

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 novembre 2012

---

Présidence de       Mme     DESSAUX  
Juges     :       MM. Neu et Bonard, assesseur  
Greffier     :       M. Addor

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Laurent Maire,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 17 LPGA; 4 al. 1 LAI; 88a al. 1 RAI**

**E n f a i t :**

**A.** R.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1969, a déposé le 15 janvier 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). Sans formation professionnelle, elle a exercé le métier de serveuse en dernier lieu à la Brasserie B.\_\_\_\_\_ à H.\_\_\_\_\_. En arrêt de travail à 100% depuis le 27 avril 2006 ensuite d'une dissection carotidienne spontanée interne droite, elle n'a pas repris son activité et s'est inscrite au chômage en janvier 2007.

**B.** Le Centre K.\_\_\_\_\_, à [...], a été mandaté par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'Office AI) en vue d'une expertise pluridisciplinaire, réalisée par les Drs N.\_\_\_\_\_, rhumatologue, Z.\_\_\_\_\_, neurologue, et P.\_\_\_\_\_, psychiatre.

Le rapport a été déposé le 30 septembre 2008 et ses auteurs ont posé les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail:

- Lombo-sciatalgies gauches non déficitaires sur protrusion discale L5-S1 médiane et paramédiane bilatérale à prédominance gauche (présentes depuis plusieurs années).
- Céphalées mixtes tensionnelles et vaso-motrices présentes surtout depuis 2006.

Quant aux diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils consistaient en:

- Troubles statiques du rachis modérés.
- Hypercholestérolémie anamnestique.
- Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) depuis 1995.
- Trouble panique (F40.1) depuis janvier 2008.
- Somatisation (F45.0), de début indéterminé.

Dans les conclusions de leur rapport (réponses aux questions), les experts ont exposé en substance ce qui suit à propos de l'influence des troubles sur l'activité exercée jusque là: sur les plans neurologique et somatique, les lombo-sciatalgies entraînent une perte de capacité de travail de 50 % dans l'activité de serveuse à plein temps et les céphalées une perte de rendement ou de capacité de travail de 25 %; sur le plan psychique, la capacité résiduelle de travail est de 75 %, étant précisé qu'il n'y a pas de ralentissement psychomoteur manifeste. Une incapacité de travail de 50 % sur le plan psychique est notée pour la période du 1<sup>er</sup> mai 2006 au 31 décembre 2007. Les experts ont retenu que d'autres activités étaient exigibles, avec une réduction de la capacité de travail de 25 % en raison des céphalées (activité légère ne nécessitant pas le port de charges de 15 kg ou plus et autorisant des changements relativement fréquents de position). Il est finalement indiqué que la capacité de travail globale de l'assurée sur le plan somatique est donc de 75 % dans une activité respectant les limitations fonctionnelles.

La conclusion du chapitre « synthèse et discussion » de l'expertise quant aux atteintes sur le plan psychique est la suivante:

"Globalement, l'assurée doit pouvoir reprendre une activité professionnelle dès à présent à raison de 8 heures par jour, sans diminution manifeste de rendement. Le tableau clinique n'est pas sévère. La crainte de mourir ne représente pas une limitation fonctionnelle, au contraire, l'exercice d'une activité professionnelle ne pourrait que les atténuer. Le trouble de l'humeur ne représente plus une cause d'incapacité de travail. L'assurée a besoin d'être remise en confiance, elle a une structure de la personnalité assez anxieuse, un peu hésitante et elle craint probablement de ne pas pouvoir exercer son activité comme auparavant. La sévérité des affections psychiatriques ne permet pas d'expliquer les troubles cognitifs ni l'état de fatigue.

On peut considérer que suite à ces troubles neurologiques, l'assurée a présenté un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée versus un épisode dépressif, les deux diagnostics étant mentionnés par deux intervenants différents à l'automne 2007. Il ne s'agit pas d'affection sévère, toutefois on peut considérer que cela a limité la capacité de travail d'au moins 50% en raison d'une plus importante tristesse dans une activité de serveuse de mai 2006 à décembre 2007."

Dans un rapport médical du 18 novembre 2008, le Service médical régional de l'AI (SMR) a repris sans autre les conclusions de l'expertise du Centre K.\_\_\_\_\_ et conclu qu'une réadaptation professionnelle était possible « depuis la rémission de la réaction dépressive prolongée, c'est-à-dire dès début 2008 ». Aussi l'Office AI a-t-il mis en place une mesure d'orientation professionnelle (communication du 9 décembre 2008).

Le médecin traitant de l'assurée (Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne) a signalé le 29 janvier 2009 par téléphone à l'Office AI que l'état de sa patiente s'était aggravé. L'Office AI a demandé un rapport médical au psychiatre traitant, le Dr M.\_\_\_\_\_, à H.\_\_\_\_\_. Ce rapport, du 11 mars 2009, mentionne le récent décès du père de l'assurée, au Portugal; cet événement a provoqué une « réaction par rechute dépressive », avec un « pronostic réservé à long terme ». En répondant au questionnaire, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'activité actuelle n'était plus exigible, que le rendement était totalement réduit et qu'il ne savait pas si l'on pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail.

Le SMR a rédigé le 6 mai 2009 un avis médical, exposant en se référant exclusivement au rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ que l'état psychique de l'assurée s'était aggravé début 2009, avec une rechute dépressive et concluant que la situation n'était pas stabilisée et qu'il convenait de réinterroger le psychiatre en juin 2009.

Le 10 juin 2009, le Dr M.\_\_\_\_\_ a répondu à un nouveau questionnaire. A propos de l'évolution actuelle, il a indiqué: « Fait encore des crises de panique et céphalées; va un peu mieux sur le plan de l'humeur ». Il a précisé que la médication restait inchangée (il avait rajouté toutefois du Tranxilium en cas de nécessité). Il a estimé la capacité de travail exigible à un jour par semaine dans un environnement sans bruit ni trop de lumière artificielle, le stress influençant les céphalées. Il a conclu son bref rapport en mentionnant que le pronostic était réservé à long terme.

