

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 août 2009

Présidence de M. NEU
Juges : M. Dind et Mme Thalmann
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

U._____, à Corcelles-près-Payerne, recourante,

et

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

Art. 17 LPGA

E n f a i t :

A. U._____, née en 1950, a séjourné à l'Hôpital J._____ du 16 au 25 mars 1993. Il a été constaté qu'elle souffrait de troubles visuels bilatéraux d'origine indéterminée, de colopathie fonctionnelle, d'un état ferriprive, d'un déficit en vitamines du groupe B et d'un probable état dépressif. Les médecins ont précisé que l'examen neurologique était dans les limites de la norme, que les examens paracliniques (IRM cérébrale, ponction lombaire) étaient normaux, qu'il n'y avait pas d'élément en faveur d'une affection démyélinisante et qu'une consultation ORL n'avait pas montré d'anomalie susceptible d'expliquer les troubles de l'équilibre.

L'assurée a ensuite séjourné du 6 au 30 décembre 1993 à l'Hôpital K._____. Au vu de la discrédance entre la force musculaire et l'absence de signe objectif d'une atteinte cortico-spinale ou du neurone périphérique, et frappés par le psychisme de la patiente, indifférente voire même satisfaite de son handicap, les médecins ont diagnostiqué une hystérie de conversion. Sur proposition des psychiatres et dans un but thérapeutique, ils ont retenu le diagnostic de polyinsertionite de la musculature para-vertébrale qui a semblé satisfaire l'intéressée, laquelle s'est d'ailleurs motivée à la marche de façon plus importante dès l'annonce de ce diagnostic.

Le 18 mai 1994, U._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état de douleurs aux jambes et à la colonne vertébrale et d'un handicap de la vue. Couturière de formation, elle a travaillé en dernier lieu en tant que vendeuse et enseignante de couture dans un magasin [...], ainsi qu'en qualité de concierge. Elle n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis 1993.

Le 4 juillet 1994, le Dr A._____, médecine interne - cardiologie FMH et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué une suspicion non confirmée de maladie démyélinisante, un état dépressif larvé dans le contexte d'une structure probablement névrotique et d'une

surcharge familiale, une polyinsertionite, une obésité morbide, une hernie hiatale et maladie de reflux, une colopathie fonctionnelle, une anémie sidéroprive compensée, une notion d'asthme dans l'enfance et un status après hépatite opiniâtre en 77-78.

Le 28 novembre 1995, la Policlinique L. _____ a diagnostiqué des lombalgies, des somatisations, un status après hépatite B et des troubles anxio-phobiques chez une personne démontrant une personnalité pathologique.

Par décision du 13 mai 1996, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI), a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} décembre 1993, fondée sur un degré d'invalidité de 80 pour-cent.

Par décision du 2 avril 1997, l'Office AI a accordé à l'intéressée une allocation pour impotent de degré moyen dès le 1^{er} janvier 1995.

Dans le cadre de la première révision d'office du droit à la rente d'invalidité, la Policlinique L. _____ a diagnostiqué, le 7 septembre 2000, un syndrome de conversion hystérique et indiqué que l'état de santé de l'assurée allait en s'aggravant.

Le 8 décembre 2000, l'Office AI a informé l'assurée que son droit à une rente entière d'invalidité était maintenu.

Le 25 mars 2004, le Dr E. _____, spécialiste en neurologie FMH, a diagnostiqué des lombalgies, avec irradiation paresthésiante peu spécifique vers le membre inférieur droit, et une suspicion de syndrome du tunnel carpien bilatéral. Le médecin a souligné qu'il n'avait pas d'argument clinique pour un conflit disco-radiculaire significatif et qu'il aurait tendance à qualifier les irradiations paresthésiantes vers le membre inférieur droit de pseudo-sciatalgiques.

Répondant à un questionnaire concernant la deuxième révision d'office de sa rente d'invalidité, l'assurée a indiqué, le 3 octobre 2005, que son état de santé s'était aggravé depuis 2004 et que cette modification se traduisait par des jours plus difficiles et plus pénibles que d'autres.

