

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 1<sup>er</sup> octobre 2012

---

Présidence de     Mme     BRÉLAZ BRAILLARD  
Juges     :     Mmes     Pasche et Dessaux  
Greffier     :     M. Germond

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Alain Dubuis,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6 ss, 17 al. 1 et 61 let. c LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI; 88a al. 1  
RAI**

**E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le 27 août 1970, ressortissante du [...] titulaire d'un permis C, mariée et mère de famille, a déposé une demande de prestations AI en date du 22 novembre 1999.

A l'occasion de l'instruction du dossier de l'assurée, dans un rapport d'examen du Service médical régional (SMR) de l'AI du 17 juin 2002, le Dr J. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) entraînant pour limitations fonctionnelles des troubles majeurs de la concentration ainsi qu'un apragmatisme. Ce médecin a retenu une incapacité de travail totale à compter de mars 1999 en précisant qu'aucune amélioration significative de la situation n'était à attendre de la mise en œuvre de mesures médicales supplémentaires ou d'un reclassement professionnel.

Par projet d'acceptation de rente du 19 juin 2002, intégralement confirmé selon décision du 30 septembre 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2000. Il a considéré à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit dès le 1<sup>er</sup> mars 2000, que l'incapacité de travail et de gain était totale.

**B.** Au terme d'une première révision de rente datant d'août 2005, le Dr A. \_\_\_\_\_ du SMR, dans une fiche d'examen du dossier N°4 établie le 21 mars 2006, a constaté un état de santé stationnaire de l'assurée avec une "très modeste" évolution des troubles présents depuis 1999, indiquant un pronostic réservé. Retenant le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, ce médecin relevait que l'assurée n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle, la mise en œuvre de mesures professionnelles n'étant en outre pas indiquée.

Par communication du 14 août 2006, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'après examen, son degré d'invalidité n'avait pas changé de telle sorte qu'elle continuait à bénéficier d'une rente entière d'invalidité.

**C.** Une seconde révision de rente a été initiée en août 2009 par l'OAI. Dans un rapport médical du 10 novembre 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques en 2001, en rémission, de syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire avec minime discopathie et arthrose en L5-S1 et d'hématurie macroscopique d'origine indéterminée en 2006. Sur le plan somatique, il précisait que sa patiente ne présentait aucune limitation fonctionnelle. Il notait, sur le plan psychiatrique, une évolution favorable avec amendement des symptômes de la lignée dépressive et disparition des symptômes psychotiques, relevant que l'assurée présentait toujours une résistance au stress diminuée avec des difficultés de concentration et d'attention ainsi qu'une labilité émotionnelle. Il constatait ainsi que si la situation psychiatrique s'était très nettement améliorée, il lui était difficile de juger des répercussions sur sa capacité de travail de sorte qu'une évaluation psychiatrique s'imposait.

Dans un rapport médical du 29 novembre 2010 adressé à l'OAI, le Dr E.\_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès du centre d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) Orif d' [...], a observé ce qui suit concernant l'état de santé de l'assurée:

"Cette assurée bénéficie d'une rente entière de l'AI depuis 2000, actuellement en cours de révision. Vous l'adressez au COPAI en observation. Nous l'avons vue en pré examen le 23.11.2010, un maître d'atelier et moi-même, dans deux entretiens distincts. Lors de ces deux entretiens, Mme M.\_\_\_\_\_ est inaccessible à l'anamnèse et aux explications. Après quelques minutes, elle fond en larmes et commence la description de l'état de santé déficient, à cause de la guerre, de ses neveux (les fils de son frère) restés au [...]. Entre deux crises de larmes, elle répète cette histoire en boucle et y revient malgré nos questions sur d'autres sujets. Lors de l'entretien avec le maître d'atelier, elle lui fait aussi allusion à des idées suicidaires. Elle se sent agressive, irritable. Ces pleurs se déclenchent de façon totalement inattendue, hors contexte et contrastent avec une attitude décidée pour les déplacements, les

changements de positions, sa façon de prendre place (ou plutôt de prendre possession) de sa chaise avant même d'y avoir été invitée.