Le SMR a été invité à donner un nouvel avis médical. Cet avis, du 28 juillet 2009, ajoute ce qui suit, après avoir résumé l'expertise du Centre K. \_\_\_\_\_:

"En février 2009, l'assurée perd son père; cet événement est à l'origine d'une rechute dépressive sévère et de l'accentuation de son trouble panique; selon le psychiatre traitant réinterrogé début juin 2009, l'humeur s'est légèrement améliorée, mais les crises de panique persistent et la capacité de travail est encore nulle, avec un pronostic réservé. Aggravation depuis février 2009. Capacité de travail nulle dans toute activité depuis février 2009. Les limitations fonctionnelles sont mentionnées dans le rapport SMR de novembre 2008. Une révision est proposée à 6 mois".

**C.** Le 31 juillet 2009, l'Office AI a communiqué à l'assurée un préavis (« projet d'acceptation de rente ») définissant ainsi le droit aux prestations:

"Du 11.03.2007 au 31.03.2008 (après trois mois d'amélioration), le droit à une demi-rente est reconnu, puis dès le 01.06.2009, à un quart de rente et à partir du 01.09.2009 (après trois mois d'aggravation) à une rente entière."

L'argumentation développée par l'Office AI était pour l'essentiel la suivante:

"Depuis le 11.03.2006 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

Sur la base des éléments contenus au dossier, vous avez travaillé de février 2005 à décembre 2006, en qualité de serveuse à plein temps, auprès de la Brasserie-restaurant B. \_\_\_\_\_ à H. \_\_\_\_\_. Par la suite, vous vous êtes inscrite au chômage de janvier 2007 à décembre 2008. Depuis lors, vous êtes à l'aide sociale.

En complément aux renseignements médicaux en notre possession, une expertise pluridisciplinaire a eu lieu les 2 et 3 juillet 2008 au Centre K. \_\_\_\_\_, à [...]. Il ressort des constatations médicales que la capacité de travail dans l'activité habituelle est dans un premier temps totale, puis de 50 % à partir du 01.09.2006. Par contre, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telles que: éviter une position statique prolongée, des mouvements en rotation-flexion et en porte-à-faux, éviter les activités physiquement lourdes; pas de port de charges régulier limité à 15 kg; diminution du rendement de 25 % par les céphalées, vous conservez une capacité de travail de 75 % depuis janvier 2008.

A cet effet, vous avez eu un entretien avec la conseillère en réinsertion professionnelle en vue d'examiner la mise en place de

mesures d'ordre professionnel. Vous avez déclaré une péjoration de votre état de santé et qu'il ne vous est pas pensable en raison de votre santé de reprendre une quelconque activité.

Au vu de ces déclarations, nous avons réinterrogé vos médecins puis l'ensemble des renseignements médicaux ont été soumis au Service médical régional AI. Il ressort qu'en raison d'une aggravation de votre état de santé, la capacité de travail est à partir de février 2009 nulle dans toute activité lucrative quelle qu'elle soit.

Au vu de ce qui précède, nous avons procédé au calcul du préjudice économique pour la période où l'exigibilité de la capacité de travail est de 75 %, comme suit:

[...]

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 75 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 39'104.65 par année.

[...]

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 10% sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 35'194.18. Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu d'invalidé ci-dessus doit être comparé au revenu sans atteinte à la santé, soit CHF 55'900.00/an, selon questionnaire employeur du 29.01.2008.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité	CHF 55'900.00
avec invalidité	<u>CHF 35'194.20</u>
La perte de gain s'élève à	CHF 20'705.80

= un degré d'invalidité de 37.04 %

Par la suite, vous présentez depuis février 2009 une aggravation de votre état de santé au plan psychique justifiant une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative.

Selon l'art. 29 bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 29 al. 1 LAI celle qui a précédé le premier octroi.

Le niveau de la nouvelle rente à allouer est déterminé en fonction de l'incapacité de travail moyenne pendant le délai d'attente précédemment écoulé et de l'incapacité de gain subsistant après la reprise de l'invalidité."

L'assurée n'a pas présenté d'objections après la communication du préavis du 31 juillet 2009. L'Office AI a rendu le 21

décembre 2009 une décision formelle d'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009, avec la précision qu'une décision complémentaire, pour les périodes du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 31 mars 2008 et du 1<sup>er</sup> juin 2009 au 30 novembre 2009, serait communiquée ultérieurement.

**D.** La décision du 21 décembre 2009 a fait l'objet d'un recours déposé le 29 janvier 2010 par la Caisse de pension F.\_\_\_\_\_, assureur en prévoyance professionnelle de R.\_\_\_\_\_.

Dans le cadre de la procédure de recours, la Caisse de pension F.\_\_\_\_\_ a produit un rapport d'expertise du 23 septembre 2009 rédigé à sa demande par le Dr S.\_\_\_\_\_, psychiatre à X.\_\_\_\_\_ (rapport rédigé en allemand). Le Dr S.\_\_\_\_\_ a examiné l'assurée le 17 septembre 2009; il s'est en outre fondé sur les pièces du dossier médical de l'Al. Sur le plan psychique, il a retenu le diagnostic d'état dépressif récidivant, actuellement en rémission. Il a conclu son appréciation (« Beurteilung ») en exposant qu'à la date de l'examen, l'assurée ne présentait pas un état dépressif, contrairement à ce qui était attesté dans les deux rapports du Dr M.\_\_\_\_\_ (des 11 mars et 10 juin précédents). Elle avait manifestement bien surmonté la mort de son père et les médicaments anti-dépresseurs avaient stabilisé son état de santé. Du point de vue de l'expert, elle pourrait travailler à plein temps dans son ancienne profession ou dans des domaines analogues, sans diminution de rendement.

L'Office Al a réagi par la production d'un avis médical du SMR du 18 mars 2010 (signé par le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint), qui a la teneur suivante:

"En février 2009, à la suite du décès de son père, l'état dépressif de l'assurée s'aggrave et justifie une incapacité de travail totale, ce que le SMR valide en juillet 2009, tout en proposant une révision à 6 mois. En effet, la rechute dépressive est réactionnelle au deuil. L'expérience médicale nous montre qu'un épisode dépressif réactionnel se résout dans la grande majorité des cas en six à douze mois.

Fin septembre 2009, le Dr S. \_\_\_\_\_, expert-psychiatre mandaté par l'assureur perte de gain de l'assurée, constate que l'épisode dépressif est en rémission.

Cette chronologie est parfaitement logique et cohérente avec la pathologie.

Contrairement à ce que prétend l'acte de recours, le Dr S. \_\_\_\_\_ n'affirme pas qu'il n'y a aucune incapacité de travail dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008, mais il estime que le trouble dépressif attesté par les médecins traitants n'a pas été de longue durée et qu'un tel trouble justifie rarement une incapacité de travail de longue durée. En effet, l'incapacité pour état dépressif a duré de février 2009 à septembre 2009, soit huit mois, ce qui n'aurait pas justifié l'octroi d'une rente (incapacité inférieure à une année) s'il n'y avait pas eu déjà un droit ouvert en raison des atteintes somatiques. Dès lors, l'atteinte psychiatrique a constitué une aggravation de l'état de santé et c'est après trois mois que les prestations ont été ajustées à la nouvelle situation.

Depuis fin septembre, il n'y a plus d'affection psychiatrique influençant la capacité de travail.

Les seuls facteurs limitant étant somatiques, l'exigibilité est celle définie par les experts du COMAI. La rente peut être révisée sur cette base."

**E.** Le recours a été rejeté par arrêt du 3 janvier 2011 au motif qu'à la date de la décision attaquée, soit le 21 décembre 2009, la question d'une amélioration de l'état psychique de l'assurée en septembre 2009 ne se posait pas, puisque il ne s'était pas écoulé trois mois à partir du mois de septembre 2009 (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

**F.** Comme annoncé dans sa décision antérieure, l'Office AI a rendu le 22 mars 2010 une décision formelle pour les périodes antérieures au 1<sup>er</sup> décembre 2009, octroyant une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2007 au 31 mars 2008, un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2009 au 31 août 2009 ainsi qu'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2009 au 30 novembre 2009. Il a refusé tout droit à une rente du 1<sup>er</sup> avril 2008 au 31 mai 2009.

Cette décision, fondée sur les mêmes documents médicaux que celle du 21 décembre 2009, n'a pas fait l'objet de recours.

**G.** Le 23 mars 2010, l'Office AI a engagé une procédure de révision.

En date du 12 avril 2010, il a communiqué à R. \_\_\_\_\_ un projet de décision de suppression de la rente d'invalidité, retenant particulièrement ceci:

"Par décision du 22.03.2010, une demi-rente, puis un quart de rente et une rente entière à partir du 01.09.2009 vous a été reconnue.

Il ressort des renseignements médicaux contenus au dossier que l'incapacité de travail pour l'état dépressif a duré de février à septembre 2009, soit une durée de huit mois. Par contre, les atteintes somatiques demeurent présentes conformément à l'expertise pluridisciplinaire du Centre K. \_\_\_\_\_ réalisée en juillet 2008 et celles-ci mettent en évidence une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes: éviter les activités physiquement lourdes; pas de port de charges régulier limité à 15 kg, diminution du rendement de 25 % par les céphalées.

Au vu de ce qui précède, vous ne présentez plus d'affection psychiatrique influençant la capacité de travail; seuls les facteurs limitant étant somatiques (ci-dessus).

Le calcul du préjudice économique dans une activité adaptée se présente comme suit:

[...]

En l'occurrence, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2006, CHF 4'019.00 par mois, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2006, TA1; niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), ce montant doit être porté à CHF 4'189.81 (CHF 4'019.00 x 41,7: 40), ce qui donne un salaire annuel de CHF 50'277.69.

Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires nominaux de 2006 à 2008 (+ 1.60 % + 2.07 %; La Vie économique, 10-2006, p. 91, tableau B 10.2), on obtient un revenu annuel de CHF 52'139.53 (année d'ouverture du droit à la rente, ATF 128 V 174 consid. 4a).

Attendu qu'on peut raisonnablement exiger de vous que vous exerciez une activité légère de substitution à 75 %, le salaire hypothétique est dès lors de CHF 39'104.65 par année.

Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, à

savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité / catégorie de permis de séjour et le taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25 % (ATF 126 V 80 consid. 5b/cc).

Compte tenu des limitations fonctionnelles citées plus haut, un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé est justifié.

Le revenu annuel d'invalidé s'élève ainsi à CHF 35'194.18.

Afin de déterminer le préjudice économique, le revenu d'invalidé ci-dessus doit être comparé au revenu de serveuse sans atteinte à la santé, soit CHF 55'900.- (questionnaire employeur du 29.01.2008).

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible:

sans invalidité CHF 55'900.00

avec invalidité CHF 35'194.10

La perte de gain s'élève à CHF 20'705.80

= un degré d'invalidité de 37.04%."

Constatant que le degré d'invalidité était ainsi inférieur à 40 %, l'Office AI a annoncé à l'assurée la suppression de sa rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision formelle.

Par courrier du 27 mai 2010, l'assurée a fait valoir que la reprise d'une activité professionnelle n'apparaissait actuellement pas compatible avec son état de santé. Elle s'est prévaluée de plusieurs rapports médicaux antérieurs au projet de décision diagnostiquant notamment un trouble dépressif récurrent résistant aux différents traitements anti-dépresseurs instaurés (rapports des Drs T.\_\_\_\_\_, neurologue, du 19 février 2008, V.\_\_\_\_\_, psychiatre, du 11 août 2008, M.\_\_\_\_\_, du 11 mars 2009, J.\_\_\_\_\_, rhumatologue, du 23 février 2010 et Q.\_\_\_\_\_, du 5 mars 2010). L'assurée a également produit un courrier du 17 mai 2010 envoyé à l'Office AI par son psychiatre traitant, le Dr M.\_\_\_\_\_. Ce praticien exprimait son incompréhension quant à l'argument de l'Office AI selon lequel il n'existait pas d'affection psychiatrique influençant la capacité de travail. Il mentionnait encore

l'hospitalisation de l'assurée avec son accord à l'Hôpital psychiatrique G. \_\_\_\_\_ en date du 13 avril 2010 et renvoyait à se référer à différents rapports annexés, soit ceux du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 5 mars 2010 et du Dr T. \_\_\_\_\_ du 4 mai 2010, au rapport d'hospitalisation du 12 mai 2010 (non produit) ainsi qu'à une évaluation ergothérapeutique du même jour. Se basant sur les rapports médicaux concordants attestant de son état dépressif récurrent et de l'influence de cet état sur sa capacité de travail, l'assurée concluait qu'elle était toujours en incapacité de travail.

Le rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ consécutif à une dernière consultation du 15 février 2010 rappelait que depuis le 27 avril 2006, l'assurée n'avait jamais pu reprendre une activité professionnelle en raison d'hémicrânies droites voire de céphalées diffuses permanentes, de troubles de l'attention, d'intolérance au bruit, et d'un important état dépressif avec un repli social. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ estimait que l'état de santé pouvait être amélioré par des mesures médicales, soit la prise en charge de l'état dépressif et la poursuite de la psychothérapie ainsi que de la physiothérapie. Il pronostiquait un état stationnaire et estimait que malgré les multiples avis spécialisés et traitements entrepris jusqu'alors, sa patiente était encore loin d'une reprise quelconque d'une activité professionnelle.

Quant au rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 4 mai 2010, il mentionnait ceci:

"Cette patiente connue pour des céphalées péri-menstruelles, se plaint depuis une dissection de l'artère carotide interne droite en avril 2006, d'une céphalée frontale droite continue parfois très intense, non pulsatile, rarement accompagnée de nausée ou de rougeur de l'oeil droit. La symptomatologie s'accompagne d'un état dépressif. La patiente a fait un abus d'AINS et elle a été hospitalisée dans le Service de Neurologie de l'Hôpital L. \_\_\_\_\_ du 16 au 20 octobre 2007. L'examen Doppler de contrôle a montré des turbulences marquées à la bifurcation de la carotide interne droite mais pas de sténose significative. Un traitement d'Indocid a d'abord amélioré les douleurs mais cet effet ne s'est pas confirmé par la suite. Le Saroten Retard et le Triptyzol ont été mal tolérés. La patiente a eu aussi un traitement de Cymbalta et de la vitamine B2 a été prescrite. La patiente n'a pas voulu avoir des infiltrations cervicales."

L'ergothérapeute A.A.\_\_\_\_\_ donnait pour sa part l'avis suivant:

"Je pense qu'il est trop tôt pour parler d'une reprise de travail pour Mme R.\_\_\_\_\_. Ses céphalées et son humeur fluctuante entraînent des difficultés majeures dans la réalisation de ses activités. La poursuite de son traitement actuel me semble plus adéquate afin d'aider Mme R.\_\_\_\_\_ à retrouver une estime de soi et un sentiment personnel plus haut. Il permet également d'entraîner ses capacités cognitives globales en vue d'une reprise de travail minimum (10 ou 20%) dans un cadre protégé."

Invité par l'Office AI à se prononcer sur la base des rapports précités, le Dr D.\_\_\_\_\_, du SMR, a observé que la récente hospitalisation de l'assurée en milieu psychiatrique constituait un fait nouveau rendant plausible une aggravation de son état psychique, qu'en revanche, sur le plan somatique, aucun fait nouveau n'était attesté, ni rendu plausible. Il sollicitait à titre d'instruction complémentaire la production par le Dr M.\_\_\_\_\_ d'un rapport AI complet et d'une copie du rapport d'hospitalisation du 12 mai 2010.

Se référant pour l'essentiel à ses écrits antérieurs, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 9 juillet 2010 à l'intention de l'Office AI qu'il recevait l'assurée une fois par semaine à sa consultation, qu'il lui prescrivait un antidépresseur, soit 2 x 60 mg de Cymbalta par jour, et que l'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail de sa patiente.

Simultanément, le Dr M.\_\_\_\_\_ a produit le rapport d'hospitalisation psychiatrique de l'Hôpital psychiatrique G.\_\_\_\_\_ du 12 mai 2010, établi par les Drs W.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ dont la teneur est pour l'essentiel la suivante:

"Vous nous avez adressé la patiente susnommée le 13.04.2010 en admission volontaire. Elle est sortie le 21.04.2010 pour aller à domicile, adressée à vous-même pour suite de traitement. Il s'agit de la 2<sup>ème</sup> hospitalisation dans notre établissement.

Motif d'hospitalisation: mise à l'abri d'idées suicidaires.

Diagnostic (CIM-10): trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31).

[...]

Eléments anamnestiques:

Nous ne reviendrons pas sur les antécédents de cette patiente bien connue de votre consultation et qui avait fait un suivi psychiatrique à notre consultation ambulatoire du 15.10.2007 au 24.08.2008. Elle est connue pour un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, et un trouble panique avec agoraphobie.

Rappelons que du point de vue somatique, Mme R. \_\_\_\_\_ souffre de lombalgies chroniques et de céphalées type migraineux. Rappelons également que Mme R. \_\_\_\_\_ est d'origine portugaise, habite avec son ami d'origine kosovare depuis 12 ans. Elle est bénéficiaire d'une rente AI à 100 % depuis le début de l'année 2010.

Actuellement le couple de Mme R. \_\_\_\_\_ est en crise et elle désire rompre cette relation. Elle a demandé une hospitalisation pour prendre du recul. La patiente a récemment rencontré un homme au Portugal et craint des représailles de la part de son ami kosovar. Dans ce contexte, Mme R. \_\_\_\_\_ décrit une exacerbation anxieuse, des difficultés d'endormissement, une diminution de l'appétit, une difficulté croissante à gérer son quotidien. Vous appuyez alors sa demande d'hospitalisation.

Mme R. \_\_\_\_\_ a présenté dans le passé, une consommation régulière d'alcool qu'elle déclare avoir arrêtée depuis janvier 2010 (moment de son départ au Portugal).

Dans les antécédents psychiatriques familiaux, Mme R. \_\_\_\_\_ déclare avoir un père et une soeur souffrant également d'un trouble de la personnalité.

Examen clinique:

Mme R. \_\_\_\_\_ est une femme qui paraît son âge, à l'hygiène et à la tenue vestimentaire correctes. Elle est vigile, orientée et collaborante. Son humeur est neutre cependant elle évoque avoir parfois des angoisses. Son discours est digressif par moment mais demeure cohérent. Elle verbalise garder l'espoir grâce à sa nouvelle relation sentimentale. Elle ne verbalise pas d'idées suicidaires scénarisées mais exprime une « fatigue de la vie ». Elle décrit également une aboulie, une anhédonie, des troubles du sommeil et de l'appétit. Elle présente des troubles de la concentration. Elle ne présente pas de signes florides de la lignée psychotique.

[...]

Evolution et discussion:

Mme R. \_\_\_\_\_ est hospitalisée sur un mode volontaire pour mise à l'abri d'idées suicidaires dans un contexte de conflit de couple.

Nous reconduisons le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. On note la présence d'un effondrement thymique ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif constitué. Au cours des entretiens, la patiente revient très souvent sur sa situation sentimentale avec ambiguïté, ambivalence et idéalisation de son nouvel ami; il a été observé une réactivité émotionnelle, une tendance au clivage et à l'idéalisation ainsi qu'un trouble de gestion de la distance.

Sur le plan médicamenteux, nous avons reconduit son traitement habituel.

Lors de l'entretien de bilan du 20.04.2010, il a été constaté une évolution favorable avec disparition des idées suicidaires. Mme R. \_\_\_\_\_ nous a fait part à ce moment-là de la résolution du conflit avec son ami kosovar. Dans ce contexte, nous décidons d'un commun accord de la fin de l'hospitalisation. Mme R. \_\_\_\_\_ quitte notre établissement le 21.04.2010."

Invité à se déterminer sur ces deux derniers rapports, le SMR, sous la signature du Dr D. \_\_\_\_\_, a produit le 9 septembre 2010 l'avis suivant:

"Le rapport du Dr M. \_\_\_\_\_ du 09.07.2010 ne fait état d'aucun fait nouveau et se réfère entièrement aux rapports précédents.

Le rapport des psychiatres de l'Hôpital psychiatrique G. \_\_\_\_\_ (Drs W. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_) du 12.05.2010 mentionne une hospitalisation de huit jours en mode volontaire pour mise à l'abri d'idées suicidaires dans le cadre d'un conflit conjugal. Les auteurs rapportent un « effondrement thymique ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif constitué. »

En conclusion, il n'y a aucune aggravation durable de l'état de santé psychique de l'assurée. Les conclusions de l'avis médical du 18.03.2010 restent valables."

Par décision du 11 novembre 2010, l'Office AI a prononcé la suppression de la rente d'invalidité, confirmant le projet de décision. Dans sa lettre de motivation du 3 novembre 2010 au conseil de l'assurée, l'Office AI constatait sur la base des renseignements médicaux en sa possession, l'absence de péjoration de l'état de santé de l'assurée sur le plan somatique. Sur le plan psychiatrique, il relevait plus particulièrement l'hospitalisation de huit jours en mode volontaire de l'assurée pour mise à l'abri d'idées suicidaires dans le cadre d'un conflit conjugal et la constatation des médecins psychiatres traitants « d'un effondrement thymique ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif constitué

» et en concluait qu'il n'existait aucune aggravation durable de l'état de santé psychique.

Cette décision a été déposée auprès d'un office postal le 15 novembre 2010 et affranchie en courrier B.

**H.** Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée, au bénéfice de l'assistance judiciaire, a interjeté recours contre cette décision par acte déposé le 13 décembre 2010. Elle a conclu à l'admission du recours ainsi que principalement, à la réforme de la décision de l'Office AI dans le sens d'un maintien de la rente entière d'invalidité et subsidiairement, à l'annulation de cette décision ainsi qu'à son renvoi à l'Office AI pour une nouvelle décision dans le sens des considérants.

La recourante relève une péjoration de son état de santé, notamment psychique, qui l'a conduite à une double tentative de suicide en avril 2010, précisément au moment de la notification du projet de décision par l'Office AI. La double tentative de suicide a rendu nécessaire l'hospitalisation psychiatrique sans que celle-ci n'améliore l'état de santé psychique de l'assurée comme escompté. Se prévalant des différents rapports médicaux déjà cités dans ses déterminations sur le projet de décision, l'assurée a mis en exergue la concordance de ceux-ci quant à son trouble dépressif. Elle a fait état d'un nouveau courrier du Dr M.\_\_\_\_\_ à l'Office AI du 6 décembre 2010 dans lequel ce praticien indiquait avoir toujours pensé et écrit à travers tous ses rapports que sa patiente était dans l'incapacité totale de travailler, ceci sur le plan psychiatrique uniquement, pour troubles dépressifs récurrents et troubles de panique avec agoraphobie, assortis des troubles de la personnalité de type émotionnellement labile, type borderline diagnostiqués par l'Hôpital psychiatrique G.\_\_\_\_\_. Elle a également cité l'avis du Dr Q.\_\_\_\_\_ du 3 décembre 2010 qui l'avait reçue à sa consultation le 20 novembre 2010 et avait constaté d'un point de vue clinique que sa patiente était fortement déprimée. Selon ce praticien, « la symptomatologie dépressive restait l'élément central pour une reconnaissance de validité ». De l'avis de la recourante, l'origine de ses graves troubles dépressifs ne saurait se limiter

au décès de son père ou encore à un conflit de couple et leur durée serait longue, contrairement aux avis exprimés par les Dr D.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_. Ils étaient selon elle davantage le reflet d'un ensemble de circonstances et d'une fatigue générale de la vie. Sa situation allait en se désagréant, ce qui avait pour effet d'aggraver ses troubles dépressifs. Non seulement sa capacité de gain ne s'était pas améliorée mais encore l'on ne constatait pas d'amélioration qui se serait maintenue durant une assez longue période sans interruption notable et sans crainte d'une complication prochaine. Critiquant l'appréciation par l'Office AI des rapports médicaux, elle a requis la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire à titre de mesure d'instruction. Elle a par ailleurs relevé le caractère incomplet des limitations fonctionnelles retenues dans la décision attaquée et en a tiré l'argument d'une insuffisance de motivation justifiant son annulation.

Dans sa réponse du 7 février 2011, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée, objectant l'absence d'aggravation de l'état psychique de l'intéressée et produisant un nouvel avis médical du SMR du 28 janvier 2011 signé du Dr D.\_\_\_\_\_. Ce praticien relevait que les rapports médicaux produits par l'assurée à l'appui de son recours n'apportaient aucun élément nouveau et que l'attestation par le Dr M.\_\_\_\_\_ d'une incapacité de travail pour des troubles dépressifs récurrents entraînait en contradiction avec celle des médecins de l'Hôpital psychiatrique G.\_\_\_\_\_ dans leur rapport du 12 mai 2010 notant « la présence d'un effondrement thymique ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif constitué », ceci alors que l'assurée était à cette époque en phase aiguë. Il rappelait que le trouble panique avait été considéré dans le cadre de l'expertise du Centre K.\_\_\_\_\_ comme sans répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Il observait encore que le courrier du Dr M.\_\_\_\_\_ du 6 décembre 2010 faisait état de trois consultations de la recourante entre sa sortie de l'hôpital le 21 avril 2010 et le 6 décembre 2010 et qu'une prise en charge psychiatrique aussi espacée était incompatible avec une pathologie grave et totalement incapacitante. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'Office AI renvoyait à la fiche de détail du calcul du salaire exigible du 9

décembre 2008 pour démontrer qu'il avait tenu compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles.

A l'appui de ses déterminations du 4 mai 2011 confirmant ses réquisitions de mesures d'instruction et ses conclusions, la recourante a notamment produit un certificat médical du service de psychiatrie de l'Hôpital L.\_\_\_\_\_ établi le 31 mars 2011 par les Drs C.\_\_\_\_\_, chef de clinique, et E.\_\_\_\_\_, médecin assistante, attestant de cinq consultations de l'assurée entre les 10 février 2011 et 18 mars 2011 pour un trouble psychiatrique nécessitant une prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique au long cours. Elle a été orientée à cet effet auprès du Centre de psychothérapie B.B.\_\_\_\_\_ à H.\_\_\_\_\_ et prise en charge par la Dresse I.\_\_\_\_\_, psychiatre. Ce médecin a appuyé l'hospitalisation de l'assurée en mode volontaire à l'Hôpital psychiatrique G.\_\_\_\_\_ le 30 mars 2011. Selon rapport médical de cet établissement du 3 mai 2011 signé des Drs O.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique et C.C.\_\_\_\_\_, médecin assistante, et produit par la recourante, le diagnostic de dépendance à l'alcool devait s'ajouter à ceux de trouble dépressif récurrent et trouble panique avec agoraphobie. La recourante présentait depuis plusieurs mois, et de façon plus marquée depuis trois mois, un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques se caractérisant par une humeur triste, un manque de plaisir, un manque de motivation, des troubles de la concentration, des troubles du sommeil, des ruminations et des idées suicidaires scénarisées. Les facteurs déclenchants ou aggravants de la crise actuelle étaient principalement l'inquiétude déclenchée par la suppression de la rente d'invalidité et récemment, un conflit familial ainsi qu'une rupture sentimentale. La capacité de travail était nulle, une amélioration de l'état psychique difficilement prévisible mais compte tenu de l'évolution défavorable depuis plus de quatre ans et de la réponse insatisfaisante au traitement médicamenteux, le pronostic était très réservé quant à une récupération de la capacité de travail. Enfin, la recourante produisait un rapport médical du service des urgences psychiatriques du centre hospitalier de Lisbonne attestant d'une « perturbation dépressive majeure » à la date du 19 décembre 2010.

Dans son écriture du 30 mai 2011, l'Office AI a confirmé sa décision et produit à l'appui de ses déterminations un nouvel avis médical du SMR du 25 mai 2011 établi par le Dr D.\_\_\_\_\_, lequel constatait notamment que si une aggravation de l'état psychiatrique de l'assurée était plausible, celle-ci était postérieure à la décision attaquée et devait faire l'objet d'une instruction médicale dans le cadre d'une nouvelle demande.

En date du 21 juin 2011, la recourante a pris position sur les déterminations de l'Office AI en observant que l'atteinte psychiatrique était grave, pleinement incapacitante et remontait à plusieurs années. Elle a notamment produit un rapport d'examen neuropsychologique effectué le 1<sup>er</sup> juin 2011 au sein du service de psychiatrie générale de l'Hôpital L.\_\_\_\_\_. Selon son auteure, la psychologue U.\_\_\_\_\_, cet examen était globalement superposable aux premiers examens effectués les 3 septembre et 19 octobre 2007, lesquels retenaient des troubles attentionnels et mnésiques probablement aggravés significativement par un état dépressif.

Par courriers du 16 décembre 2011 et du 17 janvier 2012, le recourante a encore produit différents documents médicaux, notamment:

- le résultat d'une IRM lombosacrée pratiquée le 28 juillet 2011;

- un courrier du 13 janvier 2012 de la Dresse Y.\_\_\_\_\_, rhumatologue auprès du service de génétique médicale de l'Hôpital L.\_\_\_\_\_, au Dr J.\_\_\_\_\_ excluant un syndrome d'Ehlers Danlos évoqué précédemment par ce médecin et mentionnant, tout en réservant son aptitude à en juger, que les différents symptômes présentés par l'assurée (probable rhumatisme inflammatoire chronique, troubles psychiatriques et antécédent de dissection vasculaire) semblaient significativement diminuer sa capacité de travail et influencer négativement sur son état général;

- un certificat du 12 janvier 2012 de la Dresse I.\_\_\_\_\_, médecin psychiatre traitant de l'assurée depuis le 24 mai 2011, attestant chez sa patiente d'une dépression sévère associée à un tableau symptomatique important avec suivi psychiatrique hebdomadaire et traitement médicamenteux conséquent.

Dans le cadre de ses observations du 19 mars 2012, l'Office AI a déposé deux nouveaux avis du SMR, tous deux signés du Dr D.\_\_\_\_\_, datés respectivement des 7 et 12 mars 2012, constatant en substance que les documents médicaux produits par la recourante étaient postérieurs de plusieurs mois à la décision attaquée, qu'ils ne remettaient pas en cause le bien-fondé de la décision de l'Office AI et notamment que la dépression sévère attestée par la Dresse I.\_\_\_\_\_ était survenue six mois après cette décision.

### **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 LPA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi 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 la suppression du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision attaquée, en l'occurrence avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2011. Il s'agit plus particulièrement d'examiner si au terme de la procédure de révision diligentée dès le 23 mars 2010, l'Office AI était fondé à supprimer la rente entière précédemment servie à l'assurée. Il y a en d'autres termes matière à déterminer si la situation médicale de la recourante 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 al. 1 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; Pratique VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/cc; TFA I 554/01 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 343 consid. 3.5; 126 V 75 consid. 1b et 113 V 273 consid. 1a; Pratique VSI 6/2000, p. 314, 3/1996, p. 188 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 371 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.

Avec la règle énoncée à l'art. 88a RAI, la possibilité subsiste, voire s'est accrue de réduire ou de supprimer la rente pour cause d'amélioration passagère de la capacité de travail. Cette disposition est aussi applicable en cas d'affection évoluant par poussées, si l'amélioration de la capacité de travail a duré trois mois, sans interruption notable. Lorsque l'invalidité a diminué dans une mesure suffisante pour influencer le droit à la rente, celui-ci doit être supprimé ou réduit avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable; en revanche, on attendra trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un

jugement immédiat (cf. TFA I 581/02 du 21 octobre 2003 consid. 2.4 et les références).

**3.** En l'espèce, la question de savoir si un changement s'est produit doit être examinée sur la base des faits tels qu'ils ressortaient de la décision rendue par l'Office AI le 21 décembre 2009 dans la mesure où celle-ci portait sur la dernière période d'octroi de prestations, savoir une pleine rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009 alors que la décision du 22 mars 2010 concernait les périodes antérieures. En conséquence, il convient d'apprécier en fonction des renseignements médicaux au dossier si l'état de santé de l'assurée s'est amélioré ou non depuis le 21 décembre 2009, cas échéant dans quelle mesure. Pour mémoire, cette décision, plus précisément le projet d'acceptation de rente du 31 juillet 2009, retenait une capacité de travail de 75 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que relevées dans l'expertise pluridisciplinaire du Centre K. \_\_\_\_\_ mais constatait une incapacité de travail totale ensuite d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée dès février 2009 consécutive au décès de son père.

Préliminairement, il sera précisé que seule l'évolution de l'état de santé psychique de l'assurée est litigieuse, celle-ci ne faisant pas la démonstration d'une péjoration de son état de santé somatique.

**a)** Il n'est pas contesté que la recourante souffre d'un trouble dépressif récurrent. Selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes 10<sup>ème</sup> révision (CIM-10), le trouble dépressif récurrent (F33) est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (F32), en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie). Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur. S'agissant de l'épisode dépressif (F32), la CIM-10 mentionne que dans les épisodes typiques de

chacun des trois degrés de dépression, soit léger, moyen ou sévère, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Ainsi le trouble dépressif récurrent peut-il être assimilé à une affection évoluant par poussées au sens du considérant 2d ci-dessus.

**b)** L'Office AI s'est fondé en l'espèce sur le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ du 23 septembre 2009 pour retenir que l'incapacité de travail en raison de l'état dépressif avait duré de février 2009 à septembre 2009 et a rappelé que de l'avis des Drs W. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ exprimé dans leur rapport du 12 mai 2010, l'effondrement thymique constaté chez l'assurée lors de son hospitalisation du 13 au 21 avril 2010 ne remplissait pas les conditions d'un épisode dépressif constitué.

**c)** Cela étant, il convient de déterminer s'il ressort des différents documents médicaux produits par la recourante une permanence de son incapacité totale de travail découlant de son état de santé psychique, étant rappelé qu'en matière d'assurances sociales, les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; 117 V 261 consid. 3b et les références). Il sera également rappelé que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b et la référence).

Les rapports des Drs T. \_\_\_\_\_ du 19 février 2008 et V. \_\_\_\_\_ du 11 août 2008 seront préliminairement écartés dans la mesure où ils sont antérieurs à la période litigieuse. Dans son rapport subséquent du 4 mai 2010, le Dr T. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur l'ampleur de l'état

dépressif, ni sur les conséquences de cet état sur la capacité de travail de sa patiente. Quant à l'avis de l'ergothérapeute A.A. \_\_\_\_\_ du 12 mai 2010, il n'est que peu circonstancié et n'a pas valeur d'un rapport médical.

Dans leurs rapports du 5 mars 2010 et du 9 juillet 2010, les Drs Q. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, médecin généraliste et psychiatre traitants de l'assurée, font état le premier d'un important état dépressif avec un repli social et le second, par renvoi à ses rapports antérieurs, d'un trouble dépressif récurrent. Ils constatent tous deux une incapacité de travail. Cependant, ni l'un, ni l'autre ne motivent ce constat, plus particulièrement ne font la démonstration de la persistance de l'épisode sévère commencé en février 2009 ou de la survenance d'un nouvel épisode sévère ainsi que de son influence sur la capacité de travail de leur patiente commune. Leur appréciation s'oppose à celle des Drs W. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ constatant à l'occasion de l'hospitalisation de la recourante du 13 au 21 avril 2010 que les conditions d'un épisode dépressif constitué n'étaient pas réalisées. Ce dernier constat émane de deux médecins psychiatres qui ont eu l'opportunité d'observer l'état de l'assurée pendant plusieurs jours consécutifs en milieu hospitalier et ce dans une phase aiguë. En de telles circonstances, ils n'auraient pas manqué de déceler un épisode sévère du trouble dépressif s'il avait existé. A cela s'ajoute qu'en raison de l'absence de relation thérapeutique continue avec la recourante, leur avis doit l'emporter sur celui des médecins traitants. Enfin, on relèvera une contradiction d'une certaine importance émanant des rapports du Dr M. \_\_\_\_\_ des 9 juillet 2010 et 6 décembre 2010 en ce sens que dans le premier, ce médecin mentionne une consultation hebdomadaire et dans le second trois consultations entre le 20 avril 2010, date de la fin de l'hospitalisation en milieu psychiatrique de la recourante, et le 6 décembre 2010. Si l'information contenue dans le second rapport devait se révéler exacte, on ne peut que se rallier à l'avis médical du Dr D. \_\_\_\_\_ du SMR exposant que des consultations aussi espacées ne sont pas compatibles avec une symptomatologie grave et totalement incapacitante.

A l'instar du rapport des Drs W. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ du 12 mai 2010, le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ contient des conclusions correctement

documentées. L'anamnèse est exhaustive et l'appréciation de l'état de santé psychique suffisamment explicite.

En conséquence, il ne peut qu'être retenu que depuis fin septembre 2009 et jusqu'à la date de la décision litigieuse, soit jusqu'au 11 novembre 2010, le trouble dépressif récurrent n'influaient plus sur la capacité de travail.

**e)** Il ressort certes des certificats des Drs C.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ du 31 mars 2011 et de la Dresse I.\_\_\_\_\_ du 12 janvier 2012 de même que du rapport des Dresses O.\_\_\_\_\_ et C.C.\_\_\_\_\_ du 3 mai 2011 que l'état de santé psychique de la recourante s'est péjoré. Le point de départ de cette péjoration ne peut cependant être déterminé avec certitude. Il pourrait éventuellement correspondre au 10 février 2011, date de la première consultation au service de psychiatrie de l'Hôpital L.\_\_\_\_\_. Cependant, en aucun cas, on ne saurait déduire du rapport médical du 3 mai 2011 que cette péjoration était antérieure au 11 novembre 2010 lorsque ses auteures écrivent que la recourante présentait depuis plusieurs mois, et de façon plus marquée depuis trois mois, un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Non seulement le début de l'épisode dépressif sévère ne paraît pas pouvoir être fixé avant le 11 novembre 2010 mais encore les Dresses O.\_\_\_\_\_ et C.C.\_\_\_\_\_ ne se prononcent pas sur ses effets sur la capacité de travail avant l'hospitalisation de la recourante en date du 30 mars 2011. Une telle appréciation aurait été au demeurant délicate dans la mesure où ces médecins n'étaient pas encore consultés à l'époque.

**f)** En conséquence, l'Office AI était légitimé à considérer, à la date du 11 novembre 2010, que l'état de santé psychique de la recourante était sans incidence sur sa capacité de travail depuis fin septembre 2009. Les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA sont ainsi remplies, de même que celles de l'art. 88a al. 1 RAI, la modification de l'état de santé durant depuis plus de trois mois.

**g)** La recourante reproche encore à l'Office AI de ne pas avoir retenu l'intégralité des limitations fonctionnelles relevées dans l'expertise

pluridisciplinaire du Centre K.\_\_\_\_\_. En l'occurrence, celles-ci consistent à éviter une position statique prolongée, des mouvements en rotation-flexion et en porte-à-faux, des activités physiquement lourdes et à limiter le port de charges régulier à 15 kg.

S'il est exact que la décision du 11 novembre 2010 omet la mention des limitations fonctionnelles correspondant à l'évitement d'une position statique prolongée et de mouvements en rotation-flexion, il s'agit en l'espèce d'une simple inadvertance rédactionnelle. En effet, la décision se réfère expressément à l'expertise pluridisciplinaire du Centre K.\_\_\_\_\_ en mentionnant que les atteintes somatiques demeurent présentes conformément à celle-ci d'une part et la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est inchangée d'autre part. L'existence d'une simple inadvertance ressort également du constat que le calcul du préjudice économique dans la décision du 11 novembre 2010 se fonde sur la détermination du salaire exigible établie le 9 décembre 2008 par une psychologue en orientation professionnelle, laquelle prenait en considération la totalité des limitations fonctionnelles. Si l'Office AI avait réellement voulu écarter certaines des limitations fonctionnelles, il aurait selon toute vraisemblance parallèlement augmenté la capacité de travail, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Sous réserve des griefs discutés ci-dessus, la recourante ne remet pas en cause les montants retenus à titre de revenu avec et sans invalidité dans le calcul du préjudice économique, dont on relèvera qu'il est absolument identique à celui figurant dans l'avant-projet de décision du 31 juillet 2009, en son temps non contesté par l'assurée. Il n'y a donc pas lieu d'examiner plus avant la décision.

**4. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté, la décision du 11 novembre 2010 confirmée, étant précisé qu'il est loisible à la recourante d'introduire une nouvelle demande devant l'Office AI s'agissant de la péjoration de son état de santé psychique ultérieurement à la 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; 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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

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

Cela étant, le bénéfice de l'assistance judiciaire conduit à allouer une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire reste tenue à remboursement dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de ce remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

Me Laurent Maire, conseil de la recourante, a produit en date du 19 octobre 2012 la liste détaillée de ses opérations. L'indemnité doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RSV 211.02.3]). En l'espèce, il convient d'allouer la somme de 5'167 fr. 80 pour l'ensemble des opérations accomplies dans la présente cause, débours et TVA compris (26 heures de travail au tarif horaire de 180 fr., débours par 105 fr. et TVA à 8 %).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 11 novembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante R.\_\_\_\_\_.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.
  
- V. L'indemnité d'office de Me Laurent Maire, conseil de la recourante, est arrêtée à 5'167 fr. 80 (cinq mille cent soixante-sept francs et huitante centimes), débours et TVA compris.
  
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Laurent Maire, avocat (pour R. \_\_\_\_\_),
- 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 :