

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 13 avril 2017

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
MM. Bidiville et Pittet, assesseurs  
Greffière : Mme Kreiner

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**J.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 LPGA ; art. 28a LAI ; art. 88a et 88<sup>bis</sup> RAI**

**E n f a i t :**

**A.** J. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], est mariée et mère de deux enfants nés en 1992 et 1994. Elle est titulaire d'un certificat fédéral de capacité de sténo-dactylographie, qu'elle a obtenu en 1976. Dès 1997, elle a travaillé à 20 % comme téléphoniste pour l'entreprise Q. \_\_\_\_\_ SA. Elle a complété son revenu par une activité à temps partiel pour A. \_\_\_\_\_ SA en 2000.

Le 23 novembre 2001, l'assurée a subi une tumorectomie en raison d'un carcinome canalaire invasif du sein droit. Un second foyer de carcinome canalaire invasif a par la suite été diagnostiqué et elle s'est soumise à une mastectomie droite selon Patey le 27 décembre 2001, puis à une chimiothérapie du 7 février au 11 juillet 2002. Elle a ensuite suivi une hormonothérapie de Tamoxifène.

Dans un rapport du 29 janvier 2003 au Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et oncologie médicale et oncologue traitant de l'intéressée, la Dresse Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a constaté un état polyalgique diffus, survenu au cours de la chimiothérapie, dans un contexte d'anxiété. La patiente avait pris beaucoup de poids pendant ce traitement (17 kg) et se plaignait de cervicalgies, de scapulalgies bilatérales prédominant du côté gauche, de paresthésies aux quatre membres et d'un état de fatigue chronique contre lequel elle ne parvenait pas à lutter. Elle manquait d'élan vital, dépassée par toute tâche qui était banale auparavant.

Dans un rapport du 9 avril 2003 au Dr H. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de D. \_\_\_\_\_ SA (assurance collective pour perte de gain conclue par Q. \_\_\_\_\_ SA), la Dresse Z. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale en raison des séquelles d'une mastectomie et d'un « *état fibromyalgique consécutif* », l'incapacité de travail pouvant être attribuée à chacune de ces atteintes à raison de 50 %.

L'assurée a encore subi plusieurs opérations de reconstruction mammaire en 2003 et 2004.

Dans un rapport du 30 décembre 2004, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, a exposé que depuis la chimiothérapie, l'assurée se plaignait d'une grande fatigue avec incapacité à effectuer jusqu'au bout ses tâches ménagères, étant obligée de s'arrêter entre chaque activité. Cet état s'était progressivement atténué mais avait été remplacé par une perte de motivation aboutissant à un état dépressif essentiellement dû aux modifications de l'image de son corps, engendrées « *d'abord par la musculation [sic]* », puis la prise de poids et les douleurs musculaires vaginales pendant les rapports. A cela s'ajoutait une expérience difficile de tentative de reprise du travail en avril 2004 qui s'était soldée par un licenciement deux mois plus tard. Sur le plan somatique, la patiente se plaignait encore d'une importante constipation depuis l'opération. Au niveau des constatations cliniques, la reconstruction mammaire droite était satisfaisante et la cicatrice abdominale était encore bien visible, surtout dans sa partie droite. Au niveau dorsal, la flexion antérieure était rapidement douloureuse. L'abdomen était partiellement contracté et on palpait un rouleau de selles dures dans le côlon descendant. Etant donné l'importante prise de poids, la patiente avait consulté en novembre 2003 pour son problème d'obésité. On pouvait estimer sa capacité de travail à 50 % [réd. : de son taux d'activité habituel]. Depuis environ six mois, l'état de santé était stationnaire, mais était susceptible de s'améliorer lentement au cours des mois à venir.

**B.** L'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a demandé une enquête économique sur le ménage. Dans un rapport du 14 janvier 2005, l'enquêtrice a estimé que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait exercé une activité lucrative à 60 % et aurait consacré le 40 % restant de son temps à des activités ménagères. Elle a constaté un taux d'empêchement de 38.10 % dans ces dernières activités.

L'OAI a confié à la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser une expertise psychiatrique. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> avril 2006, cette dernière a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif réactionnel d'intensité moyenne (F 32.11), de réaction à un facteur de stress sévère (F 43.9) et de « *substance médicamenteuse ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur utilisation thérapeutique* » (Y 57). Elle a estimé que les suites opératoires avaient été invalidantes et que les effets secondaires médicamenteux se répercutaient à long terme (encore au minimum trois ans) sur l'état physique et psychologique de l'assurée. Cette dernière se montrait souriante au cours de l'entretien. Son discours était axé sur sa maladie et ses opérations traumatisantes, qu'elle racontait en détails. Sa déception était indescriptible au vu du résultat invalidant qui résultait des différentes interventions de chirurgie reconstructive et elle ressentait son image de femme comme « *anéantie* ». Elle était très angoissée en prononçant le diagnostic de cancer et avait peur d'une récurrence. Le traitement médicamenteux occasionnait des effets secondaires importants et invalidants tant sur le plan physique que psychologique (décrits par l'assurée comme des douleurs musculaires, un état confusionnel, une somnolence), sans possibilité d'arrêter ou d'en changer. La patiente était cohérente dans son discours. La lignée dépressive était marquée par l'histoire de la maladie avec une profonde tristesse s'y rapportant. L'intéressée ressentait de la colère à l'encontre du chirurgien pour toute la souffrance et les dégâts causés par les multiples opérations qui n'avaient pas donné satisfaction, sinon aggravé son état physique et psychologique. Elle se sentait impuissante face à cette situation, l'image qu'elle avait d'elle-même était anéantie et sa confiance en elle était devenue inexistante. Malgré tout, la patiente avait envie et aurait pu essayer de travailler à temps partiel, éventuellement huit heures par semaine, chez elle. Le pronostic était réservé et une psychothérapie de soutien devait être mise en place, avec une réévaluation six mois plus tard. L'état dépressif découlant de la maladie et, surtout, les effets secondaires dus au traitement médicamenteux interféraient avec la capacité de concentration, d'attention et l'élan au travail ; sur le plan social, l'assurée s'isolait de plus en plus, se repliait sur elle-même,

constamment préoccupée par ses problèmes. Elle présentait une incapacité de travail totale dans son ancienne activité professionnelle, telle qu'exercée précédemment, mais aurait pu travailler environ huit heures par semaine avec des horaires souples, si possible à domicile.

