

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 août 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Rossier et M. Monod, assesseurs
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

J. _____, à Vevey, recourante,

et

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

Art. 6, 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; 4 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. J._____, née en 1953, mariée et mère de deux enfants, a déposé une demande de rente le 19 septembre 2003. Elle faisait état de troubles au dos et de dépression. Le 6 octobre 2003, elle a écrit qu'en bonne santé elle travaillerait comme vendeuse à 50% au plus, puis à 80% depuis la séparation par nécessité financière. Elle est au bénéfice de l'aide sociale depuis le 1^{er} octobre 2002.

Il résulte de l'extrait du compte individuel (CI) qu'elle a été au bénéfice des prestations de chômage de 1992 à 1994, puis de 1997 à 2000, aucun revenu n'étant signalé entre 1994 et 1997. En 2001 et 2002, elle est mentionnée comme personne sans activité lucrative.

Dans un rapport du 16 novembre 2003, le Dr N._____, médecin généraliste et médecin traitant, pose le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de syndrome de stress post-traumatique depuis février 1999 et sans répercussion sur la capacité de travail d'état dépressivo-anxieux et de personnalité émotionnellement labile. Il mentionne notamment ce qui suit:

"3. Anamnèse

Ressortissante marocaine, sans réelle formation professionnelle. Mariage avec un compatriote, accouchement de 2 jumeaux en 1993 (à 40 ans), dans un contexte déjà de mésentente conjugale, de fatigue chronique avec abaissement du seuil à la douleur, somatisations, dystonie neurovégétative... En 1999, décision de séparation et divorce, coïncidant avec l'incendie de son immeuble ([...] — où le feu est parti de son appartement): dès lors, angoisses persistante, voire TOC, autour de la sécurité de ses enfants, péjoration de ses troubles dysthymiques/asthénie... Incapable d'assurer une activité (suivi ORP puis RMR/social). Ambivalence quant à un retour éventuel au Maroc (où dit se sentir bien, dans sa famille, durant l'été...).

4. Se plaint avant tout de fatigue, de maux de dos, de douleurs abdominales (dyspepsie et constipation), de maux de gorge récurrents, de vertiges...

5. Objectivement, pas de pathologie majeure correspondant aux plaintes. Excès pondéral persistant (exogène). Status de médecine générale en ordre. Reconnaît avec peine une composante psychogène à sa souffrance, sinon depuis l'incendie (quand bien même le tableau était le même avant, simplement plus light...)."

Il estime l'incapacité de travail totale dès le 1^{er} mai 2002 pour une durée indéterminée.

Mandaté par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), le Dr P._____, psychiatre FMH, a effectué une expertise psychiatrique. Il résulte de son rapport établi le 29 octobre 2004, notamment ce qui suit:

"4. DIAGNOSTICS (CIM-10 et DSM-IV)

- Axe I Trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle mineure F33.0 (296.30)
 - Trouble panique avec agoraphobie F40.01 (300.2 1)
 - Trouble obsessionnel-compulsif F42 (300.3)
 - Non-observance du traitement médical Z91.1 (V15.81)
 - Dépendance aux benzodiazépines F 13.2 (304.10)
 - Etat de stress post-traumatique, en rémission partielle F43.1 (309.81)
- Axe II Trouble de la personnalité non-spécifié F60.9 (301.9)
 - Traits abandonniques-limite
 - Traits dépendants
- Axe III Nihil
- Axe IV Décès du cousin, décès de la nièce, divorce, conflit conjugal, isolement affectif, déracinement
- Axe V Evaluation globale du fonctionnement EGF à 60 actuellement.

5. DISCUSSION

Mme J._____ dépose une demande de rente en septembre 2003, motivée par une incapacité de travail totale depuis le 01.05.2002. Le 16.11.2003, le Dr N._____, médecin traitant, retient le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. Les diagnostics d'état dépressivo-anxieux et de personnalité émotionnellement labile sont sans répercussion sur la capacité de travail. Une incapacité de travail totale est attestée dès le 01.05.2002 pour une durée indéterminée.

Selon les dires de l'assurée, la médication psychotrope consiste en EFEXOR ER 75 mg, remplacé par du CITALOPRAM ECOSOL EO 20 mg depuis 15 jours, SERESTA 15 mg et TRUXALETTEN 5 mg 3cp/j. L'expertisée décrit une prise actuellement irrégulière du CITALOPRAM et des TRUXALETTEN. Le taux plasmatique de l'antidépresseur n'ayant pas encore atteint le steady state, un contrôle plasmatique n'a pas été effectué.