Dans un rapport médical du 16 janvier 2006, le Dr B._____, médecin généraliste et médecin traitant, a diagnostiqué ce qui suit :

Avec répercussion sur la capacité de travail :

- lombalgies chroniques avec irradiation paresthésiante depuis 1993. Peu spécifique vers le MI droit. Suspicion de TC DDC;
 - petite hernie discale médiane L5/S1 (latéralisé discrètement ddc);
 - discopathie arthorique sévère L5/S1;
- troubles dégénératifs du rachis cervical avec cervicalgie post-traumatique « coup du lapin » le 02.12.2005;
- fatigue (déficit relatif en fer) multifactoriel.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- ancien tabagisme (stoppé en 2003);
- suspicion non confirmée de SEP à Genève (1993);
 - semble être un début de tunnel carpien DDC;
 - semble être associé aux troubles dégénératifs cervico-lombaires;
- colon spastique;
- status après hépatite A.

Ce médecin estime que l'intéressée ne peut plus exercer son ancienne activité de couturière et qu'une activité dans une autre profession serait à évaluer. Son pronostic est celui d'une affection chronique douloureuse sur troubles dégénératifs avec une validation depuis de nombreuses années.

Par décision du 23 mars 2006, l'Office AI a supprimé l'allocation pour impotent avec effet au 30 avril 2006, aux motifs que l'assurée n'avait plus besoin de l'aide d'autrui pour accomplir les actes ordinaires de la vie de manière importante et régulière depuis plusieurs années. L'intéressée s'est opposée à cette décision le 2 mai 2006.

Le Service médical régional AI (ci-après : SMR) a procédé à un examen rhumatologique et psychiatrique le 1^{er} mai 2007. Les médecins ont posé les diagnostics suivants :

Avec répercussion sur la capacité de travail :

- Aucun (Z 71.1).

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- lombalgies et cervicalgies sur troubles statiques modérés du rachis avec discopathie L5-S1 gauche s'accompagnant d'une hernie discale (M 54);
- périarthrite scapulo-humérale gauche (M 75.1);
- discrète arthrose nodulaire des doigts (M 19.0);
- obésité.

Sur le plan somatique, les praticiens du SMR retiennent les limitations fonctionnelles suivantes :

Rachis : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongée du tronc.

Membres supérieurs : pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule gauche à plus de 70°, pas de lever de charges de plus du 8 kg avec le membre supérieur gauche, l'assurée étant par ailleurs droitière.

Ils estiment que l'on peut exiger de l'intéressée qu'elle travaille à plein temps dans ses anciennes activités de vendeuse et professeur de couture chez [...], ainsi que dans toute activité tenant compte des limitations fonctionnelles décrites, et ceci en tout cas depuis mai 2007, lorsque le diagnostic de maladie démyélinisante a pu être infirmé.

Dans un avis médical du 13 juin 2007, le SMR a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis au moins le 25 mars 2004, date de sa consultation auprès du Dr E. _____, qui avait montré un examen neurologique quasiment normal, hormis une station debout avec tendance à l'augmentation du polygone de sustentation et un test du funambule difficile.

Par décision sur opposition du 18 octobre 2007, l'Office AI a confirmé la suppression d'allocation pour impotent.

Par décision du 4 décembre 2007, l'Office AI a supprimé la rente d'invalidité avec effet au 1^{er} février 2008. En se fondant sur l'examen clinique du SMR du 1^{er} juin 2007, ainsi que sur les pièces médicales au dossier, l'office a estimé que la capacité de travail de l'assurée était totale dans les activités antérieures au moins depuis le 25 mars 2004.

B. C'est contre cette décision que U._____ a recouru par acte du 15 janvier 2008, en exposant que son état de santé ne s'était pas modifié depuis l'octroi de la rente entière d'invalidité et en concluant au maintien de ladite rente.