Par décision du 2 novembre 2006, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité, avec effet dès le 23 novembre 2002, fondée sur un taux d'invalidité de 72 %. Il a considéré que sans invalidité, elle aurait réalisé un revenu de 34'088 fr. 15 en travaillant à 60 % comme téléphoniste et qu'elle ne disposait plus que d'une capacité résiduelle de gain de 1'920 fr. pour une activité exercée à 20 % dans un travail pouvant lui offrir des horaires à la carte et flexibles dans un environnement compréhensif, ce qui correspondait à une activité en milieu protégé sans impératif de rentabilité. Il en résultait une perte de gain de 94 %, soit un taux d'invalidité de 56.40 % pour la part de son temps que l'assurée aurait consacrée à l'exercice d'une activité lucrative (60 % x 94 %). S'y ajoutait une invalidité de 15.36 % pour la part ménagère (40 % x 38.10 %), soit un total de 72 %.

**C.** L'OAI a ouvert une procédure de révision du droit à la rente d'invalidité en août 2008.

Dans un rapport du 28 octobre 2008 à cet office, le Dr K.\_\_\_\_\_ a exposé que l'assurée avait arrêté le traitement hormonal de tamoxifène en septembre 2007, mais avait continué à prendre du poids. Lors de la dernière consultation, elle avait fait état d'un moral en dents de scie et d'une extrême sensibilité. Elle présentait toujours des douleurs au niveau abdominal et au niveau des épaules des deux côtés, qui semblaient plutôt en augmentation. Elle souffrait également, épisodiquement, de vertiges et de troubles de la vision. Sur le plan clinique, le Dr K.\_\_\_\_\_ constatait un poids en effet un peu en augmentation (83.5 kg). Il estimait la reconstruction du sein droit vraiment très satisfaisante et considérait, sept ans après le diagnostic initial, que l'assurée n'avait plus besoin de contrôle oncologique spécialisé.

Pour sa part, la Dresse I.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a exposé dans un rapport reçu le 12 janvier 2009 par l'OAI que cette dernière présentait une incapacité de travail totale en raison de ses douleurs, de ses handicaps, de son état de fatigue important, de son état dépressif sévère et de ses troubles anxieux. Il lui était déjà très difficile d'assumer des tâches ménagères simples.

Le 23 juin 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'il maintenait sans changement le droit à la rente.

**D.** En avril 2012, l'OAI a ouvert une nouvelle procédure de révision du droit à la rente d'invalidité.

Dans un rapport non daté, mais reçu par l'OAI le 9 juillet 2012, le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et rhumatologue traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de spondylarthrose pluriétagée prédominant entre L3, L4 et L5, avec sténoses foraminales L4-L5 et L5-S1 à droite, de coxarthrose bilatérale avancée, d'ostéoporose traitée et de status après tumorectomie, mastectomie et chimiothérapie pour cancers du sein. Il a exposé qu'il suivait la patiente depuis 2003. Au fil des années, de multiples troubles dégénératifs s'étaient développés. Il n'y avait plus eu de métastases, mais la patiente avait progressivement décompensé une spondylarthrose lombaire et surtout une coxarthrose, traitées par infiltrations locales. Depuis une année, elle présentait d'intenses lombocruralgies et inguinalgies, en partie sur une sténose foraminale prédominant à droite, et d'autre part sur une importante coxarthrose. Une sanction chirurgicale était recommandée pour les hanches. Par ailleurs, une ostéoporose majeure avait été diagnostiquée, traitée par la prescription de diphosphonates très mal tolérés. Un traitement de dénosumab avait également été initié, mais provisoirement interrompu en raison des effets secondaires. L'incapacité de travail était totale depuis de nombreuses années.

Dans un rapport du 27 août 2012, la Dresse I.\_\_\_\_\_ a également attesté une telle incapacité en raison de l'état de fatigue intense et d'un état dépressif secondaire à l'état douloureux chronique.

De novembre 2010 à décembre 2012, l'assurée a suivi une psychothérapie déléguée auprès de la psychologue U.\_\_\_\_\_, sous la responsabilité du Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans un rapport du 11 janvier 2013, ce dernier a exposé que l'assurée était suivie en raison d'angoisses dans un contexte de difficultés conjugales et de craintes de récurrence de cancer. Elle avait perdu son intégrité physique, sa féminité, sa fertilité, sa libido et se plaignait de douleurs aux jambes, au ventre, au dos, au bras droit, d'une grande fatigue, de troubles du sommeil et de ne plus pouvoir travailler, nager ni skier. Elle était révoltée, de manière récurrente, par ces pertes fonctionnelles physiques. Les angoisses de récurrence de cancer étaient plus fortes au début de la psychothérapie. La patiente se culpabilisait dans son rôle de mère et de femme et se plaignait que le traitement hormonal après la chimiothérapie lui avait endormi le corps. Elle se plaignait également d'avoir pris 30 kg. Elle pensait ne plus pouvoir travailler. A l'examen clinique, l'assurée était orientée dans le temps et l'espace, sans trouble cognitif, attentive et concentrée durant les deux entretiens avec le Dr S.\_\_\_\_\_. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur, l'hygiène était normale et l'intéressée ne paraissait pas algique, la posture étant normale. Il n'y avait pas de trouble de la pensée, pas de phobie spécifique, ni d'autre particularité, le discours étant peu congruent aux affects. Au final, d'un point de vue psychiatrique, le Dr S.\_\_\_\_\_ estimait qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle et constatait une pleine capacité de travail comme secrétaire.

Dans un rapport médical non daté mais reçu le 22 août 2013 par l'OAI, la Dresse I.\_\_\_\_\_ a en particulier relevé que l'assurée était définitivement incapable de reprendre une activité professionnelle.

Dans un nouveau rapport à l'OAI du 1<sup>er</sup> octobre 2013, le Dr B.\_\_\_\_\_ a notamment fait état d'une incapacité de travail totale

comme secrétaire et d'une capacité de travail de maximum deux heures par jour dans une activité « adaptée » (« éventuellement position assise »). L'assurée présentait un nombre important de pathologies et de comorbidités, notamment sur le plan mécanique. Sa coxarthrose bilatérale et sa spondylarthrose majeure l'empêchaient de rester assise ou debout longtemps. Elle avait fait énormément de physiothérapie et de nombreux traitements étaient restés sans effet. Une prothèse de hanche totale à droite avait été posée le 10 mai 2013 et une prothèse de hanche gauche serait prochainement posée. Sous stress ou pression, la patiente, passablement épuisée par ses problèmes de santé, réagissait par de la panique, un excès de sensibilisation et des angoisses. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a également évoqué un glaucome. Il demandait à l'OAI de prendre note que tant l'état physique que psychique contre-indiquaient toute mesure de réadaptation et qu'il ne s'agissait pas d'un cas favorable à une mesure de détection précoce pour une réadaptation.

L'OAI a demandé une nouvelle enquête économique sur le ménage. Dans un rapport du 26 mai 2014, l'enquêtrice a constaté un empêchement de 44.40 % dans l'exercice des activités ménagères habituelles.

L'OAI a procédé à un nouveau calcul du taux d'invalidité. Il a constaté une capacité résiduelle de gain de 11'550 fr. pour un taux d'activité de 20 % dans une activité adaptée, en se référant au salaire annuel moyen pour une activité d'employée de commerce (selon la « Brochure de l'information professionnelle et sociale 2013-2014, rubrique employée de commerce, employée avec un apprentissage de bureau de deux ans ou encore une pratique de plusieurs années de travaux de bureau simples »). Après comparaison avec un revenu hypothétique sans invalidité de 34'531 fr. par an comme secrétaire à 60 %, il en résultait un taux d'invalidité de 66.55 % pour la part active, soit 40 % après pondération avec un taux d'activité de 60 % ( $60 \% \times 66.55 \%$ ). Au vu d'un empêchement de 44.40 % pour les activités ménagères, soit 17.76 % après pondération ( $40 \% \times 44.40 \%$ ), le taux d'invalidité global était de 57.76 % ( $60 \% + 17.76 \%$ ).

Le 11 juin 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de réduire ses prestations à une demi-rente.

Le 23 juin 2014, le Dr B. \_\_\_\_\_ a écrit à l'OAI qu'il avait revu l'assurée en contrôle et qu'elle n'allait pas mieux sur le plan somatique. La deuxième intervention chirurgicale sur la hanche en novembre 2013 s'était soldée par un échec avec des complications multiples et l'assurée restait grandement entravée à la marche. Les autres pathologies déjà décrites dans son rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2013 persistaient, avec une aggravation de cervico-céphalées intenses. Dans ces circonstances, le Dr B. \_\_\_\_\_ s'étonnait du projet de réduction de la rente d'invalidité. De son point de vue, la capacité résiduelle de travail de l'assurée, d'une vingtaine de pourcents, n'était à envisager que dans une activité totalement adaptée, à visée essentiellement occupationnelle.

L'OAI a confié aux Drs X. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, et M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser une expertise bi-disciplinaire.

Dans un premier rapport non daté, mais remis à l'OAI le 20 février 2015, le Dr X. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (discopathie et arthrose facettaire L5-S1 modérées), ainsi que de cervico-brachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire (discopathie C3-C4 et C6-C7). Il a également posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgiforme (diminution du seuil de tolérance à la douleur), d'omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie, ainsi que de status post pose de prothèse droite et gauche en 2013 et de status post carcinome canalaire double invasif du sein droit en 2001 (status post tumorectomie et reprise avec curetage axillaire en 2002, post mastectomie droite et chimiothérapie en 2002, post hormonothérapie de 2002 à 2008 et post reconstruction mammaire en 2003). Le Dr X. \_\_\_\_\_

a exposé que son examen clinique du 13 février 2015 avait mis en évidence un syndrome cervicobrachial et lombovertébral, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. L'examen des différents groupes articulaires était rassurant, sans signe de synovite ou de ténosynovite. Les amplitudes articulaires étaient toutes conservées. Au niveau des épaules, il n'y avait pas de signe de conflit ni de tendinopathie. L'examen des genoux ne révélait pas de signes méniscaux ni tendineux. L'examen frappait toutefois par la présence de douleurs péri-articulaires imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent de type fibromyalgique, avec nette diminution du seuil de déclenchement de la douleur. Concernant l'exigibilité comme téléphoniste, dernière activité exercée, il n'y avait que peu d'argument pouvant justifier une incapacité de travail, cette activité étant déjà une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles (diminution des ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier). Cette appréciation s'apparentait à celle de la Dresse Z.\_\_\_\_\_, qui dans un rapport de 2003 mettait déjà en évidence un syndrome fibromyalgique ; elle se différenciait de celle du Dr B.\_\_\_\_\_, qui constatait des limitations fonctionnelles imputables à la coxarthrose et à une spondylarthrose majeure. L'assurée avait toutefois bénéficié de la pose de prothèses de hanche à droite et à gauche en 2013, avec une évolution post opératoire favorable. Il n'y avait pas de signe de descellement. Les troubles dégénératifs lombaires étaient modérés et compatibles avec l'évolution due à l'âge. L'ampleur des lésions ne permettait pas d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Il n'y avait pas d'amyotrophie, pas de trouble sensitivo-moteur, la patiente se mouvait, s'habillait et se déshabillait de manière fluide, elle était capable de rester assise sans adopter de position antalgique, durant tout l'entretien. On notait une certaine discordance entre les plaintes de l'assurée et l'impotence fonctionnelle qu'elle décrivait dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle et les examens cliniques et paracliniques. L'ampleur de la symptomatologie était essentiellement imputable à la diminution du seuil de déclenchement de la douleur, avec syndrome fibromyalgique. L'ampleur de l'impotence fonctionnelle résidait essentiellement dans le vécu douloureux chronique qui s'était

cristallisé après un status post néoplasie du sein traité et actuellement en rémission. Le Dr X. \_\_\_\_\_ concluait ce rapport en exposant :

**"Du point de vue bi-disciplinaire :** après discussion avec le Dr M. \_\_\_\_\_, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique, sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée est estimée à 100 %."