L'évaluation sur l'échelle de Hamilton indique un score de 14 points, révélateur d'un état dépressif mineur. Le BDI quant à lui révèle un score de 37 points, indiquant la présence, d'un point de vue subjectif, d'un état dépressif majeur d'intensité sévère. La détresse psychique subjective est ainsi en net décalage avec l'observation clinique et révèle une souffrance subjective importante.

Le questionnaire des attaques de panique spontanées indique la présence de crises de panique régulières depuis plus de trois

semaines au moins, accompagnées de 8 des 12 symptômes proposés. Notre échelle d'agoraphobie révèle un état de panique généralisé à 3 des 23 situations proposées, les autres faisant l'objet d'une anxiété légère à sévère.

Compte tenu des éléments thymiques mis en évidence par l'anamnèse et l'examen clinique, il est possible de retenir l'existence d'un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle mineure, à la limite de l'épisode dépressif majeur d'intensité légère.

Les épisodes réguliers d'anxiété paroxystique accompagnés de comportements d'évitement justifient le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie. Des pensées envahissantes sur le thème d'un incendie, accompagnées d'une anxiété importante et de vérifications répétées, permettent de retenir un trouble obsessionnel-compulsif modéré. Toujours dans le registre anxieux, il est possible de retenir un état de stress post-traumatique, étant donné la persistance de souvenirs répétitifs et envahissants de l'incendie, de cauchemars avec la même thématique, d'évitement des situations rappelant cet événement et d'une anxiété psychique et somatique résiduelle importante.

Une dépendance aux benzodiazépines est également à noter au vu de la médication de l'assurée. Une compliance insuffisante avec le traitement antidépresseur est aussi diagnostiquée.

La perte précoce du père la prédisposant à une instabilité affective dans la vie adulte induit la présence de traits abandonniques. Des traits dépendants sont également dénotés par la relation à l'époux et à la mère. L'importance de ces éléments justifient le diagnostic de trouble de la personnalité non-spécifié.

Les limitations fonctionnelles découlent surtout des douleurs limitant même les activités ménagères, du sentiment de tristesse, de la fatigue, de l'irritabilité avec tension subjective, de l'état d'anxiété avec crises de panique. Le surinvestissement des enfants paraît limiter l'aptitude de l'assurée à se déplacer pour assumer un emploi. Par contre, l'atteinte agoraphobique et les troubles obsessionnels-compulsifs sont faiblement limitatifs.

Le développement de la personnalité est marqué par la perte précoce du père et l'enfance dans un milieu exclusivement féminin, avec un modèle maternel fortement idéalisé, notamment du fait de son dévouement. La place de l'assurée dans la fratrie, avant-dernière de quatre soeurs, a pu favoriser des traits dépendants. Cette enfance décrite comme heureuse a probablement développé de fortes attentes concernant les relations avec les conjoints. Nous voyons l'assurée dans l'incapacité d'entrer en relation affective solide avant l'âge de 30 ans, puis divorcer peu après un mariage précipité. La deuxième relation est donc apparemment très investie, d'où la forte frustration lorsque le mari est absent pour des raisons professionnelles, voire infidèle.

En ce qui concerne les éléments de décompensation, le Dr N. _____ signale un état dépressif dès 1995, sans répercussion sur la capacité de travail, et que l'assurée ne nous a pas relaté. Les difficultés ont pris une ampleur significative à partir de l'incendie de l'appartement en 1999, avec un fort traumatisme, sans doute amplifié par une fragilité sous-jacente. Par la suite se développe une mésentente conjugale en raison des absences du mari, aboutissant à une rupture. C'est probablement dans ce contexte que les symptômes anxieux s'accompagnent progressivement d'un tableau dépressif. L'assurée paraît s'être ensuite fortement investie dans

l'éducation de ses enfants, voire dans la recherche d'un emploi, avec un épuisement croissant. Celui-ci aboutit à l'abandon des activités dans le cadre du chômage. La période récente est par ailleurs marquée par le divorce, le décès de la nièce et du cousin dans un contexte d'isolement affectif, voire de déracinement. A l'heure actuelle, l'expertisée exprime une attente persistante de retrouver une harmonie familiale avec le père des enfants et une grande crainte d'un nouvel échec sentimental.

Le pronostic pourrait être favorable pour la reprise d'une activité adaptée à temps partiel, tenant compte notamment des limitations liées aux dorsalgies et de la difficulté à s'éloigner de l'appartement et des enfants. Les éléments influençant positivement le pronostic sont le maintien de certains intérêts et d'un réseau social, la motivation pour une prise en charge psychothérapeutique ainsi que pour un traitement médicamenteux, la bonne relation avec le médecin traitant suivi depuis des années et l'ouverture à différentes activités professionnelles.

Les éléments influençant négativement le pronostic sont la difficulté à adhérer à un traitement antidépresseur jusqu'à présent, les différents effets secondaires qui lui sont attribués, le fort attachement aux enfants limitant les déplacements, la situation ambiguë sur le plan affectif impliquant également le projet de retour dans la patrie, l'isolement affectif, le manque de formation, l'âge de l'expertisée. Il est probable que ces éléments ne permettent pas une activité dépassant un temps réduit dans un emploi adapté.

6. DEGRE DE LA CAPACITE DE TRAVAIL

Il existe une incapacité de travail totale depuis juin 2002 au moins dont le commencement est toutefois difficile à déterminer. L'incendie de l'appartement a engendré sans doute une incapacité de travail totale, qui paraît s'être résorbée par la suite, puisque nous voyons l'assurée assumer plusieurs activités dans le cadre du chômage. Compte tenu des difficultés mentionnées dans ces emplois, il est probable que la capacité de travail réelle n'a jamais été totale depuis 1999. Elle paraît nulle depuis l'abandon des recherches d'emploi dans le cadre de l'ORP, l'assurée ne s'étant pas trouvée en mesure de nous préciser cette date. L'incapacité de travail totale se maintient actuellement et va probablement persister en l'absence d'un traitement adéquat. Il existe toutefois la possibilité d'un regain d'une capacité de travail dès le début 2005 pouvant atteindre les 50% d'un point de vue médico-théorique sous réserve de l'application des mesures thérapeutiques indiquées.

7. PROPOSITIONS THERAPEUTIQUES

Un traitement de CITALOPRAM a été institué depuis une quinzaine de jours. Il est préconisé de poursuivre cette médication qui devrait être augmentée à 30 ou 40 mg/j., éventuellement associée à un protecteur de la muqueuse gastrique en cas d'inconvénients à ce niveau. Il est recommandé de vérifier la compliance de cette assurée dans le cadre de la prise en charge, car des problèmes sont à craindre sur ce plan avec une expertisée sensible aux effets secondaires.

Par ailleurs, il est recommandé d'encourager une prise en charge psychothérapeutique, l'assurée se montrant plus accessible à un tel suivi que le suggérait le dossier. Des mesures réhabilitatives, telles

qu'un stage d'évaluation ou un placement en entreprise, sont par ailleurs indiquées."

Par décision du 9 septembre 2005, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière dès le 1^{er} juin 2003.

B. Dans le cadre de la révision de la rente, le Dr N. _____ a établi un rapport daté du 31 octobre 2005. Il pose le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de syndrome de stress post-traumatique et sans répercussion sur la capacité de travail d'état dépressivo-anxieux, de personnalité émotionnellement labile et de syndrome de fatigue chronique généralisée. Il mentionne notamment ce qui suit:

"Depuis l'incendie de son immeuble et son divorce en 1999, angoisses persistantes, état dépressif peu mobilisables par des entretiens, fatigue chronique généralisée, somatisations / troubles neurovégétatifs. Elève ses deux garçons jumeaux (nés en 1993). Elle se plaint de façon récurrente de fatigue, de céphalées, de douleurs abdominales, de vertiges, d'acouphènes, revendiquant des examens et une « guérison miracle »... Elle se sent très angoissée en particulier pour ses enfants, sort peu (attitudes d'évitement dans un contexte de phobies sociales sur fond de PTSD).
Patiente légèrement en excès pondéral, mais en bon EG, plaignante, habitus dépressif. TAH normale ou légèrement abaissée, ORL en ordre (confirmé par spécialiste Dr F. _____), cardio-pulm e.o.
CT-scan cérébral (3.5.2002): sans anomalies.
Traitement: Pantozol, Citalopram, Aulin, Lexotanil...
Pronostic: réservé, chronification... "

Il estime l'incapacité de travail totale dès le 1^{er} mai 2002 pour une durée indéterminée.

