

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 janvier 2019

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente  
Mmes Brélaz Braillard et Durussel, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Z.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Claudio Venturelli, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 28 LAI ; 16 et 17 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1956, a travaillé comme manutentionnaire en blanchisserie et couturière dans l'entreprise A.\_\_\_\_\_ SA de novembre 1991 à décembre 2010, emploi qui a pris fin en raison de problèmes relationnels avec ses collègues selon la lettre de licenciement du 31 mars 2010.

L'assurée a été opérée le 22 avril 2010 d'un pousse à ressort à gauche, qui s'est par la suite infecté, raison pour laquelle elle s'est retrouvée en totale incapacité de travail jusqu'en juillet 2010. Dans l'intervalle, un cancer du sein droit a été diagnostiqué et a justifié la poursuite de l'incapacité totale de travail.

Le 30 juin 2010, elle a été opérée d'un carcinome canalaire invasif du quadrant supéro-externe du sein droit. Cette opération a été suivie d'une chimiothérapie et de séances de radiothérapie.

L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 8 décembre 2010.

Dès fin 2010, son médecin traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin praticien spécialiste en médecine interne générale, a retenu également le diagnostic d'épisode dépressif moyen.

Dans un rapport médical du 23 février 2011, le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie et médecine interne générale, a indiqué en rapport avec le cancer du sein qu'une reprise à temps partiel pouvait être envisagée.

Dans des rapports médicaux des 7 juillet 2011 et 12 octobre 2011, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin assistant, du Centre C.\_\_\_\_\_, ont posé comme

diagnostics un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et une anxiété généralisée (F41.1), entraînant une totale incapacité de travail.

Le 20 juillet 2011, le Dr D. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée ne disposait d'aucune capacité de travail en raison de l'épisode dépressif moyen dont elle souffrait.

Dans un rapport médical du 23 avril 2012, le Dr W. \_\_\_\_\_ et la psychologue M. \_\_\_\_\_ ont retenu le diagnostic supplémentaire d'autre trouble de la personnalité, de type psychotique (F60.8) et confirmé la totale incapacité de travailler.

Une expertise psychiatrique a été réalisée par le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 17 octobre 2012, il a fait l'appréciation suivante :

« Au terme de son évaluation, le soussigné admet un *épisode dépressif moyen ou modéré (F32.1) et un trouble anxiété généralisée (F41.11)*, même si le tableau clinique comporte un important théâtralisme et quelques atypies.

*Trouble anxiété généralisée*

[...] Dans le cas présent, on peut admettre une anxiété de fond que l'assurée dit ressentir comme anormale. Celle-ci touche essentiellement le cancer du sein et les conséquences négatives qu'il pourrait avoir. Cette anxiété touche aussi la vie en général de l'intéressée: problèmes économiques et vie conjugale et sociale, en regard de l'atteinte à la santé actuelle. Cette anxiété de fond semble être l'un des déterminants de l'insomnie de début de nuit.

A côté de ce symptôme princeps, on trouve la fatigabilité, la tension musculaire, la sensation d'être à bout, un certain degré d'irritabilité et d'autres symptômes qui se recoupent avec ce que décrit déjà l'épisode dépressif.

Même si cette pathologie anxieuse a un aspect fortement réactionnel, elle semble aujourd'hui évoluer de façon indépendante du facteur de stress initial qu'a été l'annonce du cancer. Il paraît dès lors raisonnable d'admettre le trouble anxiété généralisée, tel qu'il est décrit dans le DSM-IV-TR.

Cette appréciation diagnostique rejoint celle des médecins du centre psychiatrique C. \_\_\_\_\_. Il n'y a dès lors pas lieu de la discuter plus avant.

· *Episode dépressif moyen*

[...] Dans le cas présent, on retrouve les symptômes cardinaux d'un épisode dépressif à savoir la tristesse et la fatigue anormales. On peut encore retenir la perte d'intérêt et du plaisir, même si le soussigné a eu un doute sur ce point. Ces symptômes semblent bel et bien être présents la plupart du temps tous les jours et maintenant depuis plusieurs mois.

L'expertisée se dit par ailleurs insomniaque essentiellement en début et en milieu de nuit. Elle dit que l'appétit est normal et que son poids est stable.

L'estime de soi est manifestement diminuée en regard de ce qui est perçu de son atteinte à la santé physique. L'assurée dit avoir des difficultés à penser et à se concentrer.

Mme Z.\_\_\_\_\_ réfute par contre des idées suicidaires. Elle ne rapporte pas de culpabilité pathologique. Elle ne rapporte pas de symptômes psychotiques.

Ce tableau symptomatologique est compatible avec la présentation de l'assurée. Mme Z.\_\_\_\_\_ est le plus souvent triste. Elle est quelque peu ralentie, même si elle est occasionnellement tendue et quelque peu fébrile. Le tableau clinique paraît bel et bien être celui d'un état dépressif, même s'il subsiste quelques atypies.