L'observation et le diagnostic sort de nos compétences, mais nous nous demandons s'il ne s'agit pas d'une décompensation de la symptomatologie psychotique déjà décrite antérieurement.

Sur le plan de l'observation professionnelle, nous sommes évidemment prêts à tenter malgré une collaboration de l'assurée à l'évidence déficiente au départ. Nous pensons cependant qu'un nouveau bilan psychiatrique serait utile avec éventuellement réévaluation du traitement et de l'indication à l'observation professionnelle. [...]"

Suivant la position des Drs V. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ exprimée au terme d'un avis SMR du 4 janvier 2011, l'OAI a confié un mandat d'expertise psychiatrique au Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à [...]. A la suite d'un examen clinique du 28 mars 2011 et d'une étude du dossier qui lui a été transmis par l'OAI, le Dr R. \_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise psychiatrique du 17 mai 2011, s'est notamment exprimé comme il suit sur le cas de l'assurée:

#### "4. Diagnostics

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?  
-----

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

- Statut après épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques en 2001, actuellement en rémission.
- Syndrome lombo-vertébral récurrent, sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires avec minime discopathie et arthrose facettaire postérieure L5-S1.
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).
- Personnalité frustrée (F60.8).

#### 5. Appréciation du cas et pronostic.

L'assurée est arrivée en Suisse avec son mari pour travailler en 1998, puis elle a vécu la guerre au [...] à distance mais tout en étant informée des souffrances endurées par sa famille, notamment sa mère qui aurait été blessée grièvement. Dans ce contexte, l'assurée a développé un épisode dépressif important qui l'a amenée à consulter les services ambulatoires psychiatriques de [...]; puis de la Fondation de [...] où sur la base de tests psychologiques, le diagnostic de personnalité psychotique a été posé.

Il me semble important de pondérer ce diagnostic car il faut tenir compte du facteur socioculturel de l'assurée et que les tests psychologiques sont conçus pour des personnes présentant la même culture et niveau intellectuel que la moyenne européenne.

Dans tous les cas, les symptômes psychotiques ne sont pas clairement décrits dans les divers documents médicaux que vous m'avez transmis et je n'ai pas pu les objectiver lors de l'entretien.

Par contre, les symptômes dépressifs ont bien régressé, il ne reste qu'une tristesse fluctuante et des angoisses et surtout une tendance à la somatisation. En effet, l'assurée souffre de douleurs lomboscolaires et bien que le diagnostic de fibromyalgie n'ait pas été posé par le médecin de l'assurée, nous pouvons dire que par le comportement de l'assurée et l'évolution des douleurs nous sommes en présence d'un trouble somatoforme. Rappelons que selon la CIM-10, les caractéristiques essentielles de ces troubles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigations médicales persistantes en dépit de bilans négatifs répétés et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes physiques n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Même quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose habituellement à toute hypothèse supposant l'indication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La recherche d'une cause, physique ou psychologique, permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le patient comme pour le médecin.

Concernant les critères de gravité de Mayer-Blaser, nous constatons qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique. Probablement qu'il y a une cristallisation psychique étant donné la personnalité frustrée de l'assurée et ses mécanismes d'introspection restreints. Il s'agit d'une maladie chronique. L'assurée n'est pas suivie par un psychiatre ou par un psychologue depuis des années et selon le dosage plasmatique, elle ne prend pas les médicaments psychotropes à la dose prescrite. Il n'y a pas d'isolement social.

L'assurée semble maintenant plus régressive que déprimée avec des bénéfices secondaires non négligeables, toute la famille est autour d'elle et elle est ancrée dans un système de victimisation qui rendra difficile la mobilisation de l'assurée, étant donné le peu de ressources psychologiques dont elle dispose, pour qu'elle puisse travailler.