Une enquête ménagère a été effectuée le 30 mars 2006. Il résulte du rapport établi le 6 avril 2006 que l'assurée est divorcée depuis février 2004, qu'elle a deux enfants à charge et que la situation financière est difficile. L'assurée a déclaré à l'enquêtrice qu'en bonne santé elle travaillerait à 80% comme vendeuse. Elle est au bénéfice de l'aide sociale. Retenant un statut de 80% active et 20% ménagère, l'enquêtrice indique un empêchement de 10.55% pour la part ménagère, soit un degré d'invalidité de 2.11%.

L'OAI a mandaté le Dr L._____, psychiatre FMH, afin qu'il effectue une expertise psychiatrique. Il résulte de son rapport établi le 20 avril 2007 notamment ce qui suit:

"DIAGNOSTICS

- Avec répercussion sur la capacité de travail; depuis quand sont-ils présents?
- Aucun.
- Sans répercussion sur la capacité de travail; depuis quand sont-ils présents?
- Dysthymie (F34. 1); présent depuis début 2006
- Phobies spécifiques (tunnel, avion) (F40.2); présent depuis 1983

APPRÉCIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Nous sommes en présence d'une personne de 53 ans d'origine marocaine dont le développement psycho-affectif a été marqué par le décès en bas âge de cinq frères et soeurs, puis lorsqu'elle avait environ 7 ans, par le décès du père. Madame J._____ dit avoir eu une enfance heureuse, sans problèmes particuliers, grâce à une mère présente et soucieuse du bien-être de ses enfants. L'assurée n'a pas été une enfant battue, abusée sexuellement ni parentifiée (attribution de responsabilités ou de tâches d'adulte à un âge trop précoce). Dans l'expertise du 29 octobre 2004 du Docteur P._____ figure le diagnostic de trouble de la personnalité non spécifié avec la présence de traits abandonniques-limites et de traits dépendants. Anamnestiquement, il n'y a cependant pas la notion de la présence de troubles de l'affectivité, de troubles du contrôle des impulsions et de problèmes interpersonnels présents depuis l'adolescence. En effet, il n'apparaît pas, dans la biographie professionnelle de Madame J._____ des conflits répétitifs, une quérulence, une irresponsabilité ou le fait qu'elle a été licenciée de manière répétitive en raison d'un comportement inadéquat ou de troubles émotionnels. Madame J._____ ne remplit donc pas les critères nécessaires pour la présence d'un trouble de la personnalité, notamment le critère G4 (déviation présente depuis l'adolescence). Les éléments abandonniques et dépendants sont insuffisamment marqués pour que le diagnostic de trouble de la personnalité puisse être porté. En tout état de cause, ces éléments ne sont pas à l'origine d'une diminution de la capacité de travail, comme cela est relevé dans l'expertise précitée. Dans les rapports médicaux AI du 16 novembre 2003 et du 31 octobre 2005 du Docteur N._____ figure le diagnostic de personnalité émotionnellement labile. Ce diagnostic n'est pas étayé par la description de critères, raison pour laquelle nous nous écartons de ces documents.

Dans le contexte d'un incendie qui a pris naissance dans l'appartement de l'assurée et qui s'est étendu au reste de l'immeuble, dans des conditions peu claires, et qui a détruit l'immeuble (1999), Madame J._____ a développé une symptomatologie compatible avec un état de stress post-traumatique. Ce diagnostic figure dans l'expertise du 29 octobre 2004 du Docteur P._____, mais il est spécifié qu'il est en rémission partielle. Actuellement, ce diagnostic ne peut plus être retenu dans la mesure où Madame J._____ ne fait plus de cauchemars en relation avec cet événement. Même si elle évite de regarder des scènes où il y a des flammes lorsqu'elle regarde la télévision, il n'y a

pas de conduites d'évitement, dans le sens où elle se rend dans le même immeuble où elle habitait et où a eu lieu l'incendie, lorsqu'elle rend visite à une amie (critères B. et C. non vérifiés). Cet incendie a été à l'origine de comportements compulsifs (rituels obsessionnels) que le Docteur P._____, dans l'expertise du 29 octobre 2004, a répertoriés sous le diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif. Madame J._____ contrôle actuellement environ à cinq reprises au maximum chaque jour que le gaz est bien fermé, elle retourne à la porte d'entrée à une reprise pour vérifier que la cuisinière est bien éteinte et la serrure de la porte bien fermée, et la nuit elle contrôle à une reprise la fermeture des portes. Il n'y a pas de rituels de lavage, ni de rituels de nettoyage et il n'y a pas de pensées intrusives. Madame J._____ ne fait pas d'efforts pour résister à ces vérifications étant donné qu'elle les trouve justifiées suite à l'événement de l'incendie. De ce fait, le critère 3 de B. n'est pas vérifié et nous n'avons pas retenu pour cette raison le diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif. Les rituels de vérification ne sont pas à l'origine d'une diminution de la capacité de travail per se car leur fréquence est restreinte et ils ne sont pas contraignants.

