

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 mars 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Dessaux et M. Piguët, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée par Alexandre Landry, agent d'affaires breveté à Renens,

et

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

Art. 6ss, 17, 43 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est de nationalité portugaise. Elle exploitait un café-restaurant à [...], avec son mari, depuis 1991. Après le dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité pour adultes le 2 novembre 1999, elle s'est vue allouer une demi-rente dès le 1^{er} juillet 1999 sur la base d'un degré d'invalidité de 50 % (décision du 19 juillet 2001). Dans le cadre de l'instruction de cette demande, il a pu être établi que l'assurée souffrait à l'époque d'un trouble dépressif, épisode de gravité moyenne, d'un trouble panique sans agoraphobie et d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (rapport du 14 juillet 2000 du Dr V. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant). Le rhumatologue consulté à l'époque par l'assurée, le Dr C. _____, n'avait pas objectivé de cause somatique aux douleurs ubiquitaires de l'intéressée, qualifiant le status ostéo-articulaire de normal (rapport du 15 mai 2000). L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a fondé son évaluation de la capacité de travail de l'assurée à 50 % dans son activité habituelle, en se basant essentiellement sur les constatations du Dr V. _____ (projet d'acceptation de rente du 11 décembre 2000).

B. Le 19 novembre 2001, l'assurée a déposé une demande de révision du droit aux prestations en raison d'une aggravation de son état de santé (rapport du 19 novembre 2001 du Dr V. _____), ce qui a conduit à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} novembre 2001 sur la base d'un degré d'invalidité de 70 % (décision du 23 mai 2003). L'OAI s'est à nouveau fondé essentiellement sur l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de l'assurée par le Dr V. _____ (fiche d'examen du dossier No 2 établie le 13 mai 2003). Dans un rapport du 1^{er} février 2002 à l'OAI, ce médecin a exposé que l'assurée avait interrompu son activité de restauratrice. Dès le début de l'année 2001, elle avait décrit son désarroi quant à la recherche d'une activité professionnelle. Elle n'avait pas le courage d'effectuer des démarches auprès d'employeurs à la recherche d'une nouvelle activité professionnelle et avait fini par s'adresser à un

office régional de placement. L'activité qu'elle avait exercée de façon plus ou moins autonome dans son restaurant n'était vraisemblablement pas possible dans le cadre d'un travail salarié et avait probablement empêché toute reprise d'une activité professionnelle. Les troubles psychiatriques avaient en outre probablement entraîné des troubles de l'adaptation rendant très difficile la recherche d'une nouvelle activité professionnelle. Au niveau somatique, le Dr V._____ notait la persistance de douleurs cervicales irradiant dans les membres supérieurs, surtout à gauche. Au final, des troubles manifestes dépressifs persistaient, dont l'intensité était variable et dépendait des événements survenant dans la famille et l'entourage de l'assurée. L'évolution était défavorable, rendant pratiquement toute reprise de l'activité professionnelle impossible. Selon le Dr V._____, la capacité résiduelle de travail était probablement inférieure à 30 %.

C. Dans le document intitulé "Questionnaire pour la révision de la rente" complété le 5 septembre 2012, l'assurée a indiqué un état de santé stationnaire, avec la précision qu'elle était toujours sans activité lucrative. Elle a également déclaré dans le formulaire 531bis que sans atteinte à la santé elle travaillerait à 100 %, par nécessité financière.

Dans un rapport du 10 octobre 2012 à l'OAI, le Dr V._____ a fait part d'une situation globalement inchangée. Il a constaté une totale incapacité de travail de l'assurée depuis décembre 2001.

Une expertise médicale a été confiée au Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, assisté de la psychologue FSP N._____. Dans son rapport du 27 juin 2013, cet expert a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif majeur, actuellement de gravité légère à moyenne, et de trouble somatoforme douloureux (Axe I), ainsi que de personnalité histrionique, probablement actuellement sub-décompensée (Axe II). Au moment d'apprécier la situation, le Dr S._____ a notamment émis les considérations suivantes :

"5. DISCUSSION

[...]

Le long entretien que nous avons eu avec Mme I._____, le bilan des tests psychométriques que nous lui avons fait passer, et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

D'un point de vue psychopathologique, dans le contexte qui précède, Madame I._____ a présenté un épisode dépressif réactionnel qui paraît s'être structuré en un épisode dépressif majeur de gravité moyenne, si l'on fait référence au rapport des Drs [...] et Dr [...] du 21.12.1999. Dans les faits, l'assurée qui est rigide, qui peine à admettre l'origine psychogène à ses symptômes ainsi qu'à ses failles et insuffisances a dès lors rapidement refusé une prise en charge psychiatrique. Dans ce contexte, les antidépresseurs prescrits ont été « mal tolérés », ce qui s'inscrit dans la même dynamique que précédemment décrite.

Lorsque nous l'examinons, la symptomatologie est surtout colorée par la manière singulière de l'assurée de se présenter à notre entretien. Madame I._____ hoquette, elle est plaintive, soupire dès la salle d'attente, s'effondre sur un mode ostensiblement hyper-expressif et sans rapport avec le contenu du discours dès le début de l'entretien aux questions informatives les plus simples. En effet, ce dramatisme, cet emphase, ces excès permanents finissent plutôt par ennuyer qu'émouvoir, par ce côté discordant et le contenu du discours stéréotypé, et finalement un aspect conventionnel et monotone.

Même face aux contradictions, Madame I._____ a réponse à tout : « *si je le fais c'est que je dois le faire* ». Implicitement, le discours exprime beaucoup de revendication, néanmoins de manière assez naïve, en toute bonne conscience, sans la moindre trace de culpabilité. Son insatisfaction est importante dans de nombreux champs de son existence, que ce soit financier, conjugal probablement. L'assurée ne s'autorise jamais à l'expression directe de la colère, de l'agressivité, dont le véhicule principal est la médiatisation à travers la sphère somatique.

Cette symptomatologie dépressive ne conduit néanmoins pas à une aboulie, un apragmatisme complet, un retrait de la vie sociale. Madame I._____ trouve encore des centres d'intérêt, peut s'investir dans la relation avec son fils et se passionner pour les matchs de football de l'équipe du Portugal. Les troubles du sommeil ont fait place à l'hypersomnie qui lui permet d'exprimer ses tendances régressives.

La symptomatologie dépressive peut être qualifiée actuellement tout au plus de gravité légère à moyenne. Les épisodes d'attaques de panique ne sont guère présents, tout au plus quelques fois par années et paucisymptomatiques, autrement dit ne montrant plus les critères suffisants pour parler d'un trouble panique. Les éléments claustro-agoraphobiques sont peu présents, guère invalidants.

Hors de la situation de crise marquée par les problèmes financiers, les déceptions professionnelles, le décès de son beau-père, les

épisodes « de court-circuit » ou dissociatifs ne sont plus au premier plan.

Madame I. _____ - pour laquelle il est évoqué à plusieurs reprises un trouble de la personnalité non spécifié - adopte à notre cabinet une attitude très histrionique, marquée par son excès, ce que l'on ne retrouve pas à d'autres moments dans le dossier médical ni dans le rapport du Dr V. _____ à notre attention. On peut dès lors se poser la question d'une certaine finalité à travers sa manière de se présenter à l'expert. Les bénéfices secondaires paraissent aussi assez relativement clairs. On apprend en catimini - ce qui demande à être vérifié - que son époux aurait lui-même été au bénéficiaire un certain temps d'une rente invalidité, qui lui aurait été retirée après une « évaluation », ce qui aurait contribué à mettre le couple dans une situation financière apparemment beaucoup plus délicate. [...]"

Fort de ces résultats cliniques, le Dr S. _____ a constaté une capacité de travail de 50 % depuis la date de l'expertise le 16 mai 2013, estimant que l'on « se trouv[ait] actuellement à la situation prévalant en 1998, autrement dit une symptomatologie anxio-dépressive de gravité légère à moyenne, des plaintes somatiques qui rentr[ai]ent dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux, mais qui n'entrav[ai]ent guère [le] fonctionnement quotidien [de l'assurée] ». Le tout prenait racine sur une personnalité histrionique probablement sub-décompensée, qui jouait un rôle prépondérant quant à l'appréciation de la capacité de travail.

Aux termes d'un avis du 10 juillet 2013, le Dr M. _____, médecin auprès du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a fait siennes les constatations et conclusions de l'expertise médicale précitée. En présence de diagnostics incapacitants, le médecin du SMR a confirmé une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de l'assurée dès le 16 mai 2013.