Malgré l'expérience difficile qu'elle a vécue pendant la guerre du [...] où se trouvait toute sa famille, nous ne pouvons parler d'un état de stress post-traumatique. Rappelons que selon la CIM-10, dans ce diagnostic, il faut que la personne ait l'impression de mourir face à l'événement traumatique, alors que l'assurée a vécu la mort de ses compatriotes et la souffrance de sa famille par l'intermédiaire de la télévision donc sans être présente. Certainement que cela a favorisé le développement des angoisses et du trouble somatoforme chez l'assurée, d'autant plus qu'elle a peu de ressources psychologiques.

Sur le plan médico-théorique et du point de vue psychiatrique, l'assurée pourrait travailler dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles physiques décrites par son médecin, mais

étant donné la position de victimisation de l'assurée et le peu de ressources dont elle dispose, je doute fortement qu'elle puisse travailler.

Le pronostic est défavorable.

B. Influences sur la capacité de travail.

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés.

Du point de vue physique, éviter le port de charges de plus de 20 Kg, éviter la position en porte-à-faux, favoriser les changements de positions fréquents.

Du point de vue psychique, si elle ne travaille pas, il n'y a pas de limitations. Mais dès le moment qu'elle sera confrontée aux situations vécues comme stressantes, l'assurée risque fortement de décompenser d'une manière dépressive.

Du point de vue social, aucune limitation.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici.

Comme dit précédemment, du point de vue médico-théorique et étant donné la disparition des symptômes de l'épisode dépressif de 2001 qui avaient amené l'OAI-VD à lui octroyer une rente entière, l'assurée pourrait travailler. Rappelons que l'assurée n'est pas suivie par un psychiatre ni un psychologue et qu'elle ne prend vraisemblablement pas les médicaments psychotropes. Nous ne savons pas si sa compliance était bonne dans le passé.

Du point de vue psychiatrique, étant donné les tendances régressives de l'assurée, son rôle de victime, le peu de ressources psychologiques dont elle dispose et le risque de décompensation dépressive si elle est soumise à des situations de stress, je doute fortement qu'elle puisse reprendre une activité professionnelle.

[...]

C. Influences sur la réadaptation professionnelle.

1. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables?

En tenant compte de ce qui précède, les chances qu'une réadaptation aboutisse sont minimales étant donné l'attitude de victime de l'assurée. [...]"

Suivant les constatations et conclusions du rapport d'expertise psychiatrique précité, dans un avis médical SMR du 21 juin 2011, le Dr V. \_\_\_\_\_ a retenu l'absence de diagnostic invalidant et a considéré que l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail entière à compter de la rémission de l'épisode dépressif intervenue en novembre 2009, date du rapport médical du médecin traitant.

Par projet de décision du 28 juin 2011, l'OAI a décidé la suppression de la rente d'invalidité. Ses constatations reprenaient les observations de l'expert psychiatre, le Dr R.\_\_\_\_\_. Le 13 juillet 2011, l'assurée a fait part à l'OAI de ses observations à l'encontre du projet de décision précité en soulignant que son état de santé n'avait pas évolué dans le sens d'une amélioration de telle sorte qu'il lui était toujours impossible de travailler. Par décision du 28 septembre 2011, reprenant l'intégralité de son projet de décision, l'OAI a supprimé le droit à la rente au 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision de suppression.

**D.** Le 14 octobre 2011, M.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée en concluant implicitement à son annulation. Elle produit deux rapports médicaux, à savoir;

- Un rapport du 26 septembre 2011 de la Dresse G.\_\_\_\_\_, anesthésiste au centre de la douleur de la Clinique X.\_\_\_\_\_, dont il ressort le diagnostic de lombalgies chroniques multifactorielles justifiant une poursuite du traitement prodigué (péridurale L5-S1 avec prise de médicaments), le prochain contrôle étant prévu dans un laps de temps de quatre à six semaines.