Dans l'expertise du 29 octobre 2004 du Docteur P._____ figure le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie et il est spécifié que l'atteinte agoraphobique est faiblement limitative. Actuellement, il n'y a pas d'agoraphobie dans la mesure où Madame J._____ peut se déplacer seule pour faire ses courses ou pour aller à la Poste. Par contre, elle présente des phobies spécifiques limitées à l'avion et aux tunnels, qui s'accompagnent de l'apparition d'une sensation de « boule dans la gorge », d'une sensation de bouche sèche, de palpitations et d'une peur de mourir. Il ne s'agit pas d'attaques de panique, dans la mesure où elles sont exclusivement associées à une situation précise et où elles ne surviennent pas subitement (il existe une anticipation anxieuse par rapport aux tunnels et aux avions). Ceci étant, les phobies spécifiques que présente l'assurée ne sont pas incapacitantes dans la mesure où elle n'a pas effectué une activité en lien avec ces situations et où elles sont contrôlées par la prise d'un anxiolytique (bromazéпам; Lexotanil®).

Dans l'expertise psychiatrique du 29 octobre 2004 du Docteur P._____ figure le diagnostic de dépendance aux benzodiazépines. Actuellement, Madame J._____ prend un anxiolytique benzodiazépinique (bromazéпам; Lexotanil®) à des posologies acceptables (1,5 mg par jour; en cas de nécessité 3 à 4,5 mg par jour en plus, de manière non systématique). Il s'agit d'une dépendance faible et non problématique; elle est de surcroît nécessaire pour maîtriser l'anxiété qu'elle présente. Il ne s'agit donc pas de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de ce sédatif, raison pour laquelle nous n'avons pas retenu ce diagnostic (troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques — F13.2). En outre, il n'y a pas de somnolence, de conscience obscurcie ou d'atteinte de la mémoire à court terme occasionnée par la prise de cet anxiolytique; elle n'interfère pas avec la capacité de travail.

Dans l'expertise du 29 octobre 2004 du Docteur P._____ figure le diagnostic de trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle mineur. Cet état dépressif a pris naissance avec les difficultés liées à l'incendie de 1999, par la séparation conjugale vers la fin de la même année, puis par le

divorce, ainsi que les décès de sa nièce et de sa cousine, ainsi que le fait de devoir assumer seule ses deux fils. Un traitement de venlafaxine (Efexor®) a été mis en place par son médecin traitant et a été remplacé à l'automne 2004 par du citalopram, qui a été maintenu jusqu'à ce jour. Madame J. _____ mentionne une légère amélioration avec ce traitement psychotrope à partir du début de 2006 environ. Actuellement, elle présente une réduction de l'activité, des troubles du sommeil parfois, une perte de la confiance en elle, des pleurs, des ruminations sur le passé ainsi qu'une envie diminuée de parler (critères 1, 2, 3, 5, 9 et 11 de C. vérifiés). Elle présente donc une dysthymie selon les critères de la CIM-10. Parmi les éléments potentiellement incapacitants pour l'exercice de l'activité professionnelle (diminution de l'énergie, diminution de la volonté, ralentissement psychomoteur, troubles de la concentration, troubles de la mémoire, perte d'espoir), la réduction de l'activité est due avant tout à la présence de douleurs (dos, jambes). Pour cette raison, elle ne peut effectuer les travaux du quotidien que lentement et parfois elle est obligée de se coucher. La diminution de l'énergie d'origine purement psychique est peu marquée tel que l'atteste l'analyse du déroulement du quotidien (l'assurée se lève avec ses enfants, elle leur prépare le petit-déjeuner ainsi que le goûter, elle effectue les démarches à l'extérieur, le travail administratif, elle fait des rangements, la lessive et la vaisselle, elle surveille que ses enfants fassent leurs devoirs, elle rencontre des amis régulièrement, elle lit et regarde la télévision et part en vacances au Maroc). Il n'y a pas de diminution de la volonté, dans la mesure où Madame J. _____ veut être en bonne santé, qu'elle se force pour être bien et où elle se force à effectuer les tâches du quotidien malgré son état. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. Au cours de l'examen du 16 avril 2007, nous n'avons pas objectivé de troubles de la concentration, dans la mesure où l'assurée a compris et a répondu aux questions qui lui étaient posées sans hésitations ou temps de latence accru. En outre, elle effectue le travail administratif (elle n'éprouve plus le besoin de demander de l'aide à l'assistante sociale), elle lit les journaux et regarde des programmes ciblés à la télévision. Nous n'avons pas non plus objectivé de troubles formels de la mémoire à long terme ou à court terme; même si le recueil anamnestique est parfois difficile en raison d'imprécisions, sur insistance, l'assurée a été à même de restituer les renseignements; les oublis qu'elle mentionne sont cliniquement non significatifs. Enfin, il n'y a pas de perte d'espoir, en ce sens que la capacité de projection dans l'avenir est conservée, que l'assurée estime qu'il est important qu'elle subvienne aux besoins de ses enfants et qu'elle évoque la possibilité d'aller mieux dans le futur. Les autres éléments (troubles du sommeil, pleurs, ruminations, diminution de l'envie de parler) ne sont pas des éléments incapacitants per se.

En résumé, il s'agit d'une personne qui souffre d'une dysthymie depuis le début de 2006, diagnostic dont les éléments constitutifs sont insuffisamment marqués pour être à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. Les phobies spécifiques (tunnels, avion) n'interfèrent pas avec la capacité de travail. La récupération (totale) de la capacité de travail est à dater au plus tard au début de 2006. L'absence de suivi psychiatrique spécialisé et l'impression de la part de l'assurée qu'elle n'en voit pas la nécessité parlent contre la présence d'un état grave.

B. INFLUENCE SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés
 - Sur le plan psychique et mental: aucune.
 - Sur le plan social: aucune."

Dans un avis médical du 13 juin 2007, le Dr R._____, du Service médical régional de l'AI (SMR), se fondant sur l'expertise du Dr L._____, retient une capacité de travail entière dans la profession antérieure dès janvier 2006.

Par projet de décision du 18 avril 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de supprimer la rente.

Le 28 avril 2008, le Dr N._____ a adressé à l'OAI une lettre dont il résulte notamment ce qui suit:

"L'OAI vient de lui signifier la brusque cessation de toute rente, sur la base d'une capacité de travail recouvrée (!?!) en considérant avec le Dr L._____, psychiatre commis en tant qu'expert, une amélioration de sa santé (dans son cas, sa santé psychique). Pour suivre la patiente régulièrement, j'atteste du handicap persistant dans ses activités de la vie quotidienne (AVQ) donc d'une limitation de sa capacité de travail. Le diagnostic de PTSD (syndrome de stress post-traumatique) doit à mon avis toujours être évoqué, ayant conduit au quotidien à un TOC (trouble obsessionnel compulsif): le souvenir de l'incendie de 1999 reste très présent, Mme J._____ redoute maladivement de sortir de chez elle, surtout si ses enfants restent à l'appartement, ou alors au prix de rituels invalidants... L'état dépressif perdure, sans modification avec ou sans traitement thymoléptique (d'ailleurs mal supporté subjectivement), et est à l'origine de plaintes somatoformes (rachis, ceinture scapulaire...) avec un seuil abaissé à la douleur et une fatigue chronique. La limitation de la capacité de travail est à mon avis réelle, entre 50% et 75% aurais-je envie de dire, en tant que non-spécialiste, en 2008 comme en 2005 lors de mon précédent rapport, allant plutôt dans le sens de l'expertise du Dr P._____ à l'époque. Je conçois donc qu'elle fasse recours contre la décision de l'OAI."

Dans un avis médical du 30 juin 2008, le Dr R._____ relève qu'il n'y a pas de fait nouveau depuis l'expertise du Dr L._____ et que le rapport du Dr N._____ constitue une appréciation différente d'une situation identique.

Par décision du 3 juillet 2008, l'OAI a supprimé la rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

C. Par acte du 3 septembre 2008, J._____ a recouru contre cette décision en concluant implicitement à l'octroi d'une rente. Elle allègue que son état de santé ne lui permet pas de travailler et être toujours en traitement.

Le 7 novembre 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Le 12 décembre 2008, la recourante a produit notamment un rapport des Drs P._____ et Y._____ du 9 décembre 2008, dont il résulte notamment ce qui suit:

"Mme J._____ est suivie dans notre cabinet depuis [le] 30 septembre 2008.

Nous avons effectué une expertise psychiatrique à l'attention de l'Office de l'assurance-invalidité le 19.10.2004. Nos diagnostics et conclusions quant à l'incapacité de travail demeurent semblables à ceux d'il y a 4 ans.

La patiente est actuellement sous traitement antidépresseur (Sertraline 50 mg/j) et anxiolytique (Lexotanil 1,5 mg/j) et bénéficie d'une prise en charge psychothérapeutique hebdomadaire.

La patiente n'a pas pu exercer une activité professionnelle depuis mai 2002. Son état actuel justifie une incapacité de travail totale pour des motifs psychiatriques, avec une possibilité théorique de récupération d'une certaine capacité de travail, pouvant atteindre dans le meilleur des cas 50%, en cas d'adhésion aux mesures thérapeutiques proposées et avec la mise sur pied de mesures professionnelles réhabilitatives."

Le 8 janvier 2009, l'OAI a derechef conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à

la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) – entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD) –, qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 60 et 38 al. 4 let. b LPGA), par J._____ contre la décision rendue le 3 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence 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).

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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieuse en l'espèce la suppression, avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision attaquée, de la rente entière octroyée à la recourante par décision du 9 septembre 2005.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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.

Est réputée incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au

moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

D'après 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) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée 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 prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (en cas de recours, le tribunal) se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2).

b) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V

351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert, ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 consid. 6.2; 123 V 175 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4).

5. En l'espèce, une rente entière a été octroyée à la recourante sur la base d'une expertise effectuée le 21 octobre 2004 par le Dr P._____ (rapport du 29 octobre 2004). Cet expert a diagnostiqué notamment un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle mineure, un trouble panique avec agoraphobie, un trouble obsessionnel-compulsif, une dépendance aux benzodiazépines, un état de stress post-traumatique, en rémission partielle et un trouble de la personnalité non-spécifié. Il a indiqué que la perte précoce du père prédisposant la recourante à une instabilité affective dans la vie adulte induisait la présence de traits abandonniques, des traits dépendants étant également dénotés par la relation à l'époux et à la mère et que l'importance de ces éléments justifiaient le diagnostic de trouble de la personnalité non-spécifié. Compte tenu des éléments thymiques, l'expert P._____ a retenu l'existence d'un trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle mineure, à la limite de l'épisode dépressif majeur d'intensité légère. Il a en outre estimé que les épisodes réguliers d'anxiété paroxystique accompagnés de comportements d'évitement justifiaient le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie, des pensées envahissantes sur le thème d'un incendie, accompagnées d'une anxiété importante et de vérifications répétées, permettant de retenir un trouble obsessionnel-compulsif modéré. Etant donné la persistance de souvenirs répétitifs et envahissants de l'incendie, de cauchemars avec la même thématique, d'évitement des situations rappelant cet événement et d'une anxiété psychique et somatique résiduelle importante, il a retenu un état de stress post-traumatique. Il a

noté une dépendance aux benzodiazépines au vu de la médication de l'assurée, de même qu'une compliance insuffisante avec le traitement antidépresseur. Par ailleurs, il a recommandé d'encourager une prise en charge psychothérapeutique, l'assurée se montrant plus accessible à un tel suivi que le suggérait le dossier, des mesures réhabilitatives, telles qu'un stage d'évaluation ou un placement en entreprise étant indiquées. S'agissant de l'incapacité de travail, l'expert P._____ a estimé qu'elle était totale et allait probablement persister en l'absence d'un traitement adéquat, mais qu'il existait toutefois la possibilité d'un regain d'une capacité de travail dès le début 2005 pouvant atteindre les 50% d'un point de vue médico-théorique sous réserve de l'application des mesures thérapeutiques indiquées.

L'expert L._____ retient les diagnostics de dysthymie présente depuis début 2006 et de phobies spécifiques (tunnel, avion) présentes depuis 1983, ces diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Il ne retient plus le diagnostic de trouble dépressif majeur. Il explique que la recourante mentionne une légère amélioration. Il a constaté qu'au moment de l'expertise, la recourante présentait une dysthymie. Il relève que la diminution de l'énergie d'origine purement psychique est peu marquée tel que l'atteste l'analyse du déroulement du quotidien de la recourante, qu'il n'a pas constaté de diminution de la volonté. Il n'a pas objectivé de troubles de la concentration, ni de troubles formels de la mémoire à long terme ou à court terme, ni de perte d'espoir. Il conclut que la dysthymie, présente depuis le début de 2006, ne comporte pas d'éléments constitutifs suffisamment marqués pour être à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. L'expert ne retient pas le diagnostic de trouble de la personnalité non spécifié avec la présence de traits abandonniques-limites et de traits dépendants dès lors qu'anamnestiquement, il n'y a pas la notion de la présence de troubles de l'affectivité, de troubles du contrôle des impulsions et de problèmes interpersonnels présents depuis l'adolescence et que les éléments abandonniques et dépendants sont insuffisamment marqués pour que le diagnostic de trouble de la personnalité puisse être porté. Il relève en outre que le Dr N._____ pose le diagnostic de personnalité

émotionnellement labile, mais que ce diagnostic n'étant pas étayé par la description de critères, il ne le retient pas. L'expert ne retient plus le diagnostic d'état de stress post-traumatique, dans la mesure où la recourante ne fait plus de cauchemars en relation avec l'incendie de son appartement et que même si elle évite de regarder des scènes où il y a des flammes lorsqu'elle regarde la télévision, il n'y a pas de conduites d'évitement, dans le sens où elle se rend dans le même immeuble où elle habitait et où a eu lieu l'incendie, lorsqu'elle rend visite à une amie. L'expert ajoute que cet incendie a été à l'origine de comportements compulsifs (rituels obsessionnels). Il observe que la recourante contrôle actuellement environ à cinq reprises au maximum chaque jour que le gaz est bien fermé, retourne à la porte d'entrée à une reprise pour vérifier que la cuisinière est bien éteinte et la serrure de la porte bien fermée, et que la nuit elle contrôle à une reprise la fermeture des portes, mais qu'il n'y a pas de rituels de lavage, ni de rituels de nettoyage, ni de pensées intrusives et que la recourante ne fait pas d'efforts pour résister à ces vérifications étant donné qu'elle les trouve justifiées suite à l'événement de l'incendie. Il ne retient dès lors plus le diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif, les rituels de vérification actuels n'étant pas à l'origine d'une diminution de la capacité de travail per se car leur fréquence est restreinte et qu'ils ne sont pas contraignants. Il expose en outre qu'actuellement, il n'y a pas d'agoraphobie dans la mesure où la recourante peut se déplacer seule pour faire ses courses ou pour aller à la poste, mais qu'elle présente des phobies spécifiques limitées à l'avion et aux tunnels, et qu'il ne s'agit pas d'attaques de panique, dans la mesure où elles sont exclusivement associées à une situation précise et où elles ne surviennent pas subitement. De plus, selon l'expert, ces phobies ne sont pas incapacitantes dans la mesure où la recourante n'a pas effectué une activité en lien avec ces situations et où elles sont contrôlées par la prise d'un anxiolytique. Enfin, l'expert ne retient plus le diagnostic de dépendance aux benzodiazépines dès lors que la recourante prend un anxiolytique benzodiazépinique à des posologies acceptables et qu'il s'agit d'une dépendance faible et non problématique, de surcroît nécessaire pour maîtriser l'anxiété qu'elle présente. En outre, il n'y a pas de somnolence, de conscience obscurcie ou d'atteinte de la mémoire à court

terme occasionnée par la prise de cet anxiolytique; elle n'interfère pas avec la capacité de travail.

L'expert démontre ainsi de façon circonstanciée que l'état de santé de la recourante s'est amélioré, les troubles psychiques résiduels constatés lors de l'expertise n'entraînant pas d'incapacité de travail. Les rapports des Drs N._____ et P._____ ne sauraient mettre les conclusions de l'expert en doute. En effet, ces deux praticiens se limitent à affirmer que l'état de santé de la recourante ne s'est pas amélioré sans autres explications. Insuffisamment documentés, leurs avis ne sauraient être suivis.

En conséquence, il y a lieu de retenir une capacité de travail entière sur le plan psychique.

En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

6. Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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 1'000 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 250 fr. et être mis 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, au demeurant non assistée, n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision attaquée est confirmée.

- III.** Il n'est pas alloué de dépens.

- IV.** Les frais du présent arrêt, par 250 fr. (deux cent cinquante francs), sont mis à la charge de la recourante.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Mme 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 :