Il répondait ensuite aux questions (« *en regard de l'appréciation consensuelle ci-dessus* »), en indiquant notamment que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans l'ancienne activité de téléphoniste, « *d'un point de vue psychiatrique et rhumatologique* », et qu'elle présentait les limitations fonctionnelles suivantes : ports de charge en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg et de manière répétitive. La capacité de travail au poste occupé précédemment pouvait être améliorée en aménageant des alternances de positions assise ou debout et en respectant les limitations fonctionnelles décrites. Il ne devrait pas y avoir de diminution de rendement dans une activité adaptée, « *du point de vue rhumatologique et psychiatrique* ».

Le 26 juin 2015, le Dr X. \_\_\_\_\_ a établi un second rapport d'expertise, reprenant textuellement le premier rapport, hormis sur deux points : il précisait, d'une part, que ses constatations étaient fondées notamment sur un entretien bi-disciplinaire avec le Dr M. \_\_\_\_\_ du 26 juin 2015 (dans le premier rapport, l'entretien figurait sans précision de date) ; il mentionnait, d'autre part, l'intégralité des diagnostics posés comme « *sans répercussion sur la capacité de travail* ».

L'OAI a communiqué ce second rapport à l'assurée le 8 juillet 2015.

Dans un courrier du 23 juillet 2015 reçu le 13 août 2015 par l'OAI, l'intéressée a présenté ses observations relatives à l'expertise et a relevé plusieurs inexactitudes ou imprécisions du Dr X. \_\_\_\_\_. Elle a notamment contesté que ce dernier l'ait vue se dévêtir étant donné qu'il n'était pas dans la pièce à ce moment.

Le 26 novembre 2015, le Dr M.\_\_\_\_\_ a établi son rapport d'expertise. Il a précisé se fonder sur un entretien avec l'assurée le 22 juin 2015, sur des tests psychométriques également réalisés le 22 juin 2015, sur le dossier de l'OAI, sur l'expertise du Dr X.\_\_\_\_\_ du 26 juin 2015 et sur le curriculum vitae de l'assurée. Il a posé les diagnostics de dysthymie et de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, chronique. Il a décrit comme suit les indications subjectives de l'assurée :

### **"2.1 PLAINTES SUBJECTIVES DE L'ASSURÉ(E)**

Madame J.\_\_\_\_\_ se plaint essentiellement d'un manque d'énergie, de douleurs difficilement supportables au niveau du dos et de l'épaule, qui sont transfixiantes jusqu'au thorax, ainsi que de fatigabilité, douleurs au ventre lorsqu'elle doit se baisser ou faire différents mouvements.

### **2.2 FONCTIONNEMENT PSYCHOSOCIAL DE L'ASSURÉ(E) (HORS PROFESSIONNEL)**

Madame J.\_\_\_\_\_ se lève relativement tôt - souvent à 5 h 30 - car elle dort mal. Elle est fatiguée d'emblée, ressent des vertiges, une perte de force et un manque d'énergie. Les journées sont rythmées essentiellement par ses rendez-vous médicaux ou de physiothérapie deux fois par semaine, de drainages lymphatiques également deux fois par semaine. Une fois par semaine, Madame J.\_\_\_\_\_ se rend à [...] pour faire des bains qui lui font du bien.

L'assurée a une femme de ménage qui lui fait différentes tâches. C'est néanmoins elle qui prépare les repas. Le soir, après le souper, Madame J.\_\_\_\_\_ regarde la télévision avant de se coucher."

Le Dr M.\_\_\_\_\_ a ensuite résumé le résultat de tests psychométriques, avant de décrire ses constatations cliniques comme suit :

### **"3.3 EXAMEN CLINIQUE DU 22 JUIN 2015**

Madame J.\_\_\_\_\_ se présente de façon ponctuelle au rendez-vous. Nous avons contrôlé sa carte d'identité. Il s'agit d'une femme de taille moyenne inférieure, de type méditerranéen, très soignée de sa personne, présentant un très léger embonpoint. L'assurée se déplace sans limitation. Elle peut demeurer assise durant tout l'entretien et la réalisation des tests psychométriques sans devoir se lever pour signaler son inconfort.

L'assurée est souriante, volubile. Madame J.\_\_\_\_\_ s'exprime franchement, directement et sans détour aux questions qui lui sont

adressées. Elle ne paraît jamais dolente ou limitée dans ses mouvements. A priori, l'entretien ne laisse pas augurer de problèmes psychiques particuliers. En effet, l'assurée est très vive d'esprit. En toute fin d'entretien, en évoquant la problématique algique, Madame J.\_\_\_\_\_ est très centrée sur le symptôme physique qui prend une tournure très dramatique, presque exprimé comme une « mutilation ».

Nous ne relevons pas de foetor éthylique, elle est vigile, orientée dans les trois modes. L'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. Elle s'exprime avec aisance en français. L'assurée est vive d'esprit. Il n'y a pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire d'évocation ou de la fixation. Jugement et raisonnement sont conservés.

Actuellement, on relève une certaine émotivité, sans que l'on puisse parler d'une anhédonie, aboulie ou apragmatisme. La relation à ses proches est très bien investie, comme les activités pour lesquelles elle peut s'intéresser ou s'enthousiasmer. Nous ne relevons pas non plus de suicidalité. Il n'y a pas d'irritabilité marquée. Parfois, lorsqu'elle a trop mal, Madame J.\_\_\_\_\_ peut être plus impatiente.

Le sommeil est variable : parfois Madame J.\_\_\_\_\_ s'endort facilement, d'autres fois moins bien. Celui-ci est jugé comme peu réparateur, avec des réveils fréquents en raison de ses douleurs et un réveil matinal précoce. Il en résulte une fatigabilité durant la journée, un manque d'énergie qui est l'un des symptômes prédominants. L'assurée ne paraît pas présenter de troubles de l'attention et de la concentration lors de l'entretien.

Du point de vue anxieux, il n'y a pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique tels que définis par le DSM IV. Madame J.\_\_\_\_\_ ne souffre pas de phobie simple, de claustro-agoraphobie, de phobie sociale, de phobie du sang, d'un trouble obsessionnel compulsif. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique.

Nous n'avons pas d'arguments en faveur d'une dépendance ou d'abus d'alcool. Il n'y a pas de tabagisme ni prise de substances illicites annoncées.

Madame J.\_\_\_\_\_ ne présente pas de troubles alimentaires, en particulier anorexie-boulimie.

Il n'existe pas de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée.

Au niveau somatique, les plaintes sont multiples, exprimées avec une certaine emphase et dramatisation. Il s'agit d'une douleur transfixiante au niveau de l'omoplate droite, de douleurs à l'abdomen qu'elle met en relation avec les opérations multiples qui ont suivi sa reconstruction mammaire, de douleurs au bassin, ainsi que de sensations de manque d'équilibre et de soutien au niveau du dos.

### **3.4 PERSONNALITÉ :**

Même s'il existe certaines singularités qui se manifestent par cette dissociation entre le corps et les émotions, il est difficile d'évoquer un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale."

Dans la partie « *discussion* » de son expertise, le Dr M. \_\_\_\_\_ a finalement exposé :

## "5.1 INTRODUCTION

[...]

Jusqu'aux faits qui nous occupent, malgré un parcours personnel relativement difficile, rien n'indique que Madame J. \_\_\_\_\_ ait souffert de graves troubles psychiques. On sait un premier mariage en 1981, avec un homme éthylique et violent, Eric, dont elle s'est néanmoins séparée en 1987 pour nouer une relation avec un collègue de travail, Roland (né en 1964). Madame J. \_\_\_\_\_ a probablement mis beaucoup d'espoir dans cette relation. Roland est un homme dépeint comme gentil, tolérant et respectueux, mais qui - par certains choix professionnels - a mis le couple dans une situation de grande précarité économique, ce qui a certainement été un facteur de stress important. L'assurée a néanmoins beaucoup de difficultés à exprimer directement ses affects négatifs à son égard.

On sait que Madame J. \_\_\_\_\_ a aussi toujours bien pu assumer son rôle de mère de famille et qu'elle entretient d'excellentes relations avec ses deux enfants qui tous deux suivent des études supérieures.

[...]

## 5.2 APPRÉCIATION DIAGNOSTIQUE

[...]

### 5.2.1 Dépression

Le Dr S. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH, qui a examiné l'assurée en 2013, ne retient aucun diagnostic psychiatrique et estime donc qu'il n'y a aucune limitation fonctionnelle de ce point de vue-là.

Pour notre part, le tableau est relativement déroutant. On se retrouve face à une assurée qui est globalement très souriante, qui paraît dynamique et qui semble très investie auprès de ses proches, facilement enthousiasmée par ce qui l'intéresse. De surcroît, Madame J. \_\_\_\_\_ ne paraît jamais dolente ou limitée dans ses mouvements. Il existe une discordance majeure entre notre observation et un discours qui exprime de manière très dramatique des plaintes somatiques multiples, sur lesquelles nous ne reviendrons pas. En effet, d'un point de vue psychopathologique, nous ne retenons pas les critères cardinaux pour un état dépressif majeur [...]. Il n'y a pas non plus de suicidalité, d'anxiété chronique ou permanente. On relève tout au plus un éventuel **léger fond dysthymique**. A ce titre, on note que la Fluoxétine prescrite de

2002 à 2008 par la Dresse I. \_\_\_\_\_ a été interrompue sans récurrence d'un quelconque trouble psychique incapacitant.

Nous ne retenons pas d'éléments en faveur d'un trouble anxieux, notamment un trouble de l'anxiété généralisée. Il n'y a pas de notion de problématique psychotique, ni de maladie de la dépendance.

### *5.2.2 Personnalité*

Jusqu'en 2001, Madame J. \_\_\_\_\_ semble avoir toujours très bien fonctionné au niveau personnel, social et professionnel. A ce titre, malgré la maladie, l'assurée a toujours pu assumer adéquatement l'éducation de ses enfants et les relations avec son entourage, ce qui va à l'encontre d'un trouble significatif de la personnalité.

### *5.2.3 Trouble somatoforme douloureux*

L'expert X. \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, conclut à un *syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique*, avec une diminution du seuil de tolérance à la douleur. Ce terme désigne l'existence de douleurs chroniques qui ne peuvent pas être expliquées par les éléments somatiques objectifs quant à leur durée, leur intensité, voire à leur simple existence. Le qualificatif de somatoforme couvre ici le champ particulier des plaintes qui dans ce cas évoquent l'existence d'un fond pathologique somatique objectif et qui ne sont pas censés pouvoir expliquer l'ensemble du tableau clinique. Ce qualificatif exclut aussi, par définition, un trouble mental au sens strict qui pourrait permettre également d'expliquer les plaintes de l'assurée.

Quand on retient le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, on est donc forcément dans l'incertitude d'un diagnostic par exclusion [...].

Le syndrome somatoforme douloureux admet l'existence d'une douleur en partie psychogène, donc forcément subjective. Pour avoir une valeur gravement invalidante, celle-ci doit résister au traitement de manière chronique et doit survenir aussi sur un terrain psychopathologique objectif au regard de ce que l'on observe dans les grandes pathologies psychiatriques incapacitantes.

Dans le cas qui nous occupe, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique manifeste ou de trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. A ce titre, Madame J.\_\_\_\_\_ ne suit aucun traitement antidépresseur depuis 2008 et a interrompu depuis plus d'une année sa prise en charge psychothérapeutique. L'assurée n'a d'ailleurs aucune demande motivée en ce sens à l'heure actuelle.

Retenons qu'il existe une bonne concordance entre les tests d'auto- et hétéro-évaluation psychométriques qui ne plaident pas pour une symptomatologie psychique importante ou cliniquement significative.

Dans le cas présent, la plainte principale de Madame J.\_\_\_\_\_ consiste en des douleurs importantes qui concernent la sphère somatique, ainsi qu'abdominales, dont l'étendue et le descriptif dramatique évoquent d'emblée la discordance avec une pathologie organique qui pourrait les expliquer. La détresse ne fait guère de doute et la pathologie affective de l'assurée n'est pas assez spécifique ni assez sévère pour être un facteur d'exclusion d'un trouble somatoforme douloureux. En effet, on ne peut pas admettre que la dysthymie explique l'existence des douleurs. L'assurée présente donc les critères diagnostiques du DSM-IV du **trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale, chronique**, puisqu'il persiste depuis plus de six mois.

### **5.3 APPRÉCIATION DE LA CAPACITÉ DE TRAVAIL SUR LE PLAN DE LA MÉDECINE DES ASSURANCES**

[...]

En tant que telle, la dysthymie ne saurait avoir valeur incapacitante [...].

Dans le contexte d'un trouble somatoforme, le mandat d'expertise impose d'examiner un certain nombre de points particuliers : la comorbidité psychiatrique est l'un de ceux à considérer. Dans le cas qui nous occupe, celle-ci n'est pas présente.

Il faut examiner comme critère suivant l'intégration sociale, autrement dit les capacités à se relationner avec les autres. Madame J.\_\_\_\_\_ a pu maintenir de bonnes capacités relationnelles, notamment avec son époux, ses deux enfants qu'elle a pu éduquer, ce que confirme indirectement leur belle réussite professionnelle. En effet, certains sujets souffrant de trouble somatoforme grave perdent leurs contacts sociaux, leurs capacités

relationnelles tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de la famille, ne sortent quasiment plus et n'ont plus d'amis ; ils peuvent rester cloîtrés chez eux. On note souvent la présence d'une comorbidité psychiatrique sévère, ce qui n'est pas non plus le cas dans la situation qui nous occupe. Au niveau social, on relève des liens assez forts avec son environnement, un époux décrit comme soutenant et des enfants eux-mêmes très proches.

Il s'agit aussi d'apprécier la personnalité de l'assurée et ses ressources personnelles. Manifestement, Madame J.\_\_\_\_\_ n'a pas de trouble majeur de la personnalité, mais il existe une forme de dissociation entre le corps et les émotions. L'assurée paraît au contraire vive et intelligente ; elle possède de nombreuses compétences.

S'agissant du point relatif au traitement et sa réadaptation, Madame J.\_\_\_\_\_ a interrompu son traitement antidépresseur en 2008, sans évidence de rechute anxio-dépressive. Une prise en charge en 2013 auprès du Dr S.\_\_\_\_\_ a aussi été interrompue. Il n'y a pas d'indication formelle à une prise en charge psychiatrique, notamment en l'absence de demande motivée en ce sens. Il n'y a pas non plus à attendre qu'un soutien psychologique puisse clairement faire évoluer le vécu douloureux de cette assurée.

Finalement, l'analyse de la cohérence est le dernier point important. Il n'y a pas de divergence quant à l'appréciation d'éventuels symptômes psychiques au sein de ce dossier médical, si ce n'est le rapport d'expertise de la Dresse C.\_\_\_\_\_ du 01.04.2006, dont l'examen clinique et l'argumentaire son largement insuffisants.

Par contre, un élément qui pose problème est la discordance entre l'importance des plaintes et l'observation lors de l'expertise, chez une femme globalement souriante, vive, qui ne paraît jamais dolente ou limitée dans ses mouvements. Certes, Madame J.\_\_\_\_\_ nous déclare n'être pas en mesure d'assumer ses tâches ménagères qui seraient déléguées à son époux. Il faut certainement y voir l'expression d'une dynamique conjugale et familiale plus généralement. De manière consciente ou non, Madame J.\_\_\_\_\_ paraît avoir ressenti une profonde déception vis-à-vis de son époux qui a mis le couple et la famille dans une situation économique difficile. Néanmoins, l'expression de l'agressivité semble niée chez cette assurée. On pourrait certainement faire l'hypothèse que la douleur est l'expression d'une agressivité marquée à l'égard de son époux, tout comme elle permet aussi de conserver le lien avec ses enfants en phase d'émancipation et d'autonomisation, ceux-ci devant « demeurer auprès de leur mère » pour la soutenir.

On le constate, l'appréciation de la capacité de travail face à ce trouble douloureux est un exercice très délicat. Celui-ci paraît être chronifié, a une présentation figée et cristallisée et quelques soient les options thérapeutiques « rien ne change » quoi qu'il se passe. Cette présentation doit être prise en compte dans l'évaluation clinique et peut être aussi un critère s'agissant de sa capacité de travail dans une activité lourde, exigeant un certain investissement physique. Il paraît clair que ceci semble certainement inférer des restrictions significatives. Néanmoins, dans une activité telle que pratiquée actuellement, respectivement de téléphoniste pour Q.\_\_\_\_\_ SA à 30 % [recte : 20 %], ou pour A.\_\_\_\_\_ SA, on ne comprendrait pas pour quelle raison celle-ci ne serait pas adaptée. Nous avons constaté nous-même la vivacité d'esprit et la capacité à communiquer."

A réception de l'expertise du Dr M.\_\_\_\_\_, l'OAI a demandé une nouvelle enquête économique sur le ménage, de manière à tenir

compte des constatations des experts X.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_. Dans un rapport du 21 mars 2016, l'enquêtrice a proposé de retenir, dès le mois de juillet 2013, un statut de personne exerçant une activité lucrative à 80 % et de personne exerçant des activités ménagères à 20 %, compte tenu de la situation de revenus de l'assurée, du fait que ses enfants étaient désormais aux études et de ses déclarations. L'enquêtrice a constaté des empêchements de 26.40 % dans la tenue du ménage au regard des limitations fonctionnelles admises par les experts.

Le 3 mai 2016, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision de suppression de rente d'invalidité. Il considérait qu'elle ne subissait aucune invalidité pour la part de son temps relative à l'exercice d'une activité lucrative (80 %) et qu'elle subissait une invalidité de 26.40 % pour la part de son temps dédié aux tâches ménagères, soit un taux d'invalidité de 5.30 % après pondération (20 % x 26.40 %).

Le 27 mai 2016, l'assurée, représentée par Me Flore Primault, s'est opposée à ce projet de décision en contestant la valeur probante des expertises établies par les Drs X.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_.

Le 6 juillet 2016, un juriste de l'OAI a écrit à Me Primault pour réfuter plusieurs des arguments soulevés.

Par décision du 7 juillet 2016, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité dont la recourante était titulaire. Il a précisé qu'un éventuel recours serait dépourvu d'effet suspensif.

**E.** Le 1<sup>er</sup> septembre 2016, J.\_\_\_\_\_, représentée par Me Primault, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, dont elle demande, en substance, l'annulation sous suite de frais et dépens. A titre préalable, elle a demandé la restitution de l'effet suspensif au recours, ce que le tribunal a refusé par ordonnance du 19 décembre 2016 du juge délégué à l'instruction de la cause (AI 217/16) et, sur recours contre cette ordonnance, par arrêt du 9 février 2017 (AI 9/17 - 49/2017).

Le 15 décembre 2016, l'intimé a présenté ses observations et a conclu au rejet du recours.

La recourante s'est encore déterminée le 15 mars 2017, en maintenant ses conclusions.

### **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 (art. 1 al. 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**2. a)** 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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 consid. 2.1, 130 V 138 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Le litige porte dans le cas d'espèce sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur le point de savoir si son état de santé depuis le dernier examen de ce droit s'est amélioré au point de justifier une suppression de la rente dont elle est titulaire.

**3. a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c).

**b) aa)** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGGA et 28a al. 1 LAI). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré,

l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

**bb)** L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGGA et 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

**cc)** L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus ; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27<sup>bis</sup> RAI).

**dd)** Nonobstant les termes utilisés aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de la personne assurée. Il s'agit plutôt de déterminer si elle exercerait une telle activité et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3, 125 V 146 consid. 2c et 117 V 194 consid. 3b).

**4.** Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (révision du droit à la rente). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Pour déterminer si le taux d'invalidité a subi une modification notable, il convient de comparer la situation au moment de la révision à celle qui existait lors du dernier examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108 c. 5). En assurance-invalidité, la diminution ou la suppression du droit à la rente prend effet, en règle générale, le premier jour du deuxième mois qui suit la décision de révision, sous réserve de

conditions particulières manifestement non remplies en l'espèce (art. 88<sup>bis</sup> al. 2 RAI).

**5.** La recourante conteste la valeur probante des expertises des Drs X.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_, ainsi que celle du rapport d'enquête économique sur le ménage du 21 mars 2016.

**a)** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 133 V 450 consid. 11.1.3 ; TF 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1).

**b)** Les Drs M. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics de trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, chronique, respectivement de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent fibromyalgique, avec diminution du seuil de la douleur.

Le Tribunal fédéral a posé des exigences particulières pour évaluer les conséquences de tels diagnostics sur la capacité de travail d'une personne assurée. Il a souligné qu'une expertise pluridisciplinaire était en règle générale nécessaire et qu'il n'y avait pas lieu de partir d'une présomption de capacité de travail en présence d'une telle atteinte à la santé. Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs

plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité, non seulement psychiatrique, mais également somatique, sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de ce dernier, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de l'assuré, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 cité consid. 4.3 avec les références).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de

comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 cité consid. 4.4 avec les références).

**c) aa)** L'expertise psychiatrique réalisée par le Dr M. \_\_\_\_\_ analyse certains des indicateurs mentionnés ci-avant, mais reste assez superficielle. L'expert semble avoir accordé une importance décisive au caractère relativement vif de l'assurée lors de l'entretien qu'il a eu avec elle, à l'absence de position antalgique adoptée pendant cet entretien, aux relations soudées qui semblent lier l'assurée à sa famille et à l'absence de comorbidité psychiatrique grave. En revanche, dans son analyse, il ne mentionne quasiment pas, voire minimise, la comorbidité somatique et la manière dont la recourante a vécu les atteintes à la santé physique et les traitements subis depuis 2001. Le Dr M. \_\_\_\_\_ mentionne certes dans les antécédents médicaux un cancer du sein ayant entraîné deux opérations, dont une mastectomie totale du côté droit, une chimiothérapie très douloureuse ayant entraîné de nombreux effets secondaires et un traitement de Tamoxifène pendant plusieurs années. Ce traitement avait notamment entraîné une impossibilité d'avoir des rapports sexuels ; l'assurée avait en outre subi un lichen plan vécu de manière très dramatique s'agissant des conséquences sur sa vie intime. L'expert psychiatre mentionne que l'assurée a conservé une image très dégradée d'elle-même. Il évoque ensuite une reconstruction mammaire qui a nécessité plusieurs interventions chirurgicales, puis la pose de deux prothèses de hanche, à gauche et à droite. Toutefois, on s'étonne qu'il ne mentionne ensuite qu'à peine ces circonstances dans son appréciation diagnostique et sa discussion relative à la capacité résiduelle de travail de l'assurée. Sa discussion à ce stade reste peu approfondie ; les points 3.4 et 5.2.2 relatifs à la personnalité de l'assurée tiennent en quelques lignes et évoquent « *cette dissociation entre le corps et les émotions* », sans autre précision, la dissociation en question n'ayant au demeurant pas été évoquée précédemment dans l'expertise. Enfin, le Dr M. \_\_\_\_\_ conclut à

une pleine capacité de travail dans l'ancienne activité professionnelle, mais il est ambigu sur ce point dans la mesure où il se réfère à « *une activité telle que pratiquée actuellement, respectivement de téléphoniste [...] à 30 % [...] »*.

Indépendamment de ce qui précède, le Dr M. \_\_\_\_\_ fait reposer une partie de son analyse sur le rapport d'expertise rhumatologique du 26 juin 2015 du Dr X. \_\_\_\_\_, ce qui met à néant la valeur probante de ses constatations, pour les motifs exposés ci-après.

**bb)** La recourante a soulevé divers griefs à propos de l'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_. Elle a notamment contesté ses constatations relatives au fait qu'elle pouvait s'habiller et se déshabiller de manière fluide, alors qu'il n'était pas présent dans la pièce lorsqu'elle s'habillait ou se déshabillait. Il s'agit d'une allégation qui aurait mérité vérification auprès du Dr X. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, celui-ci a établi une première version de son rapport d'expertise, non datée, mais qu'il a remise à l'OAI en février 2015, soit avant toute discussion bi-disciplinaire avec le Dr M. \_\_\_\_\_, qui n'avait d'ailleurs pas encore pu examiner l'assurée. Or, ce rapport correspond quasiment mot pour mot à un second rapport du Dr X. \_\_\_\_\_, daté du 26 juin 2015. Il s'agit d'un vice grave dans la mesure où le premier rapport démontre que le Dr X. \_\_\_\_\_ avait déjà intégralement rédigé son expertise, y compris les références au résultat de discussions bi-disciplinaires avec le Dr M. \_\_\_\_\_, avant même que ces discussions aient pu être menées. Au demeurant, il est très douteux que ces discussions aient finalement eu lieu, puisque le Dr M. \_\_\_\_\_ n'en fait aucunement état pour sa part et qu'il se limite à renvoyer au rapport du 26 juin 2015 du Dr X. \_\_\_\_\_. Le vice prive l'expertise du Dr X. \_\_\_\_\_, de même que celle du Dr M. \_\_\_\_\_, qui s'y réfère, de toute valeur probante.

L'enquête économique sur le ménage du 21 mars 2016 repose largement sur les constatations des Drs X. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, de sorte qu'elle n'est pas davantage probante.

**cc)** Compte tenu de ce qui précède, une nouvelle expertise est nécessaire. Celle-ci devra être menée de manière véritablement pluridisciplinaire et comprendre des volets de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie. Il n'appartient pas au Tribunal cantonal de réparer le vice grave affectant l'expertise figurant au dossier et qui aurait déjà dû être décelé par l'intimé, de sorte que la cause sera renvoyée à l'OAI pour qu'il procède au complément d'instruction requis, conformément à l'art. 44 LPGA. Par ailleurs, vu le diagnostic de glaucome ressortant de diverses pièces du dossier, il appartiendra à l'OAI, préalablement, de réunir les rapports médicaux en vue d'établir les faits sur ce point, ce qui permettra de déterminer si l'expertise nécessitera ou non un volet ophtalmologique. En outre, afin de disposer d'un dossier complet, il sera nécessaire de demander, toujours préalablement à l'expertise, des rapports médicaux aux médecins ayant opéré l'assurée au sein droit et à l'abdomen entre 2003 et 2008, à savoir les Drs F.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_. Finalement, selon les résultats de l'expertise pluridisciplinaire, l'intimé complétera l'instruction par une nouvelle enquête économique sur le ménage.

Un renvoi se justifie d'autant plus que l'expertise à réaliser ne permettra de toute façon pas de statuer définitivement, compte tenu de ce qui suit.

**6.** La recourante a également contesté la suppression de la rente au motif que l'intimé aurait dû préalablement la mettre au bénéfice d'une réadaptation professionnelle. Son argumentation sur ce point est fondée.

**a)** Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des

mesures de réadaptation professionnelle. La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (TF 9C\_283/2016 du 5 décembre 2016 consid. 6.2 avec les références).

**b)** En l'espèce, la recourante était âgée de plus de 59 ans lorsque la décision litigieuse a été rendue. Elle percevait une rente depuis près de 14 ans. Une réadaptation par elle-même, sans appui de l'intimé, n'était pas raisonnablement exigible et il appartenait à ce dernier de lui apporter son soutien par des mesures de réadaptation avant toute suppression du droit à la rente. Une mesure d'observation professionnelle dans un Centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité (COPAI), un stage professionnel pour un réentraînement au travail, ainsi qu'une aide au placement, paraissent indiqués, mais il appartiendra, *in fine*, à l'intimé de déterminer les mesures adéquates au vu de l'expertise médicale pluridisciplinaire à mettre en œuvre.

**7. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision rendue le 7 juillet 2016 par l'intimé annulée. La cause lui est renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** L'intimé a supprimé l'effet suspensif d'un éventuel recours. Au vu du présent arrêt, il lui appartiendra de reprendre le versement de la rente d'invalidité dont la recourante est titulaire et qui a été supprimée à tort sans aucune mesure de réadaptation professionnelle (TF 9C\_283/2016 du 5 décembre 2016 consid. 6.4).

**c)** 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'assurance-invalidité 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 1'000 fr. (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

**d)** Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés *in casu* à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

**I.** Le recours est admis.

**II.** La décision rendue le 7 juillet 2016 par l' Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause

renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

**III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

**IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à J.\_\_\_\_\_.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Flore Primault (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).

La greffière :