- Un certificat médical du 1<sup>er</sup> novembre 2011 de son médecin traitant (le Dr F.\_\_\_\_\_) qui atteste une capacité de travail de l'intéressée ne dépassant pas 30%.

La recourante soutient que l'OAI n'a pas pris en considération ses problèmes de dos; elle évoque également à ce titre un rapport médical du Dr I.\_\_\_\_\_ de la Clinique S.\_\_\_\_\_ faisant suite à une consultation du 31 août 2011.

Dans sa réponse du 5 janvier 2012, l'Office intimé rappelle que la décision querellée repose sur l'expertise du Dr R.\_\_\_\_\_. Il reconnaît cependant que l'appréciation de l'expert quant à la reprise d'une activité

est contradictoire et qu'il convient d'éclaircir ce point auprès de lui. A défaut d'obtenir les renseignements nécessaires, l'intimé précise ne pas s'opposer à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire.

Par réplique du 19 avril 2012, la recourante, désormais représentée par Me Alain Dubuis, conseil d'office, précise les conclusions de son recours en ce sens que la décision litigieuse est annulée, une invalidité à 100% lui étant reconnue avec le droit à une rente correspondant dès le 1<sup>er</sup> novembre 2011. Elle avance qu'il ressort du rapport d'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ - lequel est au demeurant corroboré par le rapport médical du 10 novembre 2009 du médecin traitant - que son état de santé psychiatrique ne lui permet pas d'envisager la reprise d'une quelconque activité professionnelle. Elle est d'avis qu'une telle reprise n'est pas exigible de sa part, motif pris que cela conduirait avec certitude à une décompensation. Elle relève qu'en réalité le rapport d'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ est clair lorsqu'il mentionne une atteinte à sa santé psychique ne permettant pas d'exiger d'elle la reprise d'une activité, élément confirmé par son médecin traitant qui indique dans son certificat du 1<sup>er</sup> novembre 2011 que sa capacité de travail ne dépasse pas 30%.

En annexe à sa duplique du 6 juin 2012, l'OAI produit un avis médical SMR du 29 mai 2012 des Drs V. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ auquel il se rallie. Les médecins du SMR sont d'avis qu'il importe de demander au Dr R. \_\_\_\_\_ des explications sur la contradiction ressortant de son rapport d'expertise ou de mettre en oeuvre une expertise bidisciplinaire pour répondre à ces interrogations.

**E.** Par décision du 12 janvier 2012, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à M. \_\_\_\_\_ avec effet au 21 décembre 2011. Me Alain Dubuis a été désigné comme conseil d'office et la recourante a obtenu l'assistance judiciaire dans la mesure de l'assistance de ce conseil.

**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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, 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 et 58 LPGA, 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 2008 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Interjeté en temps utile et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sur son droit éventuel à bénéficier d'une rente entière pour la période postérieure au 31 octobre 2011. Il s'agit d'examiner si au terme de la seconde révision entreprise en août 2009, l'office intimé était fondé à supprimer le versement de la rente entière précédemment servie à l'assurée. Il y a en d'autres termes matière à déterminer si sa situation médicale a subi une modification notable susceptible d'influencer son taux d'invalidité et, par conséquent, son droit aux prestations.

**a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et

art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA in fine).

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 (art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 [5<sup>e</sup> révision de l'AI, RO 2007 p. 5129 ss]).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2; TF I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble

des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

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; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a).

**c)** Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Cette disposition est également applicable lorsque le

droit à la rente a été fixé, à l'issue d'une procédure de recours, par un jugement entré en force.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b et 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000, p. 314, 1996, p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5, 125 V 368 consid. 2 et la référence; cf TF 9C\_198/2011 du 11 novembre 2011, consid. 4.2).

Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

**d)** Selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit

aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

**3.** En l'espèce, il importe d'examiner sur la base des renseignements médicaux recueillis par l'administration si l'état de santé de l'assurée s'est amélioré depuis la première décision de l'OAI prononcée le 30 septembre 2002, au point de justifier la suppression de la rente d'invalidité.

**a)** D'un point de vue psychiatrique, force est de constater que les renseignements découlant des rapports médicaux sont peu clairs. En effet, si en novembre 2009, le Dr F. \_\_\_\_\_ évoque depuis 2001 un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques, actuellement en rémission, le Dr E. \_\_\_\_\_, en novembre 2010, suggère l'établissement d'un bilan psychiatrique dans la mesure où il pose l'hypothèse d'une décompensation de la symptomatologie psychotique décrite antérieurement.

Le rapport d'expertise du 17 mai 2011 du Dr R. \_\_\_\_\_ mandaté par l'OAI ne permet pas de trancher la question. L'expert ne retient en effet aucun diagnostic invalidant admettant que sur le plan médico-théorique et du point de vue psychiatrique, l'assurée pourrait travailler dans une activité adaptée à ses limitations physiques tout en concédant que sa position de victime et le peu de ressources dont elle dispose le fait douter de ses possibilités de travail et lui fait poser un pronostic défavorable (cf. p. 16 du rapport d'expertise psychiatrique du 17 mai 2011 du Dr R. \_\_\_\_\_). S'agissant des influences de son état de santé sur sa capacité de travail, le Dr R. \_\_\_\_\_ indique ce qui suit:

"[...] Du point de vue psychiatrique, étant donné les tendances régressives de l'assurée, son rôle de victime, le peu de ressources psychologiques dont elle dispose et le risque de décompensation dépressive si elle est soumise à des situations de stress, je doute fortement qu'elle puisse reprendre une activité professionnelle.[...]"

Il apparaît ainsi que le rapport d'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ n'est pas exempt de contradictions. Il ne saurait dès lors se voir reconnaître la force probante nécessaire en assurances sociales pour emporter la conviction. L'office intimé a lui-même observé que l'appréciation du Dr R. \_\_\_\_\_ selon laquelle l'assurée ne peut pas travailler, malgré l'absence d'atteinte psychiatrique comporte une contradiction et a admis le manque de clarté de l'expertise.

Dès lors d'un point de vue psychiatrique, le rapport d'expertise ne permet pas à la cour de céans d'admettre une notable amélioration de l'état de santé de la recourante depuis la décision du 30 septembre 2002 ni ne permet de conforter les positions exprimées par les Drs F. \_\_\_\_\_ ou E. \_\_\_\_\_.

**b)** Sur le plan somatique, dans son rapport médical du 10 novembre 2009, le Dr F. \_\_\_\_\_ pose les diagnostics de syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et d'une hématurie macroscopique indéterminée depuis 2006. Il considère que sa patiente ne présente aucune limitation fonctionnelle sur le plan somatique.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique, le Dr R. \_\_\_\_\_ mentionne en page 16, une activité adaptée sur le plan médico-théorique et du point de vue psychiatrique qui tient compte des limitations fonctionnelles physiques décrites par le médecin traitant de la recourante. En lien avec les influences sur la capacité de travail, il relève ainsi du point de vue physique les restrictions suivantes: éviter le port de charges de plus de 20 kg, éviter la position en porte-à-faux et favoriser les changements de position fréquents. On ne saurait attribuer de valeur probante à ces constatations d'ordre somatique, étant précisé d'une part que le Dr R. \_\_\_\_\_, psychiatre, ne dispose pas des compétences pour pouvoir se prononcer en cette matière et que d'autre part, le mandat qui lui avait été confié par l'office intimé se limitait à la réalisation d'une expertise psychiatrique.