Du 14 janvier au 13 avril 2015, l'assurée a bénéficié d'un entraînement à l'endurance de la part de l'OAI, à raison de deux heures par jours / deux jours par semaine, effectué dans le secteur de la logistique et de l'intendance auprès de l'association A. _____ à [...]. Cette mesure de réinsertion à temps partiel a dû être stoppée après trois semaines, l'intéressée étant inapte à la suivre en raison de son état de santé psychique et de quelques problèmes somatiques. En effet, les douleurs ressenties, ses tremblements au niveau des mains, sa tension

nerveuse (angoisse, ruminations) et sa fragilité psychique (pleurs, mal-être) constituaient des freins trop importants (rapport intermédiaire du 4 février 2015 et rapport final « REA » du 26 février 2015).

Dans un avis SMR du 3 juin 2015, le Dr M._____ a estimé que les empêchements constatés lors de la mesure de réinsertion / réadaptation précitée « ne prenn[ai]ent pas leur racines dans la sphère médicale ». Il n'y avait pas de motif susceptible de rediscuter la capacité de travail résiduelle de 50 % dans l'activité usuelle de restauratrice dès le 16 mai 2013 constatée sur la base de l'expertise psychiatrique du Dr S._____.

Par projet de décision du 6 janvier 2016, rendu dans le cadre de la révision d'office du droit à la rente initiée le 1^{er} août 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de remplacer la rente entière versée depuis le 1^{er} novembre 2001 par une demi-rente, avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision à intervenir. Selon ses investigations et après analyse des éléments à sa disposition, il retenait que dans sa profession usuelle de restauratrice, l'assurée bénéficiait, notamment au vu du rapport d'expertise psychiatrique du 27 juin 2013 du Dr S._____, d'une capacité de travail de 50 % dès le 16 mai 2013. Il en découlait un taux d'invalidité de 50 % dans l'activité de référence de l'intéressée, ce qui lui ouvrait désormais le droit à une demi-rente.

Par son conseil en la personne de l'agent d'affaires breveté Alexandre Landry, l'assurée a signifié, le 12 février 2016, son désaccord avec ce projet. Elle estimait avoir droit au maintien de la rente entière au motif que l'OAI n'était pas légitimé à se fonder sur une seule expertise psychiatrique pour la révision du droit à la rente, sans mettre en œuvre une expertise médicale comprenant également une analyse de ses affections somatiques. Elle se prévalait également des conclusions du rapport A._____ en indiquant que la mesure de réinsertion / réadaptation mise en place s'était soldée par un échec. A ses yeux, ces constatations avaient été écartées de manière arbitraire par le médecin-conseil au SMR.

Dans le cadre de la procédure d'audition, le Dr V. _____ a fait part à l'OAI de ses remarques sur le projet de passage de la rente entière à la demi-rente. Indiquant suivre l'assurée depuis 1998, il disait avoir constaté durant la période du stage une « nette aggravation [de l'état de santé de l'assurée] au niveau somatique et psychique ». Pour ce médecin, la reprise d'une activité professionnelle, même minime et dans un cadre protégé, ne pouvait qu'aggraver la situation en mettant en péril l'état de santé global de l'assurée, voire même conduire à son hospitalisation (rapport du 27 mai 2016).

Le 14 juin 2016, le Dr V. _____ a répondu comme suit aux questions de l'OAI adressées dans l'intervalle :

"1. Depuis quelle date l'état de santé de Mme I. _____ s'est-il péjoré ?

Il est difficile de déterminer avec précision la date exacte mais la situation s'est aggravée durant l'année 2014 déjà lorsque la patiente a été contactée par l'AI en vue d'une révision de sa rente. L'aggravation étant maximale en janvier 2015 lorsque la patiente a fait son stage à l'A. _____.

2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?

A 100 % depuis décembre 2001.

3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?

Celle-ci est nulle.

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

Les limitations sont demeurées inchangées depuis l'attribution de la rente invalidité en décembre 2001.

5. Quelles sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?

La patiente bénéficie d'un traitement de Floxypral 50 mg, 1x/j. associé à un traitement en réserve de Deanxit et d'Ibuprofene. La compliance au traitement est bonne.

6. Autres remarques

Comme déjà signalé dans mon rapport du 27 mai 2016, le stage effectué à l'A. _____ début 2015, n'a fait que montrer de façon manifeste que la patiente doit continuer de bénéficier d'une rente complète et qu'une modification de sa rente ou une tentative de réadaptation n'a non seulement pas de sens, mais met gravement en danger sa santé physique et mentale, la

patiente étant dans un état de gravité telle qu'une hospitalisation aurait probablement dû être envisagée en cas de poursuite du stage à l'A._____ début 2015.

Pour les détails par rapport à mon évaluation médicale, veuillez vous référer au rapport médical détaillé que vous avez déjà reçu."

Le 28 juillet 2016, toujours dans le cadre de la procédure d'audition, le Dr V._____ a répondu comme suit aux questions complémentaires du médecin-conseil de l'assurance-invalidité adressées dans l'intervalle :

"1. Pourriez-vous nous transmettre les dates auxquelles l'assurée vous a consulté du 1^{er} janvier 2015 au 30 juin 2015 ?

Le 30.01.2015, le 16.02.2015, le 01.06.2015, le 27 juillet 2015, le 26.10.2015, le 19.10.2016, le 25.01.2016, le 04.03.2016, le 18.03.2016, le 15.04.2016, le 04.05.2016, le 20.05.2016.

2. Dans votre courrier du 14 juin 2016 vous mentionnez que votre patiente bénéficie d'un traitement de Floxyfral 50 mg/j. Pourriez-vous nous communiquer la date à laquelle ce traitement a été introduit par vos soins ?

Le traitement de Floxyfral a été réintroduit le 4 mars 2016.

3. Si cela n'a pas été fait depuis janvier 2016, accepteriez-vous de réaliser à nos frais un dosage plasmatique du Floxyfral que vous prescrivez ?

Le Floxyfral a été augmenté à partir du 16 mars 2016 mais a été interrompu au début de l'été (juin) il n'y a donc pas de sens à effectuer un dosage plasmatique du Floxyfral.

4. Quel problème de santé/maladie au sens de la CIM-10 ou d'une classification de votre choix a justifié à vos yeux l'introduction de ce médicament ? Quel effet a-t-il eu sur la santé de l'assurée ? En cas de persistance des signes/symptômes qui vous ont guidé dans le choix de ce médicament une consultation spécialisée a-t-elle été organisée ?

La patiente a présenté à nouveau un épisode dépressif moyen. L'effet de la médication n'a pas été convaincant et comme par le passé, la patiente a plus été aidée par des entretiens réguliers depuis plus d'une année. Il est par ailleurs bien connu que pour un état dépressif léger à moyen les entretiens réguliers auprès du médecin ou du psychiatre sont tout aussi efficaces qu'une médication psychotrope. Au niveau personnel, après le stress que la patiente a subi en relation avec la réévaluation de sa rente et du stage effectué à l'A._____, la patiente a traversé une période difficile ou après le décès de son frère au printemps 2015 la patiente a été confronté[e] au décès de son père en février 2016. Par ailleurs, son fils est également dans une situation précaire au niveau financier et le mari de la patiente présente également des problèmes de santé qui l'empêche[nt] de travailler et son couple est actuellement au bénéfice de l'aide sociale. Actuellement, l'état dépressif est stable sans traitement

médicamenteux mais avec un suivi médical régulier. Le Floxyfral avait été tenté à nouveau car la patiente avait reçu ce médicament lors de son premier état dépressif survenu en 1998. A mon avis (je suis porteur du certificat de médecine psychosomatique et psychosociale) la patiente ne nécessite pas et ne souhaite pas un suivi psychiatrique, la patiente bénéficie pleinement des consultations régulières et du suivi thérapeutique qui existe depuis 18 ans.

5. *Le traitement psychotrope a-t-il dû être ajusté depuis son début et, si oui, comment ?*

Le traitement a été interrompu vu le peu d'effet et la bonne réponse au suivi par des entretiens réguliers.

En résumé, cette patiente présente clairement des troubles psychiatriques chroniques bien identifiés avec des troubles de l'humeur (état dépressif) associés à des troubles anxieux qui peuvent s'aggraver avec des troubles panique. En l'état, un[e] tentative d'une reprise d'une activité professionnelle s'est avéré[e] particulièrement néfaste chez cette patiente, raison pour laquelle comme médecin la suivant depuis de nombreuses années, je ne peux que réaffirmer que Madame I. _____ est inapte pour une quelconque activité professionnelle et devrait bénéficier de sa poursuite de la rente invalidité à 50 % depuis 1999 et à 100 % depuis 2012."

Après avoir requis l'avis du SMR (avis du 9 septembre 2016), l'OAI a, par décision du 11 août 2017, confirmé son projet du 6 janvier 2016, passant du régime du droit à la rente entière versée depuis le 1^{er} novembre 2001 à celui de la demi-rente dès le 1^{er} octobre 2017. Dans un courrier du 3 août 2017 faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a confirmé la valeur probante du rapport d'expertise du 27 juin 2013 du Dr S. _____.

D. Par acte de son conseil du 19 septembre 2017, I. _____ a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant avec dépens à sa réforme en ce sens que son droit à la rente entière soit maintenu. Elle allègue en substance, qu'en retenant une capacité de travail résiduelle de 50 % dans l'activité de référence sur la seule base du rapport d'expertise psychiatrique du 27 juin 2013, l'OAI se livre à une interprétation erronée et incomplète des pièces au dossier. Agée de cinquante-neuf ans, elle n'estime plus être en mesure de travailler compte tenu de son état de santé (physique et psychique) actuel. Elle produit notamment un rapport du 18 janvier 2017, dans lequel le Dr E. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie

de l'appareil locomoteur, fait état des diagnostics principaux de lésion partielle du tendon supra-épineux droit avec tendinopathie du long chef du biceps et de fibromyalgie, et, notamment, du diagnostic secondaire de dépression. Ce médecin ne propose qu'un traitement conservateur. Compte tenu uniquement de la problématique de l'épaule droite, il constate une incapacité de travail dans toute activité nécessitant un effort (maximum deux à cinq kilos), une mobilisation répétée du membre supérieur droit et une mobilisation de cette épaule au-dessus du buste.

Dans sa réponse du 21 novembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il défend le caractère probant du rapport d'expertise psychiatrique du Dr S._____ compte tenu de l'absence d'éléments médicaux nouveaux.

Le 15 décembre 2017, en réplique, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise (de médecine interne et psychiatrique) par le tribunal ainsi que l'audition de témoins, à savoir son médecin traitant, son époux ainsi que l'auteur du rapport de l'A._____.

Une copie de cette écriture a été transmise à l'OAI pour son information.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte en l'espèce sur le passage du droit à une rente entière (tel qu'introduit depuis novembre 2001 par décision du 23 mai 2003) à une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2017. Ce litige s'inscrit dans le cadre d'une procédure de révision de la rente d'invalidité initiée d'office par l'OAI dans le courant 2012.

3. En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel 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 reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

4. 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 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.

b) 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, aux trois-quarts d'une 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).

5. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6 ; TF 9C_624/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4).

6. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements

fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

7. a) En l'occurrence, l'évolution de l'état de santé de la recourante doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de l'OAI du 23 mai 2003, qui lui octroyait le droit à une rente entière dès le 1^{er} novembre 2001, précisant qu'elle présentait un degré d'invalidité de 70 %. Il s'agit en effet de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves (cf. consid. 3 supra).

A l'occasion de la révision d'office du droit à la rente initiée en août 2012, l'intimé a constaté une capacité de travail résiduelle de 50 % dans l'activité habituelle de restauratrice adaptée depuis le 16 mai 2013. Il s'est fondé sur les constatations du rapport d'expertise du 27 juin 2013 du Dr S._____, dont la valeur probante est remise en cause par la recourante, en raison de l'avis divergent de son médecin traitant (Dr V._____), du rapport du Dr E._____ et de l'échec du stage A._____ au printemps 2015. La recourante soutient que sa capacité de travail ne s'est pas améliorée ce qui justifie, à ses yeux, la prise en compte d'un degré d'invalidité de 70 % et partant, le maintien de la rente entière.

b) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

c) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

d) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs,

appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

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

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

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

e) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

8. a) En l'espèce, posant les diagnostics incapacitants d'épisode dépressif majeur, actuellement de gravité légère à moyenne, et de trouble somatoforme douloureux (Axe I), ainsi que de personnalité histrionique, probablement actuellement sub-décompensée (Axe II), le Dr S._____ a constaté une amélioration de l'état de santé en retenant une capacité de résiduelle de travail de 50 %, sur le plan psychique, à la date de l'expertise (le 16 mai 2013). Il n'a pas établi son rapport d'expertise en se référant expressément aux critères posés par le Tribunal fédéral dans l'ATF 141 V 281. On ne peut toutefois pas lui faire le reproche de n'avoir pas intégré cette jurisprudence, datée du 3 juin 2015, dans la mesure où cet arrêt date du 3 juin 2015 et où l'expert a rendu son rapport le 27 juin 2013, soit à une date où l'ATF 141 V 281 n'avait pas encore été publié.

Cela n'invalide pas *a priori* l'expertise et il convient d'examiner si les constatations de l'expert permettent néanmoins une appréciation probante de la capacité résiduelle de travail de la recourante à l'aune des indicateurs déterminants.

Tel est bien le cas : le Dr S._____ a mis en évidence suffisamment de constatations cliniques et de circonstances permettant d'admettre la valeur probante de son appréciation relative à une capacité résiduelle de travail de 50 % au plus tard dès la date de l'expertise. Il s'agit notamment du peu de cohérence entre les plaintes de l'assurée et l'absence de demande de traitement psychiatrique, d'une part, ainsi que de l'allégation d'une incapacité de travail quasi-totale et une vie quotidienne relativement préservée, d'autre part. Sous la rubrique « personnalité », l'expert a relevé une tendance à l'amplification ou à la majoration des symptômes par la recourante, qu'il qualifie d'« assez infantile, très centrée sur elle-même, incapable de véritablement prendre de la distance avec ses difficultés. Les investissements p[ouvan]t paraître souvent assez superficiels ». Ce faisant, il a procédé à une appréciation pondérée des différents indicateurs entrant en considération. Les constatations lors du stage A._____ au printemps 2015 ne suffisent pas, en soi, à remettre en cause ces constatations, dans la mesure où le Dr S._____ a lui-même décrit un comportement très démonstratif de l'assurée (« Le discours est dramatique, avec des images propres à frapper l'imaginaire, un comportement hyper-expressif, histrionique et un discours assez infantile »), qui a pu abuser les observateurs non-médecins lors du stage en question. En présence de troubles de personnalité chroniques partiellement décompensés et en l'absence de tout suivi psychiatrique spécialisé entre la date de l'expertise et le stage, il n'est au demeurant pas exclu que l'état de santé de l'assurée se soit péjoré entre mai 2013 et 2015. Dans ce contexte, les données médicales permettent une appréciation plus objective du cas et l'emportent ici sur les constatations faites à l'occasion de la mesure de réinsertion / réadaptation A._____, dont il n'est pas possible d'exclure qu'elles aient été influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la recourante durant le stage (cf. en ce sens, l'avis SMR du 3 juin 2015 du Dr M._____).

Compte tenu de ce qui précède, l'intimé s'est fondé à juste titre sur le rapport du Dr S._____ pour constater une capacité résiduelle de travail de 50 % dans l'activité usuelle de restauratrice au jour de son expertise. Le constat ne traduit pas une nouvelle appréciation médicale, mais bien une évolution de l'état de santé de la recourante depuis 2003, le Dr S._____ estimant que l'on se trouvait, à l'époque de l'expertise, dans la même situation que celle prévalant en 1998, avant l'aggravation constatée en 2001.

b) Autre est la question de la nouvelle péjoration de l'état de santé psychique annoncée par le Dr V._____, postérieurement à l'expertise, en rapport notamment avec le décès de membres (frère [au printemps 2015] et père [en février 2016]) dans la famille de l'assurée (rapport du 28 juillet 2016 R. 4). En l'absence de tout autre document médical sur ce point, il n'est pas possible de se prononcer en connaissance de cause, en l'état, sur cette évolution. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGa). Il appartiendra ainsi à l'OAI de mettre en œuvre un complément d'expertise répondant aux exigences de l'art. 44 LPGa en vue d'établir l'évolution de l'état de santé de l'assurée sur le plan psychique, depuis l'expertise de mai - juin 2013 du Dr S._____, puis de statuer à nouveau. L'OAI prendra par ailleurs en considération, dans sa nouvelle décision, les limitations fonctionnelles décrites par le Dr E._____ dans son rapport du 18 janvier 2017.

c) Compte tenu de l'issue du litige, les requêtes du recourant tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire bidisciplinaire (de médecine interne et psychiatrique) et à l'audition des trois témoins annoncés doivent être rejetées (appréciation anticipée des preuves ; ATF 134 I 140).

9. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction au sens des considérants puis rende une 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'800 fr. TVA comprise, au regard de l'importance et des difficultés de la cause, et de les mettre à la charge de l'OAI.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 11 août 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour qu'il procède au sens des considérants puis rende une nouvelle décision.
- 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à I. _____ la somme de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Alexandre Landry (pour I. _____),
- 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 :