Le 29 février 2008, l'Office AI a répondu qu'il n'avait rien à ajouter à la décision attaquée et proposé le rejet du recours.

Le 27 avril 2008, l'assurée a répliqué en confirmant son recours « dans l'affaire qui [m] l'oppose à la décision de suppression de l'API depuis mars 2006 et de la rente AI de 80 % depuis le 31 janvier 2008 ». En substance, elle a fourni de plus amples explications sur son anamnèse médicale et sur son état de santé actuel. Elle a produit plusieurs pièces supplémentaires, dont notamment un rapport de son ergothérapeute du Centre médico-social.

Dans sa duplique du 25 juin 2008, l'Office AI a réitéré les motifs pour lesquels la rente d'invalidité de l'assurée avait été supprimée.

Dans un courrier du 28 août 2008, l'assurée a exprimé le souhait d'être convoquée à la Policlinique L._____ pour une réévaluation du rapport du 7 septembre 2000.

C. Par décision du 3 septembre 2008, le juge instructeur a informé les parties qu'il allait procéder à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.

Chacune des parties a été invitée à déposer une liste d'experts et à produire un questionnaire à l'attention de l'expert désigné.

Les Dresses C._____, rhumatologie-médecine interne FMH, et D._____, psychiatrie-psychothérapie FMH, du Bureau M._____, ont expertisé l'assurée le 28 janvier 2009. Dans leur rapport du 23 avril suivant, les spécialistes ont posé les diagnostics suivants :

Avec répercussion sur la capacité de travail :

- spondylodiscarthrose prédominant en L5-S1 sans signe de radiculopathie ni myélopathie actuelles M 47.8, status après possible sciatique S1 gauche légèrement déficitaire au plan du ROT et de la sensibilité du dermatome;
- séquelles de maladie de Scheuermann dorsal M 42.2;
- status variqueux des membres inférieurs;
- périarthrite scapulo-humérale gauche calcifiée M 75.0.

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- obésité;
- gonarthrose incipiens M 17.9;
- arthrose nodulaire des doigts débutante;
- suspicion non confirmée de névrite rétrobulbaire (1992);
- troubles visuels bilatéraux d'origine indéterminée (1992);
- colopathie fonctionnelle (1993) K 58.9;
- hernie hiatale avec œsophage peptique au stade I K 44.9;
- fibrome utérin (1970) Z 90.7;
- trouble dissociatif de conversion sans précision F 44.9;
- trouble anxieux et dépressif mixte F 41.2, présent depuis début 2008.

Sur le plan somatique, la rhumatologue retient les mêmes limitations fonctionnelles que celle énoncées dans le rapport du SMR du 1^{er} mai 2007, tout en ajoutant que la station assise prolongée ou debout constante est délétère au status variqueux. Du point de vue psychique, la psychiatre relève que le trouble dissociatif de conversion, présent depuis 1993, se manifeste par une atteinte pseudo-neurologique, et que cette affection n'entraîne plus de limitations depuis au moins 2006 et n'empêche pas une adaptation à un environnement professionnel. Elle ajoute que l'assurée a débuté un suivi psychologique le 26 février 2008 chez Mme S._____, à raison de deux puis d'une séance par mois. Les experts estiment que la capacité de travail de l'intéressée est entière comme vendeuse en couture et couturière, ainsi que dans toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Invitée à se déterminer sur l'expertise, l'assurée a envoyé, le 31 mai 2009, les CD visionnés durant l'expertise judiciaire la montrant au lever du lit, ainsi que des photographies de ses pieds déformés. Elle ajoute

qu'elle a dû se rendre aux urgences le 5 avril 2009 pour la pose d'une attelle au poignet gauche.

Le 4 juin 2009, l'Office AI a constaté que l'expertise confirmait en tous points la position des médecins du SMR.

E n d r o i t :

1. Aux termes de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi, sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Remplissant les conditions des art. 60 et 61 let. b LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), le recours contre la décision du 4 décembre 2007 supprimant la rente d'invalidité est recevable, compte tenu des fêtes de Noël (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

En revanche, le recours formé par l'assurée, dans son écriture du 27 avril 2008, contre la décision sur opposition du 18 octobre 2007 concernant la suppression de l'allocation pour impotent, est manifestement tardif dans la mesure où il n'a pas été déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA).

3. Est en l'occurrence litigieuse la question de savoir si l'Office AI est légitimé à supprimer toute rente d'invalidité à l'assurée.

a) 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).

Le point de savoir si l'état de fait déterminant s'est modifié notablement doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. 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 (TF I_408/05 du 18 août 2006 consid. 3.1 et les références).

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (TF_I 506/02 du 26 mai 2003 consid. 2.1 et les références citées).

Les moyens de preuve ressortant de la procédure menée devant l'assureur social peuvent être considérés comme suffisants par le juge, qui renoncera alors à mettre en oeuvre de nouvelles mesures d'instruction. Toutefois, dans ce cas, l'appréciation anticipée des preuves est soumise à des exigences sévères. En cas de doute sur le caractère pertinent ou complet des rapports médicaux figurant au dossier, le juge doit faire procéder lui-même à une expertise ou renvoyer la cause à l'assureur social pour instruction complémentaire (TF_I 506/02 précité).

c) 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. Ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

4. En l'espèce, en mars 1993, les médecins de l'Hôpital J. _____ ont diagnostiqué des troubles visuels bilatéraux d'origine indéterminée, une colopathie fonctionnelle, un état ferriprive, un déficit en vitamines du groupe B et un probable état dépressif. En décembre 1993, l'Hôpital K. _____ retenu, dans un but thérapeutique, une polyinsertionite de la musculature para-vertébrale et indiqué que la patiente souffrait d'hystérie de conversion. En juillet 1994, le Dr A. _____ a diagnostiqué une suspicion non confirmée de maladie démyélinisante, une polyinsertionite, une obésité morbide, une hernie hiatale, une maladie de reflux, une colopathie fonctionnelle, une anémie sidéroprive compensée, une notion d'asthme dans l'enfance, un status après hépatite opiniâtre en 77-78, et un état dépressif larvé dans le contexte d'une structure probablement névrotique et d'une surcharge familiale. En novembre 1995, la Policlinique L. _____ a diagnostiqué des lombalgies, des somatisations, un status après hépatite B et des troubles anxio-phobiques chez une personne démontrant une personnalité pathologique.

En mars 2004, le Dr E. _____ a retenu des lombalgies, avec irradiations paresthésiantes peu spécifiques vers le membre inférieur droit - qualifiées de pseudo-sciatalgiques -, et une suspicion de syndrome du tunnel carpien bilatéral. Il n'a observé aucun argument clinique pour un conflit disco-radicaire significatif. L'examen neurologique était quasiment normal, hormis une station debout avec tendance à l'augmentation du polygone de sustentation et une démarche du funambule laborieuse.

En janvier 2006, le Dr B. _____ a diagnostiqué, comme ayant des répercussions sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques avec irradiation paresthésiante depuis 1993, une petite hernie discale médiane L5/S1, une discopathie arthorique sévère L5/S1, des troubles dégénératifs du rachis cervical avec cervicalgie post-traumatique « coup du lapin » le 2 décembre précédent et une fatigue causée par un déficit en fer. Il n'a retenu aucune affection sur le plan psychique. En mai 2007, face à la symptomatologie observée sans répercussion sur la capacité de travail (lombalgies, hernie discale, périarthrite scapulo-humérale gauche, discrète arthrose nodulaire des doigts et obésité), le SMR n'a pas relevé d'atteinte psychiatrique.

En janvier 2009, les Dresses C. _____ et D. _____ ont diagnostiqué, avec incidence sur la capacité de travail, une spondylodiscarthrose prédominant en L5-S1 sans signe de radiculopathie ni myélopathie, un status après possible sciatique S1 gauche légèrement déficitaire au plan du ROT et de la sensibilité du dermatome, des séquelles de maladie de Scheuermann dorsal, un status variqueux des membres inférieurs et une périarthrite scapulo-humérale gauche calcifiée. Du point de vue psychique, elles ont noté que l'assurée présentait un trouble dissociatif de conversion sans précision et un trouble anxieux et dépressif mixte, présent depuis début 2008, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. Les spécialistes retiennent les mêmes limitations fonctionnelles que le SMR, en ajoutant que la station assise prolongée ou debout constante est défavorable au status variqueux.

En l'espèce, sur le plan somatique, on constate que l'assurée ne souffre plus de troubles visuels, de colopathie fonctionnelle et de carences en vitamines B. La fatigue relative au manque de fer mentionnée par le Dr B. _____ en janvier 2006 n'est plus évoquée trois ans plus tard lors de l'expertise. La polyinsertionite de la musculature para-vertébrale, diagnostiquée dans un but thérapeutique, ainsi que les suspicions de maladie démyélinisante et de syndrome du tunnel carpien n'ont jamais été confirmées. Les médecins s'accordent toutefois à diagnostiquer des troubles dégénératifs de la région lombo-sacrée, sous forme de lombalgies (Dr E. _____), de lombalgies chroniques, petite hernie discale médiane L5/S1 et discopathie arthorique sévère L5/S1 (Dr B. _____), spondylodiscarthrose prédominant en L5-S1, status après possible sciatique S1 gauche et séquelles de maladie de Scheuermann dorsal (Dresse C. _____). Ces troubles lombaires et la périarthrite scapulo-humérale gauche calcifiée ont été pris en compte tant par le SMR que par l'expert en rhumatologie, en ce sens que l'assurée doit pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et debout, ne doit pas porter des charges excédant 12 kilos (8 kilos pour le bras gauche), ne doit pas élever son épaule gauche à plus de 70° et ne doit pas travailler en position de porte-à-faux statique prolongée du tronc. En outre, lors du visionnage du film fourni en cours de procédure, on constate que la recourante, bien que ralentie dans ses gestes au lever du lit, n'a besoin de l'aide de personne pour mettre son pantalon d'intérieur et pour descendre les escaliers jusqu'au rez-de-chaussée. Elle n'utilise pas son tintébin. Selon l'expertise, après avoir pris un café, elle fait sa toilette debout au lavabo. Elle admet d'ailleurs à ce sujet que la raideur matinale se résout un peu plus d'une heure après le lever (« *là, les jambes vont mieux et je peux faire ma toilette debout au lavabo* », cf. expertise p. 30). Elle remonte ensuite dans sa chambre, s'habille et fait les lits. Elle redescend au rez-de-chaussée, fait la cuisine pour son mari et ses enfants (deux fois par semaine et le week-end pour ces derniers) et met la table. Elle fait la lessive, repasse, passe l'aspirateur et nettoie la maison (soit environ 112 m²), le tout à son rythme. Contrairement à ce qu'elle prétend dans son mémoire de recours du 27 avril 2008 (dernière page), elle n'a besoin d'aucune aide lorsqu'elle sort. En effet, la psychologue, Mme S. _____, a déclaré aux experts que

sa patiente arrivait à son cabinet, seule, en conduisant sa voiture et en se déplaçant sans tintébin (cf. expertise, p. 27). Ce constat coïncide d'ailleurs, d'une part, avec les observations des experts selon lesquelles l'assurée est incohérente dans sa gestuelle et évoque un déséquilibre à la marche nécessitant un tintébin, alors que les tests neurologiques de stabilité, de gestuelle fine et de tonus sont dans les normes (cf. expertise, p. 37 in initio) et, d'autre part, avec les constatations des médecins du SMR qui ont remarqué qu'elle mimait de façon grotesque des troubles de l'équilibre, ainsi que des tremblements à la mobilisation de la nuque ou de la colonne lombaire. Enfin, aucune corrélation anatomo-clinique ne permet de retenir que les troubles dégénératifs dont elle souffre puissent être pareillement et en permanence douloureux depuis plusieurs années (cf. expertise, p. 48). Pour les raisons qui précèdent, force est de constater que l'assurée conserve la capacité de se déplacer et d'effectuer tous les gestes de la vie quotidienne. Partant, il n'est pas déraisonnable de soutenir que l'on peut exiger d'elle qu'elle exerce, à plein temps, une activité professionnelle adaptée aux limitations fonctionnelles susmentionnées.