Outre le fait que le rapport d'expertise du 17 mai 2011 établi par un psychiatre soulève objectivement de sérieux doutes quant au bien fondé de ses conclusions sous l'angle somatique, le dossier ne comporte par ailleurs aucune instruction relative à cet aspect, alors que l'état de santé somatique de l'assurée paraît s'être aggravé. Ainsi dans un rapport médical du 26 septembre 2011, certes postérieur à la décision, la Dresse G.\_\_\_\_\_ indique que la recourante est affectée de lombalgies chroniques multifactorielles traitées par antalgie interventionnelle de type péridurale avec prise de médicaments. Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> novembre 2011, le Dr F.\_\_\_\_\_ atteste une capacité de travail ne dépassant pas 30%, sans que l'on en sache d'avantage sur les motivations médicales justifiant pareil constat. Considérant que dans son rapport du 10 novembre 2009, le Dr F.\_\_\_\_\_ avait notamment diagnostiqué un syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire n'entraînant pas de limitations fonctionnelles, il n'est dès lors pas exclu que des empêchements nouveaux soient apparus entre-temps de nature à expliquer la diminution de l'évaluation de la capacité de travail attestée en novembre 2011. A l'aune de ces considérations, un complément d'instruction portant sur les affections somatiques de la recourante apparaît nécessaire.

**c)** On retient en définitive que les conclusions du rapport d'expertise psychiatrique mis en œuvre par l'office intimé à l'occasion de la seconde révision ne sont pas claires et requièrent des éclaircissements. L'intimé admet d'ailleurs que tel est effectivement bien le cas puisqu'il suggère lui-même de réinterroger le Dr R.\_\_\_\_\_ afin qu'il s'explique sur les contradictions ressortant de son rapport ou qu'à défaut, soit ordonnée une expertise bidisciplinaire visant également à instruire l'aspect somatique du dossier, à savoir les problèmes de dos rencontrés par la recourante.

**d)** En l'espèce, comme l'a admis l'OAI, il n'est pas possible de se prononcer sur l'évolution de l'état de santé de la recourante postérieurement à la première révision d'office de son droit aux

prestations. Partant, la documentation médicale sur laquelle l'OAI s'est fondé pour rendre sa décision n'était, à cet égard, pas complète.

Aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal cantonal des assurances établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige. Le Tribunal fédéral a récemment indiqué dans sa jurisprudence qu'un renvoi à l'administration était en principe possible lorsqu'il s'agissait de trancher une question qui n'avait jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agissait d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'occurrence un renvoi du dossier de la cause à l'intimé se justifie d'une part en raison du fait que l'aspect somatique de l'état de santé de l'assurée n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucune investigation et que d'autre part, le rapport d'expertise psychiatrique mis en œuvre par l'OAI requiert d'obtenir des éclaircissements. A cet égard, la mise sur pieds d'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique et rhumatologique), conformément à l'article 44 LPGA, apparaît comme la solution la plus adéquate.

**4. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision du 28 septembre 2011 annulée en tant qu'elle met fin au droit à une rente après le 31 octobre 2011, et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise pluridisciplinaire conforme à l'article 44 LPGA, puis nouvelle décision.

**b)** 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. Selon la pratique récente de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également

pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat.

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs et mis à la charge de l'intimé.

**c)** La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 1'800 francs TVA comprise. Vu l'octroi de cette indemnité qui couvre entièrement le montant dû au titre de l'assistance judiciaire, et fixée au vu de l'importance de la cause, de l'ampleur de ses difficultés et du temps consacré au travail par le conseil de la recourante, il n'y a pas lieu de fixer le montant des honoraires au titre de l'assistance judiciaire.

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 28 septembre 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée en tant qu'elle met fin au droit de la recourante M. \_\_\_\_\_ à une rente après le 31 octobre 2011, et l'affaire renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
  
- III.** Les frais judiciaires, 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.** Une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs), à verser à M. \_\_\_\_\_ à titre de dépens est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Alain Dubuis (pour M. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :