la Dresse A. _____, ancien chef de clinique adjoint en psychiatrie, a exposé ce qui suit:

"Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, d'attaque de panique, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de trouble dissociatif (de conversion), ni de limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante.

L'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique est en rémission complète, et ceci probablement depuis août 2004, quand

l'assurée a rompu la prise en charge psychiatrique ambulatoire. Par ailleurs, en tout cas depuis 2005, elle n'a aucun traitement médicamenteux psychotrope.

En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, qui fait partie du syndrome douloureux somatoforme persistant, nous n'avons pas retenu ce diagnostic. Les plaintes amplifiées verbalement par l'assurée sont anamnestiques, sans aucun signe de souffrance objectivable, et sans attirer notre empathie. Elle consulte son médecin traitant une fois tous les 2 mois et demi, n'a aucune prise en charge spécifique, aucun traitement médicamenteux psychotrope, et garde néanmoins un fonctionnement social normal. Les critères cliniques de la CIM-10 ne sont pas réunis.

Nous n'avons pas retenu le diagnostic de troubles dissociatifs (de conversion) qui reposent sur la présence de caractéristiques cliniques propres à chaque trouble dissociatif, l'absence de tout argument en faveur d'un trouble physique pouvant rendre compte des symptômes, la mise en évidence d'argument en faveur d'une origine psychologique, c'est-à-dire d'une relation temporelle manifeste entre la survenue du trouble et celle d'un événement stressant, d'un problème traumatisant ou d'une perturbation des relations interpersonnelles (même si ces problèmes sont niés par le sujet). Selon la CIM-10, en l'absence d'argument en faveur d'une cause psychologique, le diagnostic doit rester provisoire, et on doit poursuivre les explorations somatiques et psychologiques, Or, notre assurée ne présente pas de trouble dissociatif de la motricité et des organes des sens, ni de trouble moteur dissociatif, ni de convulsion dissociative, ni d'anesthésie dissociative et atteinte sensorielle, ni de trouble dissociatif mixte, ou d'autre trouble dissociatif.

A l'examen clinique, l'assurée est détendue, souriante, et elle présente une amplification verbale des plaintes anamnestiques seulement, et qu'elle ne présente plus actuellement.

En conclusion, suite à une amélioration de son état, qu'on peut situer en août 2004 quand elle a arrêté la prise en charge psychiatrique ambulatoire, la capacité de travail est entière dans toute activité."

B. a) Le 21 juin 2007, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de suppression de rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, en exposant qu'il ressortait des rapports médicaux au dossier et de l'examen clinique du SMR que son état de santé s'était amélioré depuis le mois d'août 2004 et que, dès le mois de septembre 2004, une capacité de travail de 100% pouvait raisonnablement être exigée d'elle dans son ancienne activité d'ouvrière pâtissière comme dans toute autre activité; le degré d'invalidité étant ainsi nul, le droit à la rente s'éteignait.

b) L'assurée a contesté ce projet de décision par courrier du 18 juillet 2007.

Le 12 septembre 2007, le Dr L._____ a indiqué que l'assurée présentait une péjoration de son état de santé aussi bien au niveau physique que psychique. Elle était suivie par un médecin psychiatre, le Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie au Centre médico-chirurgical V._____, qui avait constaté un état anxio-dépressif sévère nécessitant à la fois un traitement médicamenteux et une psychothérapie; de plus, l'assurée souffrait toujours de vertiges d'origine indéterminée en dépit de plusieurs traitements instaurés.

Dans un rapport médical du 10 décembre 2007 adressé à l'OAI, le Centre médico-chirurgical V._____ a posé le diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif modéré sans symptômes psychotiques, existant depuis 2001, et a estimé que l'incapacité de travail était complète dans toute activité, en raison de vertiges quotidiens, d'anhédonie, d'aboulie et de troubles de la concentration.

c) L'OAI a convoqué l'assurée pour un nouvel examen psychiatrique au SMR. Dans un rapport d'examen psychiatrique du 15 avril 2008, la Dresse X._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, d'antécédents anamnestiques d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique en rémission complète, sans séquelle (F32), et a exposé ce qui suit:

"APPRÉCIATION DU CAS

Il s'agit d'une assurée âgée de 51 ans, d'origine kosovare, établie en Suisse depuis 1985.

Au bénéfice de 8 ans de scolarité, sans formation professionnelle, elle reste au foyer durant son existence au pays; elle épouse un compatriote et prend en charge l'éducation de leurs 4 enfants. En Suisse, elle travaille entre juin 1995 et mars 2001 comme employée de production en pâtisserie pour l'entreprise H._____ SA, avec une mise en arrêt de travail motivée par l'apparition de vertiges suivie,

selon les documents médicaux en notre possession, d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique.

Dans un contexte de révision de sa rente entière du 01.01.2005, un examen psychiatrique au SMR a été réalisé le 21 .03.2007 (Dr A._____) qui met en évidence une rémission complète de la symptomatologie dépressive avec une exigibilité professionnelle à 100%.

Etant donné que l'assurée conteste un projet de suppression de rente qui lui a été adressé le 21.06.2007 et qu'elle a débuté un suivi psychiatrique depuis lors (dès le 06.07.2007), l'examen de ce jour a été motivé par un bilan d'évolution depuis juin 2007.

L'appréciation de ce jour met en évidence une assurée de bonne constitution psychique, aux antécédents familiaux vierges, qui n'a aucun signe de dépression, ni de séquelle cognitive d'une dépression qui aurait été sévère ou récente. Il s'agit d'une femme qui se porte à merveille sur le plan psychiatrique, dont la seule plainte actuelle est un sentiment vertigineux qui ne limite pas objectivement l'assurée dans ses mouvements.

En conséquence, le status psychiatrique de ce jour est superposable à celui observé lors de l'examen psychiatrique du SMR du 21.03.2007, l'assurée n'a plus aucune atteinte à la santé d'ordre psychiatrique.

Si l'octroi de sa rente AI a été maintenu comme le mentionne l'intéressée, il ne s'appuie pas sur une atteinte psychiatrique à la santé.

Face aux documents médicaux en notre possession, le rapport médical du Dr P._____ daté du 10.12.2007 mentionne un diagnostic d'épisode dépressif modéré sans symptôme psychotique depuis 2001, qu'il appuie par des symptômes de vertiges quotidiens, une anhédonie, une aboulie, des troubles de la concentration qui ne sont pas du tout observés à l'examen de ce jour. Il est possible que les symptômes décrits soient présents d'une manière inconstante, ils reflètent alors plutôt l'illustration de la souffrance de l'assurée, qui peut être liée à son déconditionnement professionnel et à la pauvreté de l'existence au domicile d'une femme qui a terminé l'éducation de ses 4 enfants. A ce titre, il ne peut être qu'indiqué que l'assurée reprenne une activité professionnelle à plein temps, ce dont elle a parfaitement les compétences psychiatriques.

(...)

Il est incontestable que depuis l'examen SMR du 21.03.2007 qui a mis en évidence l'absence de diagnostic psychiatrique portant répercussion sur la capacité de travail, l'exigibilité professionnelle de cette assurée est entière. La date d'amélioration mentionnée à août 2004 dans cet examen reste parfaitement crédible et vraisemblable.

Concernant la question du bilan d'évolution depuis juin 2007 puisque l'assurée a repris une prise en charge psychiatrique, il n'y a aucune dégradation de son état psychique. Si elle est souffrante

face à la notion d'interruption des prestations de l'AI, cette souffrance ne peut être considérée comme à caractère invalidant.

L'assurée n'ayant aucune plainte d'ordre psychiatrique lors de l'examen SMR, les symptômes décrits par le Dr P. _____ dans son RM ne doivent pas être très marqués. "

d) Le 30 avril 2008, l'OAI a rendu une décision identique à son projet du 21 juin 2007.

Dans une lettre du 21 mai 2008 adressée à l'OAI, le Dr P. _____ a contesté les conclusions de l'examen clinique du SMR et a demandé à l'OAI de procéder à une troisième expertise chez un psychiatre neutre ne faisant pas partie de l'OAI et n'ayant aucun rapport de soins avec l'assurée, compte tenu des discordances flagrantes d'appréciation de l'état de santé et de la capacité de travail de l'assurée.

C. a) Par acte du 27 mai 2008, l'assurée, représentée par l'avocat Jean-Pierre Bloch, a recouru contre la décision du 20 avril 2008. Elle soutient qu'en dépit des constatations médicales dont cette décision fait état, sa santé ne s'était pas améliorée depuis le mois d'août 2004 et qu'elle n'était absolument pas à même de recouvrer une capacité de travail de 100% dans quelque activité que ce fût. Elle a conclu à l'annulation de la décision attaquée et à la reprise du versement de la rente d'invalidité par l'OAI, se réservant en outre le droit de solliciter une expertise par mémoire ampliatif.

b) Dans sa réponse du 29 août 2008, l'OAI a indiqué n'avoir rien à ajouter à la décision attaquée, qu'il a confirmée.

c) Par courrier du 12 novembre 2008, la recourante a expressément sollicité la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire, produisant en outre un courrier du Dr P. _____, son psychiatre traitant, à l'attention de l'OAI. L'intimé s'est opposé à cette demande, par courrier du 9 décembre 2008.

Le 23 décembre 2008, la recourante a produit un nouveau certificat médical du Dr P._____. Elle a également fourni un certificat médical établi le 19 décembre par le Dr L._____, qui était accompagné d'un rapport de l'Unité d'otoneurologie du CHUV du 5 décembre 2008, dont il ressort ce qui suit:

"Sur la base de l'examen clinique et des épreuves instrumentales interprétables, l'examen otoneurologique est normal, sans évidence d'une atteinte vestibulaire organique à l'origine de la symptomatologie. Sur le plan fonctionnel, la posturographie dynamique montre par contre des performances d'équilibre médiocres. Au vu de l'histoire clinique, Mme J._____ présente des vertiges subjectifs chroniques liés à un trouble de la conscience corporelle, avec inconfort du mouvement et de l'espace. Ce dysfonctionnement non organique du système d'équilibration est associé à un conflit sensoriel visuo-vestibulaire à l'origine de l'état d'inconfort postural lors des mouvements du corps et de stimulations visuelles riches (vertiges visuels). Dans le cas présent cette symptomatologie s'est développée dans le contexte d'un état dépressif chronique et est encore aggravée par une réaction anxieuse aux symptômes, avec adoption d'un comportement d'évitement des facteurs déclenchants."

d) Le 21 janvier 2009, le juge instructeur a décidé de mettre en œuvre une expertise judiciaire, notamment compte tenu des documents médicaux produits par la recourante, soit en particulier ceux du Dr P._____.

Le 29 janvier 2009, l'OAI a déclaré former opposition contre cette dernière décision, considérant que le dossier ne comportait pas de lacunes médicales.

Par décision du 19 février 2009 (AI 55/09 inc.), la Cour des assurances sociales, statuant à trois juges, n'est pas entrée en matière sur cette opposition.

e) L'expertise psychiatrique judiciaire a été confiée au Dr S._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport de l'expert, établi le 26 octobre 2009, contient une anamnèse (pp. 3-4) et relate les plaintes et descriptions subjectives de l'assurée (pp. 4-9). Il fait état des principaux éléments du dossier et l'historique médical (pp. 9-12).

L'expert a décrit ses observations cliniques (pp. 12-14) et les a résumées selon le système de l'Association internationale pour la Méthodologie et la Documentation en Psychiatrie (pp. 14-17), mettant en évidence que les items significatifs en résultant étaient quasi exclusivement du registre subjectif. Il a encore évoqué un entretien avec le psychiatre traitant, le Dr P. _____ (pp. 17-18). La fin du rapport est consacrée à une discussion (pp. 18-23) et aux réponses aux questions (pp. 23-25). Il en ressort en particulier ce qui suit:

"VII. Discussion

En ce qui concerne nos propres analyses de la situation clinique il nous paraît tout d'abord important de souligner que nous favorisons des approches diagnostiques qui différencient les informations venant de l'expertisée de celles observées par l'expert. Les premières sont susceptibles d'être influencées par des facteurs extra médicaux, le ressenti personnel du sujet, son éventuelle tendance à l'accentuation ou sa situation sociale.

Pour ces mêmes raisons, nous ne travaillons pas avec les échelles «classiques», par exemple l'échelle de dépression de Hamilton (ici par exemple 13 critères sur les 21 issus de l'autoévaluation) ou les questionnaires autoévaluation (index de satisfaction travail, index de tension, soutien social perçu, score EPICE, mental health index, EVA douleur etc.)

Nous favorisons systématiquement les critères établis dans la Classification Internationale des Maladies, version actuelle 10, issus du travail continu de consensus de l'Organisation Mondiale de la Santé, affinés dans les « Critères diagnostics pour la recherche » (WHO/OMS Genève, Masson 1994).

La situation que vous avez mandatée d'examiner concerne une femme qui souffre d'un problème vertigineux depuis 2001. Auparavant, pendant 7 ans elle a été employée dans une boulangerie industrielle, elle a été mise à ce moment-là en arrêt de travail. L'origine de ses problèmes vertigineux a été décrite de deux manières : une fois l'assurée évoque une apparition brusque un matin en se levant, autrement, elle mentionne une déstabilisation en lien avec le travail à la chaîne et des mouvements physiques et oculaires à répétition qui l'ont perturbée. De nombreuses recherches ont été entreprises notamment sur le plan otoneurologique.

Le diagnostic du spécialiste à l'époque était très clair sous forme de vertiges paroxystiques positionnels bénins au décours. Ensuite il y a eu la persistance de « vertiges secondaires d'origine fonctionnelle », tout aussi bénins mais subjectivement gênant pour la patiente Il est intéressant de noter que le spécialiste (Dr F. _____) a déjà fait en 2001 une proposition de rééducation vestibulaire mais qui n'a jamais été effectuée Dans son dernier rapport du mois de décembre 2008, il répète cette proposition et il donne même une indication pour un

suivi chez un physiothérapeute spécialisé dans ce domaine. Là aussi cette proposition n'a pas été réalisée.

Sur le plan somatique proprement dit, les plaintes sont restées identiques entre 2001 et 2009. Nous avons résumé les expressions spontanées de l'assurée qui sont pratiquement superposables à celles qu'elle a évoquées à différents observateurs. A l'instar des examens antérieurs, nous avons aussi observé des incohérences entre les plaintes et les observations. L'assurée disait clairement et à répétition, avec l'aide d'un interprète, qu'elle souffre systématiquement de vertiges au moment où elle-même bouge sa tête, soit à gauche, soit à droite, soit en avant. Ces mêmes vertiges se déclencheraient aussi lorsque des personnes ou objets autour d'elle bougent, soit à droite, soit à gauche, soit vers le haut ou vers le bas.

Nous n'avons pas pu confirmer ses dires à travers nos observations : l'assurée était certes légèrement ralentie et un peu précautionneuse, mais elle pouvait regarder rapidement à droite, rapidement à gauche sans déclenchement de vertiges visibles, de même des mouvements rapides des personnes autour d'elle n'ont déclenché aucune symptomatologie particulière. Elle pouvait marcher d'une manière linéaire, sans appui ou instabilité positionnelle. Le choix de porter des chaussures à talons mi-hauts n'est d'ailleurs pas approprié si l'on souffre de vertiges chroniques.

Les remarques du spécialiste ORL de l'époque restant entièrement valables lorsqu'il parle de « vertige postural phobique ». L'assurée a développé dès ce moment et jusqu'à aujourd'hui une attention particulière par rapport à son positionnement dans l'espace, se décrivant très handicapée, mais en même temps donnant beaucoup d'informations quant à son emploi du temps et utilisation des moyens de transport qui contredisent un sévère handicap.

Sur l'ensemble de cette thématique nous avons pour notre part retenu plutôt des tendances type neurasthénique, à savoir des sensations de faiblesse corporelle avec manifestations désagréables de type céphalées, vertiges, instabilité, irritabilité, anhédonie et anxiété. Ce syndrome est bien décrit et n'est pas à confondre avec un véritable syndrome dépressif. Les critères que le code diagnostique établit à son sujet sont les suivants:

[suit une grille diagnostique reproduisant les critères de recherche pour la neurasthénie (F 48.0) selon la Classification internationale de l'OMS, ndlr]

Nous constatons avec cette grille diagnostique que plusieurs critères sont formellement remplis.

Pour revenir plus précisément au problème psychiatrique éventuel, il y a tout d'abord à constater que l'assurée n'a aucune particularité dans l'anamnèse familiale ni personnelle. Elle est issue d'une famille rurale du Kosovo, elle a fait une formation scolaire de base, elle a ensuite aidé à la ferme, elle s'est mariée et s'est adaptée (moyennement) à la vie en Suisse. Elle a visiblement bien assumé son rôle de femme au foyer et de mère puisque ses 4 enfants ont fait des chemins d'évolution normaux avec vie professionnelle et

affective correctes. D'ailleurs, l'assurée décrit, et pour sa famille d'origine et pour sa propre famille, des relations intenses, cordiales, larges ainsi que des communications très régulières. Elle est aussi affectivement et physiquement engagée auprès de ses deux petits-enfants.

Il n'existe, même après recherche intensive, aucun signe d'un dysfonctionnement psychique ou psychiatrique auparavant. Ceci correspond d'ailleurs à ce que d'autres observateurs ont déjà constaté.

A défaut d'une explication nette pour le syndrome vertigineux et en se basant sur des notions d'aboulie et d'anhédonie s'est créée ensuite la notion d'un état dépressif, variable à des intensités différentes. Ce diagnostic accompagne le dossier et est repris par les 4 psychiatres traitants qui se suivent. Notons en passant qu'un d'entre eux prend distance en signalant une éventuelle évolution vers une revendication. Ce même psychiatre conseille d'ailleurs une expertise psychiatrique.

Une telle évaluation extérieure a eu lieu la première fois en 2007 et on constate, sur base des critères habituellement utilisés, l'absence d'un état dépressif dans le sens clinique du terme. Après la suppression de rente, l'assurée reprend un suivi et une aggravation de son état psychique est certifiée. Une nouvelle évaluation extérieure (par une autre personne) infirme cette aggravation, du moins à caractère structurel et permanent.

Lorsque nous avons vu et examiné l'assurée, elle était sur le plan thymique sans aucun doute dans un versant positif, euthymique, souvent soit spontanément souriante, soit amusée par rapport à nos questions ou invitations humoristiques. Nous n'avons constaté aucun problème cognitif particulier, même assez précise dans les réponses, et sans autres signaux psychopathologiques majeurs.

Nous avons par contre retenu une forte tendance à la passivité et une vision de victime, de même un très fort déconditionnement à une vision de vie active. Là aussi il existait pour nous quelques contradictions avec l'anamnèse spontanée car l'assurée (est) bien participante à la vie active de sa famille. Si l'on admet les énoncés spontanés quant à son état psychique, on trouve tout au plus la notion de fluctuations dysthymiques, mais en aucun cas celui d'une dépression clinique. Puisque ce «diagnostic» a été argumenté à de multiples reprises, il paraît important, malgré l'évidence clinique, de rappeler les critères cliniques pour un tel état:

[suit une grille diagnostique reproduisant les critères de recherche pour un dépressif (F32) selon la Classification internationale de l'OMS, dont il ressort que le niveau d'une dépression légère n'est pas atteint, ndlr]

Force est de constater que l'assurée ne souffre pas d'un tel état dépressif. Ceci est d'ailleurs indirectement confirmé par le fait que toutes les tentatives de la «traiter» avec des antidépresseurs ont échoué. Encore la toute dernière lettre du psychiatre traitant ainsi que notre entretien téléphonique, l'ont confirmé.

L'assurée elle-même a toujours nié une telle atteinte (ses médecins ont maintenu qu'elle en souffre à son insu) et elle a toujours évoqué la dominance des effets secondaires de ces substances. Elle les décrit d'une manière assez précise ce qui confirme indirectement qu'elle les a pris. Ce type de réaction nous est pas inconnu dans la pratique quotidienne au moment où un patient développe et maintient des effets secondaires suite à une telle prescription, au-delà de 3-4 semaines, il y a toujours un doute permis par rapport à l'indication et au diagnostic.

Comme tous nos confrères, nous avons aussi essayé de déceler un quelconque facteur problématique dans la vie intrapsychique de l'assurée, par exemple sur le plan conjugal, familial, social ou autre. Notre recherche est restée vaine et nous nous sommes trouvés devant un tableau monosymptomatique, sans explication de causalité possible. Il faut ainsi en rester là et constater qu'il s'agit en majeure partie d'un syndrome subjectif lié à des sensations désagréables, gênes et inconfort mais pas relié à une entité médicale- psychiatrique objectivable. Ceci est d'ailleurs justement exprimé dans l'entité diagnostique de «neurasthénie ».

De telles problématiques existent aussi dans d'autres domaines (par exemple syndrome douloureux somatoforme) et conduisent souvent au décalage maintenu entre importance et évidence subjective et constatation objective.

VIII. Diagnostic et conclusions

Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous retenons sur le plan diagnostique psychiatrique actuellement

Neurasthénie (F 48.0, CIM-10).

Les quelques fluctuations dysthymiques mentionnées n'ont pas valeur de diagnostic. Il est de même pour les tendances d'évitement et anxieux, là aussi il n'y a pas d'inhibition majeure, pas de dysfonctionnement de principe dans la réalité.

L'ensemble de nos constatations sur le plan psychiatrique est quasi superposable à ce qui était évoqué par les examinateurs du SMR en 2007 et 2008. De ce fait, nous proposons de suivre leur conclusion.

Le diagnostic de neurasthénie ne conduit pas à une incapacité de travail ni diminution de rendement.

Du côté de la symptomatologie proprement dite, nous proposons que l'assurée suive les conseils thérapeutiques du spécialiste ORL, comme mentionné."

Des réponses de l'expert au questionnaire qui lui a été soumis, il ressort que:

- le diagnostic posé, qui est sans répercussion sur la capacité de travail, est celui de neurasthénie;
- les limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés au plan physique sont liées à des sensations désagréables, gênes corporelles etc., comme décrit dans les contenus du diagnostic de neurasthénie;
- il n'y a pas d'incapacité de travail ni diminution de rendement sur le plan psychiatrique; en dehors des autolimitations, l'assurée est capable de s'adapter à son environnement professionnel;
- des mesures de réadaptation professionnelle seront vouées à l'échec car l'assurée vit dans une conviction immuable de maladie et d'invalidité;
- d'un point de vue psychiatrique, l'assurée pourrait faire toutes les activités accessibles avec ses formations et ses expériences professionnelles.

f) Se déterminant le 6 novembre 2009 sur le rapport d'expertise, l'OAI a estimé que celui-ci remplissait tous les critères posés par la jurisprudence pour que pleine valeur probante lui fût reconnue. Selon lui, il y avait ainsi lieu de retenir que la capacité de travail de la recourante était entière sur le plan psychiatrique. En conséquence, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Invitée à se déterminer sur le rapport d'expertise, la recourante a relevé, par lettre du 26 novembre 2009, qu'il en ressortait qu'elle souffrait d'un problème vertigineux depuis 2001. Elle requérait dès lors, à titre de complément d'expertise voire de seconde expertise, que le dossier soit soumis au Dr F._____, afin que ce praticien confirme la présence de vertiges, en détermine si possible l'origine et indique s'ils entraînaient, sur le plan somatique ou psychique, une incapacité de travail.

Le juge instructeur a rejeté cette requête le 1^{er} décembre 2009, en exposant que, comme l'expert l'avait relevé, la recourante avait été examinée dès 2001 par le Dr F._____, qui, dans son dernier rapport du 5 décembre 2008, avait confirmé que la symptomatologie vertigineuse dont la recourante se plaignait (vertiges subjectifs chroniques liées à un trouble de la conscience corporelle) n'était pas d'origine organique et s'était développée dans le contexte d'un état dépressif chronique. Le juge instructeur a encore relevé que le Dr S._____ s'était prononcé de manière détaillée sur la problématique vertigineuse et ses répercussions, de sorte qu'une nouvelle expertise ne se justifiait pas.

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 en matière d'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA; art. 69 al. 1 let. a LAI) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision querellée est donc sujette à recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et applicable dès son entrée en vigueur aux causes pendantes devant les autorités de justice administrative (art. 117 al. 1 LPA-VD), s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD) et donc pour connaître de la présente affaire. La cause doit être tranchée par la cour

composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), la valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'une décision de suppression d'une rente entière de l'AI (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47).

c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c; ATF 110 V 48 c. 4a, RCC 1985 p. 53).

En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'office intimé était fondé à supprimer la rente d'invalidité de l'assurée pour le motif que l'état de santé de l'intéressée s'était amélioré depuis le mois d'août 2004 et qu'une capacité de travail de 100% pouvait raisonnablement être exigée d'elle dans son ancienne activité d'ouvrière pâtissière, comme dans toute autre activité, depuis le mois de septembre 2004.

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. 1^{er} 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 traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, qui reprend l'ancien art. 41 aLAI, abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 130 V 343 c. 3.5.1), lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. L'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01) précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. La diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

Le point de savoir si un changement important 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 une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 c. 5; cf. ATF 130 V 343 c. 3.5.2; ATF 125 V 369 c. 2 et la réf. citée).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 c. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 c. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 c. 4; ATF 115 V 133 c. 2; ATF 114 V 310 c. 3c; ATF 105 V 156 c. 1, RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006 c. 1.1).

Le juge des assurances sociales 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 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 (134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et les réf. citées;).

En principe, le juge ne s'écarte 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 c. 3b/aa et les réf. citées).

4. a) En l'espèce, la recourante s'est vu octroyer une rente entière d'invalidité en raison d'une incapacité de travail dans toute activité sur le plan psychiatrique, qui existait depuis le mois de mars 2001 (cf. supra, En fait, let. A.b et A.c). Dans le cadre de la révision d'office prévue en février 2005 (cf. art. 87 al. 1 RAI), l'OAI a fait procéder à un premier examen clinique psychiatrique au SMR, qui a été effectué le 21 mars 2007 par la Dresse A._____ (cf. supra, En fait, let. A.e), puis, après que l'assurée eut contesté le projet de décision de suppression de rente du 21 juin 2007 et que l'OAI eut demandé un rapport médical au nouveau psychiatre traitant, le Dr P._____ (cf. supra, En fait, let. B.b), à un deuxième examen clinique psychiatrique au SMR, qui a donné lieu à un rapport du 15 avril 2008 de la Dresse X._____ (cf. supra, En fait, let. B.c). Ces deux examens cliniques, qui ont été effectués à une année d'intervalle par des examinateurs différents, font état d'un status psychiatrique superposable et concluent tous deux qu'ensuite d'une amélioration de l'état de santé psychique intervenue dès le mois d'août 2004, la recourante bénéficie sur le plan psychiatrique d'une pleine capacité de travail dans toute activité.

Tant le rapport d'examen psychiatrique du 21 mai 2007 que celui du 15 avril 2008 reposent sur une anamnèse complète; tous deux décrivent clairement le status psychiatrique ainsi que l'appréciation de la situation médicale claires, et leurs conclusions sont bien motivées. Or, selon la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs - notamment aux rapports émanant d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (ATF 125 V 351 c.

3a; TFA I 523/02 du 28 octobre 2002 c. 3) – aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leur conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3b/ee et les réf. citées). Néanmoins, au vu des rapports médicaux du Dr P._____, nouveau psychiatre traitant de la recourante – laquelle a consulté ce praticien à la suite de la réception du projet de décision de suppression de rente, après avoir interrompu toute prise en charge psychiatrique pendant trois ans –, et pour lever tout doute concernant l'amélioration de l'état de santé de la recourante, le juge instructeur a mis en œuvre une expertise psychiatrique judiciaire, qui a été confiée au Dr S._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

b) Le rapport de l'expert judiciaire, établi le 26 octobre 2009, procède d'un examen particulièrement fouillé et complet de la situation médicale de la recourante sur le plan psychiatrique. A l'issue d'une analyse systématique et détaillée, dans laquelle il décrit très clairement l'ensemble du contexte médical, les résultats de ses observations et examens et explique de manière parfaitement motivée les raisons qui l'ont conduit à retenir sur le plan psychiatrique le seul diagnostic de neurasthénie (F 48.0), l'expert judiciaire relève que l'ensemble de ses constatations sur le plan psychiatrique est quasi superposable à ce qui était évoqué par les examinateurs du SMR en 2007 et 2008. Il expose de manière convaincante en quoi la recourante présente une capacité de travail entière d'un point de vue psychiatrique, les limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés au plan physique étant liées à des sensations désagréables, gênes corporelles etc., comme décrit dans les contenus du diagnostic de neurasthénie, qui n'affectent pas la capacité de travail (cf. supra, En fait, let. C.e).

Le rapport d'expertise judiciaire remplit ainsi toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine force probante lui soit accordée. L'appréciation divergente du Dr P._____, au demeurant guère motivée, n'est nullement susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise judiciaire, ce psychiatre traitant ne faisant pas

état d'éléments objectifs qui aurait été ignorés dans le cadre de l'expertise (cf. TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 c. 3). Il faut au demeurant de rappeler que selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve, car il faut 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 c. 3b/cc et les réf. citées; Pratique VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc).

c) L'expertise judiciaire ayant pleinement corroboré les conclusions des examinateurs des SMR selon lesquelles la recourante présente depuis le mois de septembre 2004, ensuite de l'amélioration de son état de santé sur le plan psychiatrique, une pleine capacité de travail dans toute activité, la décision attaquée - fondée sur les rapports d'examen psychiatrique du SMR - échappe à la critique et ne peut qu'être confirmée.

5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 500 fr. à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 et 56 al. 3 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours déposé par J._____ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 20 avril 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge de le recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Pierre Bloch (pour J._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel 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 :