Du point de vue psychiatrique, le SMR mentionne, dans son rapport du 1^{er} mai 2007 (p. 9, 2^{ème} par.), que le diagnostic d'hystérie de conversion ne peut être exclu, car même si le tableau clinique n'est pas complet, l'assurée présente une expression détendue et souriante malgré les plaintes douloureuses. De son côté, la Dresse D. _____ remarque que l'intéressée sourit de manière inadaptée en fonction des sujets évoqués et que ce comportement se manifeste par une atteinte pseudo-neurologique (ce que le Dr E. _____ avait d'ailleurs déjà relevé en mars 2004 en qualifiant les irradiations paresthésiantes du membre inférieur droit de pseudo-sciatalgiques). On ne saurait toutefois considérer que ce trouble du comportement a une influence sur la capacité de travail. L'humeur dépressive, l'état anxieux, la perte d'intérêt et les troubles du sommeil semblent, quant à eux, réactionnels à la suppression de la rente d'invalidité et de l'allocation pour impotent, et aux sentiments d'injustice et de frustration ressentis par la recourante, sans que cela ne justifie non plus une incapacité de travail durable. Même si l'assurée a volontairement

décidé de passer plus de temps à la maison plutôt qu'à l'extérieur, sa vie sociale, certes principalement axée sur la famille selon ses dires, n'en demeure pas moins toujours existante : elle s'est rendue en Tunisie pour une thalassothérapie en juin 2006, a passé des vacances à Ovronnaz et à Charmey en octobre et décembre 2008 respectivement, et se rend régulièrement centre thermal d' [...]. Elle participe à l'organisation d'une fête de famille et prend du plaisir à rencontrer ses cinq petits enfants. Elle se rend parfois à des concerts pour y voir jouer ses fils. Pour le surplus, on notera que la thymie est amendable puisque l'intéressée se présente chez sa psychologue en pleine forme au retour de ses vacances d'Ovronnaz (cf. expertise, p. 49).

Il ressort de la note interne de l'Office AI du 24 octobre 1994 que la rente d'invalidité a été octroyée sur la base d'une polyinsertionite, d'une obésité et d'un état dépressif larvé chez une structure probablement névrotique et dans le contexte d'une surcharge psychogène. Or, outre le fait que l'obésité n'est pas une maladie invalidante en tant que telle, on constate que le diagnostic de polyinsertionite n'a jamais été confirmé, tant par les médecins consultés avant l'octroi de la rente que par ceux mis à contribution dans le contexte de la révision de la rente, ainsi qu'en procédure judiciaire. Aussi, une prise en compte pertinente des affections somatiques constitue-t-elle déjà un changement notable justifiant une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Quant à l'hystérie de conversion présente depuis 1993, on a vu ci-dessus qu'elle n'a plus d'influence sur la capacité de travail dans le sens où l'assurée fonctionne normalement dans son quotidien. Au demeurant, elle ne fait valoir aucun argument propre à remettre en cause le status psychiatrique.

Par conséquent, c'est à bon droit que l'Office AI a considéré qu'il n'y avait plus d'invalidité au sens de la loi et a supprimé la rente au 1^{er} février 2008.

5. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, des frais de justice sont mis à la charge de la recourante, déboutée, à raison de 500 fr. (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'est pas alloué de dépens (art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours formé contre la décision sur opposition rendue le 18 octobre 2007 par l'Office AI est irrecevable.
- II. Le recours formé contre la décision rendue le 4 décembre 2007 par l'Office AI est rejeté et dite décision confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 500 fr. (cinq cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- U. _____
- 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).

La greffière :