Au vu de ce qui précède, le soussigné considère qu'on doit admettre un épisode dépressif. Il doit être qualifié de moyen ou modéré, conformément aux réquisits de la CIM-10 sur ce point. Ce degré de gravité est d'ailleurs corroboré par le score de l'échelle d'évaluation de la dépression du 12.10.2012.

**Appréciation asséculoologique**

[...]

· *Trouble anxiété généralisée*

De façon générale, un *trouble anxiété généralisée* peut interférer sur la capacité de travail des personnes qui présentent ce trouble. Les sujets souffrant de cette pathologie sont peu sûrs d'eux-mêmes. Ils ont besoin d'être anormalement rassurés quant à leurs performances au travail, ce qui est problématique dans une équipe peut diminuer le rendement de tout un groupe [sic]. La peur de mal faire peut conduire à des comportements de procrastination, avec une perte de temps conséquente.

Le trouble anxiété généralisée comprend par ailleurs des symptômes de fatigue et de fatigabilité. Il va de pair avec des déficits attentionnels. Il comprend un sommeil non réparateur avec ses conséquences de fatigue diurne. Tous ces éléments peuvent avoir des conséquences plus ou moins importantes sur le rendement au travail. Ils peuvent générer des erreurs. Le trouble est enfin accompagné d'un sentiment général de mal-être et d'épuisement qui peut devenir incapacitant en soi.

Pour tous ces motifs, il est aujourd'hui justifié de tenir compte de l'anxiété généralisée de cette assurée en termes de limitations psychiatriques.

· *Episode dépressif moyen ou modéré*

[...] Dans le cas présent, l'expertisée est fatiguée et fatigable. Elle est ralentie. Ces points ont des répercussions négatives en terme de rendement.

Par ailleurs, Mme Z.\_\_\_\_\_ a des difficultés à penser et à se concentrer. Elle n'a guère d'intérêt pour une activité professionnelle, l'atteinte à sa santé et ses possibles répercussions négatives l'absorbant entièrement. Dans un tel contexte, l'intéressée pourrait commettre des erreurs au travail. Elle ne serait probablement pas fiable.

Par ailleurs, les cognitions négatives liées à la dépression sont ici particulièrement marquées. On peut parler de *catastrophisation*. On voit mal comment l'assurée pourrait dès lors initier des projets et les conduire à terme aussi petits soient-ils.

Pour tous ces éléments, on doit tenir compte de l'épisode dépressif de Mme Z.\_\_\_\_\_ dans l'appréciation des limitations et de l'incapacité de travail.

· *Conclusion*

Au terme de son évaluation, le soussigné considère qu'il est justifié d'admettre une incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Après beaucoup d'hésitations, il est arrivé à la conviction qu'on doit la chiffrer à 70% et pas plus.

Mme Z.\_\_\_\_\_ a tout de même des ressources psychiques. Elles sont rappelées dans les rapports médicaux des collaborateurs du centre psychiatrique C.\_\_\_\_\_. Si l'assurée est manifestement déprimée et anxieuse, elle garde un contrôle minimal sur ses symptômes. Elle peut sourire. Elle peut réagir à l'humour. Elle peut se montrer attentive et le plus souvent adéquatement réactive sur un entretien psychiatrique de près d'une heure trente. Elle a aussi pu se déplacer en train et seule de la gare de [...] jusqu'au cabinet médical du soussigné. Pour tous ces motifs, il n'est manifestement pas justifié d'attester une incapacité de travail psychiatrique de 100%. Sur un plan médico théorique et d'un point de vue purement psychiatrique, il est raisonnablement exigible que l'intéressée ait une activité lucrative comparable à celle qu'elle exerçait jusqu'ici pour un taux de 30% d'un 100%.

Ce 70% d'incapacité de travail doit remonter au 01.05.2010, soit au premier du mois de la découverte du cancer du sein. Le soussigné n'a pas trouvé d'arguments pour des troubles psychiques incapacitants avant cette date, en se référant à ce qu'il a lu au dossier.

[...]

Sachant que cette situation relève tout de même de facteurs réactionnels et qu'elle comporte quelques atypies, une révision anticipée à 12 ou 18 mois est pleinement justifiée.

Le pronostic de la reprise de travail à long terme demeure toutefois réservé au vu d'un tableau clinique pas toujours typique et d'une évolution anxieuse et dépressive qui dépasse maintenant les deux ans. »

Dans un avis du 31 octobre 2012, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a considéré que l'assurée présentait une totale incapacité de travail dans toute activité depuis le 24 avril 2010. Il a relevé que sur le plan somatique, les médecins de l'assurée ne s'étaient jamais prononcés clairement sur ses limitations fonctionnelles et sa capacité de travail dans une activité adaptée.

Par décision du 4 février 2013, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 2011, basée sur un degré d'invalidité de 100 %.

**B.** Dans le cadre de la révision du droit à la rente initiée en septembre 2013, l'assurée a indiqué que son état de santé était toujours le même et que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à plein temps comme couturière.

Dans des rapports médicaux des 27 septembre 2013 et 11 juillet 2014, le Dr D.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen à sévère, de status post carcinome du sein droit, opéré et irradié, et de dyslipidémie. Il a indiqué que l'incapacité de travail était toujours totale, dans toute activité. Les symptômes étaient de la fatigue, une déconcentration, peu de résistance et une adaptation très diminuée. La patiente disposait par ailleurs de très peu de ressources.

Dans un rapport médical du 4 avril 2014, les Drs F.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, du Centre C.\_\_\_\_\_, ont confirmé les diagnostics posés par leurs collègues et la présence d'une totale incapacité de travail, précisant qu'après une adaptation de la médication psychotrope, l'état psychique s'était légèrement amélioré, ce qui avait permis un retour de suivi auprès

du médecin traitant. Ils ont relevé une angoisse constante avec des pics anxieux, une humeur dépressive, des ruminations, des troubles du sommeil, une anhédonie et des troubles de la concentration avec une difficulté à se concentrer sur autre chose que le cancer. Le pronostic demeurait réservé.

La Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste en gynécologie-obstétrique, a indiqué, dans un rapport médical du 12 août 2014, que l'assurée présentait un lymphoedème au bras droit ainsi que des douleurs qui réduisaient sa mobilité.

A l'initiative du SMR, une expertise pluridisciplinaire, avec un volet psychiatrique, de médecine interne générale et rhumatologique, a été réalisée par le R.\_\_\_\_\_ de [...] (ci-après : R.\_\_\_\_\_). Les Dresses L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, ont rendu leur rapport le 14 mars 2016. Elles ont posé, comme diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, une anxiété généralisée (F41.1) depuis 2010 et une discrète ankylose des épaules prédominant à droite (M75.0), et comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, une obésité avec hypercholestérolémie, un status post tumorectomie et prélèvement du ganglion sentinelle le 30 juin 2010 pour carcinome canalaire invasif, une hyperpathie cicatricielle, un status post quatre cycles de chimiothérapie et post-radiothérapie, un status après libération chirurgicale du pouce gauche à ressaut en avril 2010, une allergie anamnétique aux pollens et une stérilité. Les expertes ont notamment retenu ce qui suit :

**« 4.2 DISCUSSION AU PLAN SOMATIQUE**  
[...]

**Qu'en est-il actuellement ?**

Sur le plan de la médecine interne, on est en face, lors de l'examen actuel, d'une femme de bientôt 60 ans, en bon état général, avec un discours très centré sur ce qu'elle appelle "ma maladie ou la maladie", c'est-à-dire son cancer du sein qui apparaît en rémission, sans traitement particulier.

Objectivement, il existe une obésité de classe I associée à une hyperlipidémie traitée. Cette obésité ne s'associe pas à d'autres

éléments d'un syndrome métabolique, ni à des manifestations de surcharge de l'appareil locomoteur. Elle n'est pas en relation avec une dysendocrinopathie thyroïdienne. Il n'y a pas de diabète.

Mme n'a pas pu nous dire si elle ronflait la nuit. Dans les éléments du diagnostic différentiel de sa fatigue, nous suggérons de rechercher un syndrome d'apnée du sommeil, Mme pouvant y être prédisposée (cou court, obésité).

Sur le plan rhumatologique, on ne retrouve plus l'inactivité totale annoncée lors de la première expertise psychiatrique. Mme se déplace sans difficulté. Elle a pu voyager et rentrer au pays en avion sans éprouver de difficultés sur place dans son pays. Mme a été évasive sur la fréquence de ses retours au pays n'ayant pas donné la même information à toutes les expertes, mais elle ne relate pas de difficulté au cours de ses longs voyages. Elle vaque à ses occupations ménagères, étant aidée par son mari pour passer l'aspirateur et pour faire les courses. M. l'aide à débarrasser la table, entre autres. Mme relate une épargne permanente de son membre supérieur droit au point qu'elle repasse du bras gauche, étant droitière. Elle relate un gonflement permanent du bras.

Objectivement, en dépit de son obésité et d'un déconditionnement qui prédomine au niveau axial, comme cela est habituel chez la femme obèse, ménopausée, Mme est en bon état général et démontre une gestuelle harmonieuse, non limitée lorsqu'elle est distraite et qu'elle ne se sent pas observée, autant pour le dos que les membres. La gestuelle spontanée reste prédominante du côté droit chez une droitière, avec une bonne amplitude de son épaule.

En revanche lorsque l'on teste électivement le membre supérieur droit, Mme démontre un comportement douloureux, et auto-limité, avec un important parasitage, des discordances, des lâchages et des contre-pulsions sur les mêmes groupes musculaires.

On n'objective pas de lymphœdème ni d'évidence d'une sous-utilisation chronique, il n'y a pas d'amyotrophie latéralisée, d'asymétrie des traces de tannage.

Il existe un schéma de discrète capsulose des 2 épaules, prédominant à droite chez une dame qui ne fait pas de physiothérapie active, ni de mouvement d'élévation des bras, ni d'activité en hauteur depuis la survenue de son cancer du sein. L'épaule, à l'âge de l'expertisée, est une articulation sujette à l'ankylose si l'on n'effectue pas régulièrement des mouvements d'amplitude maximale.

L'examen clinique n'est [...] toutefois pas compatible avec une sous-utilisation chronique du membre supérieur telle que Mme la relate. Il y a un manque de concordance entre ce membre qu'elle relate devoir épargner et l'examen clinique montrant des signes d'un usage visiblement normal du membre supérieur droit. L'épargne apparaît momentanée, circonstanciée, lorsque Mme évoque sa maladie. A ce moment, durant quelques instants Mme tient le bras collé au corps, immobile, mais il s'agit d'une épargne se levant dès que Mme porte son attention sur autre chose.

En raison de ce parasitage, l'examen clinique a été complété d'un bilan radiologique confirmant une structure osseuse symétrique et homogène des deux épaules, sans ostéopénie de sous-utilisation à droite.

Les deux expertes de médecine interne et de rhumatologie confirment une certaine hyperpathie en relation avec la cicatrice du sein et celle du creux axillaire, sans signe inflammatoire localement. Cela s'associe à une zone d'allodynie très étendue de l'hémi-ceinture scapulaire et même de l'hémi-tronc à droite, dépassant largement le territoire anatomique concerné par la lésion tumorale, territoire aussi concerné par la chirurgie et la radiothérapie.

Cette allodynie s'associe à des points d'insertion douloureux, en cascade comme on peut le voir dans la fibromyalgie, mais Mme ne répond pas aux autres critères de ce syndrome.

Par rapport au descriptif [du] Dr [...], radiothérapeute qui relatait en novembre 2010, que les cycles de chimiothérapie avaient été bien tolérés, ainsi que la radiothérapie externe à 50 Gy, sans lymphœdème, et sans limitation aucune de l'épaule, conformément au rapport du Dr I. \_\_\_\_\_ en février 2011 qui confirmait que les traitements avaient été globalement bien tolérés, que Mme ne formulait aucune plainte, que l'examen était sans particularité hormis une discrète dermite post-actinique, permettant d'envisager une reprise professionnelle, ainsi qu'un bon pronostic, force est de constater que Mme est plus plaintive au délai actuel, 6 ans après son affection oncologique.

Dans les événements environnementaux délétères, il faut rappeler qu'elle avait perdu quelque[s] mois avant le diagnostic de son cancer son poste de travail dans un contexte conflictuel, après 19 ans dans la même entreprise.

Mme dénie tout conflit au travail mais dit que c'est en raison de sa maladie qu'elle a perdu son poste, ce qui n'est chronologiquement pas le cas, selon les actes du dossier.

Une affection psychiatrique est venue s'ajouter à partir du moment où le Dr I. \_\_\_\_\_ avait encouragé la reprise du travail. Mme dit qu'elle ne s'en sentait pas capable en raison de troubles psychiques pour lesquels elle a eu besoin d'un suivi thérapeutique spécialisé, depuis mai 2011.

L'experte psychiatre débat dans la discussion psychiatrique ci-dessous des répercussions de cette problématique psychiatrique qui a valu la reconnaissance d'une pleine rente d'invalidité, à compter d'avril 2011.

Cela a sans doute contribué à l'aggravation des symptômes subjectifs en relation avec l'état cicatriciel après chirurgie et radiothérapie du cancer du sein, Mme n'évoquant pas de séquelles systémiques diffuses que l'on pourrait attribuer sa chimiothérapie.

En conclusion, au plan somatique, près de 6 ans après un traitement d'un cancer du sein droit localisé, sans dissémination ganglionnaire ni systémique, avec un état actuel de rémission, nous nous trouvons

face à une symptomatologie qui s'est aggravée subjectivement par rapport aux suites immédiates du traitement de son affection oncologique.  
[...]

Dès lors, elle n'a plus une amplitude complète des épaules comme en fin d'année 2010. L'ankylose discrète, prédominant à droite, membre dominant, suscite des limitations fonctionnelles de l'ordre de 50% dans le travail du repassage, nécessitant des mouvements d'abduction et d'antépulsion répétitifs. Dans le domaine de la couture la limitation est moindre, la patiente pouvant travailler sans devoir mobiliser régulièrement le bras en dessus des épaules, elle est évaluée à 25%. Les amplitudes résiduelles observées permettent de vaquer normalement aux activités ménagères pour un ménage de 2 personnes adultes.

Dans un travail ne nécessitant pas l'abduction ni l'antépulsion au-delà de 90°, on peut retenir une exigibilité de 80% chez une dame de 60 ans, ayant perdu son conditionnement au travail.

La sarcopénie de l'âge ne permettrait sans doute pas de récupérer totalement de ce conditionnement et il faut tenir d'une fragilité psychique résiduelle qui empêche la patiente de se motiver pour de la physiothérapie active, et pour une activité sportive qui permettrait de limiter cette ankylose installée en regard de ces deux épaules.

Cette ankylose s'est installée visiblement depuis 2011 progressivement dans le contexte de la comorbidité psychiatrique et du comportement douloureux et kinésiophobe.

Elle n'était pas présente lors du bilan chez l'oncologue en fin d'année 2010 ni en février 2011.

L'incapacité somatique de travail de 50% dans l'ancien travail, de 25% dans un travail uniquement dans la couture et de 0% dans une activité totalement adaptée, sollicitant peu les membres supérieurs, moins répétitive et sans charge est à admettre depuis la décompensation psychiatrique survenue au printemps 2011 avec prise en charge spécialisée en mai 2011.

Elle entre dans les facteurs de pondération à ajouter à l'incapacité psychiatrique reconnue par l'experte psychiatre.

Le diagnostic différentiel permet d'écartier un rhumatisme inflammatoire, une affection systémique, une algodystrophie, des douleurs neuropathiques, une maladie de surcharge métabolique.

Les symptômes de Matheson d'une amplification des symptômes sont largement présents, de même que les symptômes et signes de Waddell en faveur d'un comportement douloureux.

Nous en avons amplement débattu avec la co-experte psychiatre afin de discuter du hiatus entre les éléments d'impuissance décrits par la patiente et nos éléments cliniques rassurants, et peu relevant[s], ne permettant pas d'expliquer les incapacités évoquées par

l'expertisée, selon notre expérience clinique générale de sa pathologie.  
[...]

### **4.3 DISCUSSION AU PLAN PSYCHIATRIQUE**

[...]

En février 2014, d'un commun accord, le suivi psychiatrique est cessé ; le traitement psychotrope est assuré par le Dr D.\_\_\_\_\_, médecin traitant.

Aucune hospitalisation en milieu psychiatrique n'a été nécessaire jusqu'à ce jour. Le traitement psychotrope n'a pas été modifié depuis 2011.

A l'examen clinique de ce jour, Madame est venue seule en train depuis [...]. L'entretien s'effectue en présence d'un interprète, auquel Madame fait souvent appel, comprenant toutefois bien mes questions.

En fonction des sujets, Madame peut s'animer et sourire. Elle répond rapidement aux questions. Aucune fatigabilité ou ralentissement psychomoteur n'est objectivé.

Dans les éléments florides de la lignée dépressive sont relatés une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie (non objectivé), une diminution de la confiance en soi (objectivée) et une vision négative des perspectives d'avenir (objectivée).  
[...]

Au vu des symptômes objectivés, les critères ne sont pas remplis pour un épisode dépressif léger, ni même pour une dysthymie.

Les taux sériques de mirtazapine et de quétiapine effectués le jour de l'expertise montrent des taux élevés pour les doses prescrites.

Persiste une angoisse flottante avec anxiété anticipatrice et ponctuellement [des] symptômes neurovégétatifs correspondant à un trouble de l'anxiété généralisée, d'intensité légère (confirmée par un score de 14 points à l'échelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété). Par ailleurs ces symptômes n'interfèrent qu'en partie sur le quotidien de l'expertisée ; depuis 2013, annuellement, Madame et son mari se rendent en avion au [...] voir leurs familles. Madame s'occupe des tâches ménagères, prépare le repas avec son époux. Les week-ends, elle apprécie les sorties avec son mari. Madame lit volontiers des revues avec des histoires de vie et des retrouvailles, et regarde des films à la télévision. Sa croyance religieuse représenterait un important soutien.

Par ailleurs, de nombreuses discordances sont objectivées lors de l'anamnèse auprès des trois experts, ceci montrant une majoration de symptômes.

Comparé à l'examen clinique relaté par le Dr G.\_\_\_\_\_, en octobre 2012, l'évolution est favorable, avec une nette régression des symptômes dépressifs et une diminution de l'anxiété généralisée.

Le trouble d'anxiété généralisée (intensité légère) entraîne comme limitations : une anxiété anticipatrice, une vulnérabilité au stress et une réduction des capacités adaptatives, interférant tout au plus de **20% dans l'activité exercée et dans une activité adaptée.** »

Dans un avis du 31 mars 2016, le SMR s'est rallié aux conclusions de l'expertise, à savoir que depuis juillet 2014, la capacité de travail de l'assurée au plan somatique était entière dans une activité adaptée ne sollicitant pas les épaules en hauteur ni en charge et que sur le plan psychique, elle présentait une incapacité de travail de 20 % dans toute activité professionnelle. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : activité sans manipulations de charges lourdes supérieures à 7/10 kg, sans gestes demandant de maintenir les coudes au-dessus du plan des épaules ni de soulever des charges de plus de 1-2 kg à bout de bras, activité répartie sur 5 jours ouvrables.

Par projet de décision du 19 octobre 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait supprimer sa rente d'invalidité.

L'assurée s'est opposée à ce projet en date du 9 novembre 2016 et a produit un rapport médical du Dr D. \_\_\_\_\_ du 6 novembre 2016 qui estimait qu'une reprise d'activité professionnelle était illusoire, la patiente n'ayant aucune ressource psychologique. Elle souffrait de dépression et d'insomnies qui avaient des répercussions sur son état de fatigue, qu'elle décrivait comme très important, sur la concentration et la résistance, qui étaient très diminuées, et sur sa capacité d'adaptation, qui était quasi nulle. Elle bénéficiait d'un suivi régulier d'une à deux séances par mois et poursuivait son traitement antidépresseur.

Par décision du 14 décembre 2016, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de la recourante dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification, au motif que son état de santé s'était amélioré et que son taux d'invalidité n'était plus que de 12 %. L'OAI a calculé ce taux en estimant que la recourante pourrait réaliser un revenu d'invalidité de 39'041 fr. 43, fixé sur la base des données salariales statistiques et en tenant compte d'un abattement de 10 % dû à l'âge, revenu que l'OAI a comparé avec celui sans invalidité de 44'471 fr. 91 que la recourante

aurait obtenu en 2016 dans son ancienne activité de manutentionnaire en blanchisserie et couture.

**C.** Le 30 janvier 2017, Z.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision par l'intermédiaire de son mandataire auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens que son droit à une rente entière est maintenu au-delà du 28 février 2017, subsidiairement, au renvoi de la décision querellée à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a fait valoir que sa situation n'avait pas fondamentalement évolué depuis l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_. Elle a requis une suspension temporaire de la procédure de manière à produire le rapport médical de l'expert privé qu'elle avait mandaté, ce que la juge instructeur lui a accordé.

Par courrier du 28 juin 2017, la recourante a produit le rapport d'expertise établi le 8 mai 2017 par la Dresse S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et a fait valoir que ce rapport était complet, convaincant et probant. Elle a estimé avoir droit au maintien de sa rente et à la prise en charge par l'OAI des frais de cette expertise, qui était nécessaire à la résolution du litige.

Dans son rapport d'expertise du 8 mai 2017, la Dresse S.\_\_\_\_\_ concluait à la présence d'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), d'une dysthymie (F34.1), d'un trouble d'anxiété généralisée (F41.1) et d'un status post épisode dépressif moyen (F32.1), qui entraînaient une incapacité de travail de 70 % comme reconnue depuis le 1<sup>er</sup> mai 2010 par le Dr G.\_\_\_\_\_. Son appréciation était la suivante :

**« 4.1.1 Le trouble d'anxiété généralisé (F41.1)**

Ce trouble reconnu depuis au moins 2010 suite à la prise en charge de son cancer et fut confirmée par les deux experts, Dr G.\_\_\_\_\_ en 2012 et le R.\_\_\_\_\_, fin 2015. Les symptômes qui habitent l'expertisée continuent tels que la fatigue, difficultés de concentration et de la mémoire, irritabilité, tensions musculaires, perturbations du sommeil, sensation d'être au bout. L'évolution est donc chronique et fluctuante. En se référant à l'anamnèse détaillée de Mme Z.\_\_\_\_\_, je trouve que ce trouble a été décompensé même avant la découverte de son cancer (en juin 2010), puisqu'elle a reçu l'annonce de son licenciement, après différents

avertissements, le 31.03.2010, lettre dans laquelle son ancien employeur soulignait que le comportement de l'expertisée « engendrait un stress insupportable pour ses collègues ».

#### 4.1.2 **Status post épisode dépressif moyen (F32.1)**

L'état de l'expertisée a été affecté par un état dépressif moyen avec syndrome somatique, celui-ci probablement réactionnel à la découverte et aux suites du traitement de son cancer. Ce diagnostic retenu par le Dr. G. \_\_\_\_\_ en octobre 2012, n'est plus dans le premier plan actuellement et n'a d'ailleurs pas été retenu par les experts du R. \_\_\_\_\_ trois ans plus tard, soit en novembre 2015.

#### 4.1.3 **Dysthymie (F34.1)**

Le diagnostic de dysthymie est retenu en raison de la constatation d'une dépression chronique chez cette femme qui depuis vingt ans au moins, présente au moins deux états dépressifs, léger à moyen, dans des situations comme celles de ses fausses-couches et la découverte de son cancer du sein. Les symptômes dépressifs persistent, sans sévérité importante mais elle décrit clairement la déprime, la fatigue, tout lui coûte, rien n'est agréable, elle se plaint, dort mal, n'a pas de confiance en son propre corps, néanmoins continue de faire face aux activités de la vie quotidienne. La dysthymie est une pathologie qui, différemment de l'anxiété généralisée qui a un début précoce, peut avoir aussi un début tardif.

#### 4.1.4 **Trouble somatoforme indifférencié (F45.1)**

Enfin, le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié décrit plus en détail par le *DSM-V* en tant que **trouble à symptomatologie somatique (300.82)** explique la complexité de la situation de Mme Z. \_\_\_\_\_. Le trouble somatoforme indifférencié est retenu vu la persistance et la variabilité des plaintes somatiques sans qu'elles ne soient au même degré que lors d'une somatisation, sans altération des relations interpersonnelles familiales par contre, avec un impact sur le fonctionnement socio-professionnel. Le *DSM-V* donne plus de détails quant aux éléments cliniques qui amènent à retenir ce diagnostic :

*A. Un ou plusieurs symptômes somatiques causes de détresse ou entraînant une altération significative de la vie quotidienne.*

L'expertisée est en situation de détresse quotidienne en raison de ses douleurs du bras droit avec le sentiment de fourmillement qui l'empêche de faire différentes activités.

*B. Pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques ou à des préoccupations sur la santé suscitées par ces symptômes, se manifestant par au moins un des éléments suivants :*

*1. Pensées persistantes et excessives concernant la gravité des symptômes.*

*2. Persistance d'un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes.*

### *3. Temps et énergie excessifs dévolus à ces symptômes ou aux préoccupations concernant la santé.*

La pensée de l'expertisée est toujours occupée par des préoccupations et dirigée par ses symptômes, comme la douleur, la fatigue, les vertiges, les tremblements et les symptômes neuro-végétatifs comme la transpiration et les sensations de chaleur. La pensée persistante et excessive que présente la patiente concerne la gravité avec laquelle elle vit ses symptômes : pour elle, toute douleur est un signal d'alerte de retour de la maladie. La présence actuellement d'un kyste bénin dans la poitrine lui fait penser au retour du cancer. Il y a également la persistance d'un niveau d'anxiété concernant sa santé et le vieillissement précoce, chez cette femme souffrant d'anxiété généralisée. Les préoccupations concernant sa santé sont devenues « motif de vie », qui prend tout son temps et énergie à cette femme de 61 ans, sans enfants, sans hobbies, sans activités ni d'occupation professionnelle.

*C. Bien qu'un symptôme somatique donné puisse ne pas être continuellement présent, l'état symptomatique est durable (typiquement plus de 6 mois).*

L'évolution est chronique puisque les symptômes persistent, et ce depuis six ans, avec une sévérité moyenne, car il y a au moins deux des critères mentionnés plus haut qui sont présent[s] quotidiennement chez l'expertisée. Je me réfère ici aux douleurs du bras droit, en tant que symptôme spécifique et la fatigue, le ralentissement psychique, l'anxiété d'anticipation, en tant que symptômes non spécifiques. Ces symptômes peuvent être, comme dans le cas de Mme Z.\_\_\_\_\_, associés à une affection médicale et être les séquelles du traitement du cancer, par radiothérapie notamment. Chez elle, même si sur le plan rhumatologique, elle possède encore des ressources et que sa capacité de travail est reconnue à 50% comme repasseuse et 25% comme couturière, Mme Z.\_\_\_\_\_ peut rester inapte à utiliser son membre supérieur droit, simplement en lien avec son atteinte psychique.

#### **4.1.5 Autres pathologies psychiatriques**

La recherche d'autres pathologies comme un trouble de la personnalité sous-jacent n'a pas abouti. Par contre, comme mentionné par le Dr. G.\_\_\_\_\_, « une fragilité de la personnalité sous-jacente est probable ». Cette femme a toujours fonctionné par rapport à un schéma bien défini, dans [un] cadre très structurant. La perte de son emploi a probablement amené une perte d'étayage.

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

Mme Z.\_\_\_\_\_ souffre d'un **trouble somatoforme indifférencié (F45.1)** qui lui ingère depuis 2010 des douleurs physiques et symptômes psychiques invalidants. Malgré les résultats rassurants de l'oncologue après le traitement par intervention chirurgicale et radiothérapie et l'absence d'une pathologie organique ou un mécanisme physiologique bien défini qui expliquerait ses symptômes, l'expertisée a une souffrance clinique significative et a vécu des pertes sur le plan social et financier. Ce trouble mental s'est installé progressivement chez cette personne que le sort a

choisie, pour la deuxième fois, de frapper dans son identité de femme. Après avoir vécu un long et difficile deuil de devenir mère, de constituer une famille et d'avoir des enfants qui s'occuperaient d'elle et son mari, comme cela est schématiquement intégré dans sa culture, sa vie a été chamboulée une deuxième fois par le cancer du sein et elle vit désormais son existence comme une punition. En effet, depuis, sa vie est consolidée autour de la détresse, focalisée sur les symptômes physiques. Elle est même identifiée par ses proches comme une malade, la souffrante, et sa qualité de vie est altérée. Elle doit compter sur son mari pour les tâches ménagères qui nécessitent des efforts physiques. Néanmoins, elle se valorise de pouvoir au moins, préparer le repas de midi.

La comorbidité de l'anxiété généralisée, dysthymie, de trouble somatoforme indifférencié, l'antécédent du deuil, l'approche de l'âge de la retraite et la perte d'emploi a un impact direct sur la fragilité psychique de l'expertisée (personnalité psychonévrotique ?) et explique actuellement la diminution des ressources.

Mme Z. \_\_\_\_\_ assume tant bien que mal son quotidien mais les possibilités qu'elle retrouve une capacité de travail, avec un rythme de vie professionnel, semblent utopiques. Il est évident que l'intensité des symptômes est fluctuante. Ces derniers sont directement influencés par les événements de vie la concernant ou concernant ses proches. Je me réfère ici notamment au décès de son beau-frère suite à un cancer du pancréas qui a ravivé ses angoisses hypocondriaques. La patiente évite désormais de sortir avec des amis comme auparavant et n'a plus de plaisirs. Elle évite également de participer aux réunions de famille car sa crainte concernant l'avenir est tellement envahissante, avec le sentiment permanent d'agitation et de tension interne, que cela ressort avec de l'irritabilité envers ses interlocuteurs et ce, même dans des situations de stress mineures (observé notamment dans l'expertise du R. \_\_\_\_\_).

Elle vit en continu avec l'impression qu'un malheur peut lui arriver et ses troubles psychiques provoquent chez elle une sensation de ne pas pouvoir être assez forte pour répondre aux événements qui peuvent survenir comme la maladie et/ou simplement le vieillissement. Elle arrive malgré tout à faire un certain lien entre ses pensées négatives et les symptômes comme le sentiment d'étouffement, les vertiges, les tensions motrices, les tremblements et la transpiration. D'ailleurs, elle réalise que toutes ses difficultés l'ont menée à s'isoler d'avantage des personnes qu'elle fréquentait auparavant.

A noter que le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié est plus fréquent chez les personnes ayant une éducation et un status socio-économique faible et qui ont vécu des événements de vie stressants, comme c'est le cas chez l'expertisée. Elle a pu fonctionner malgré sa fragilité psychologique (je me réfère ici au trouble d'anxiété généralisé) dans un contexte bien structurant pendant plus [de] vingt ans et a réussi à faire face à l'émigration et à la solitude affective. Or tout s'est effondré lorsqu'elle a eu un problème de santé mineur (doigt à ressort), élément qui a amené la perte de son poste de travail, comme si cela avait été la porte d'entrée dans sa vraie souffrance. Effectivement, culturellement, la

douleur physique est beaucoup plus admise, comprise et reconnue que la souffrance psychologique, qui au contraire peut être stigmatisante. Avec l'enchaînement du diagnostic de cancer et le reste des épreuves vécues, notamment la radiothérapie, cette femme est devenue encore plus vulnérable avec une perception de soi comme étant quelqu'un de malheureux, un sentiment d'impuissance et la recherche de compassion et de soutien chez [...] autrui.

Objectivement, entre les plaintes de l'expertisée et les observations, dans le contexte de la chronification des symptômes, il y a une cohérence entre limitation des aptitudes au travail et ce qu'elle réalise dans la vie quotidienne, soit uniquement le repas et les soins personnels. Donc les ressources actuelles restent très limitées malgré la diminution de l'intensité de certains des symptômes dépressifs grâce à la prise en charge par un traitement antidépresseur et les visites mensuelles chez son médecin traitant.

Je retiens en conclusion que la capacité de travail de l'expertisée est sérieusement atteinte et les ressources adaptatives sont fortement altérées depuis l'effondrement psychologique en 2010.

## **6. Questionnaire**

[...]

Les affections psychiatriques mentionnées plus haut empêchent l'expertisée d'effectuer une activité professionnelle, même dans une activité adaptée à 70 % et cela depuis mai 2010. Les limitations fonctionnelles restent la fatigue, le sommeil non récupérateur avec un réveil matinal tardif, la fatigabilité, le manque d'endurance, une anxiété d'anticipation avec la certitude de ne pas pouvoir assumer les tâches, même simples, les troubles de l'attention, concentration et même une distorsion cognitive en rapport avec son corps, sa maladie et la gestion de ses douleurs. Le mal-être général et le sentiment d'épuisement l'empêchent d'être interactive avec les autres. Du fait de ses troubles psychiques, la patiente sera incapable de s'adapter à une nouvelle activité ou un nouveau cadre de fonctionnement professionnel, car tout effort d'organisation, planification ou d'action serait pour elle insurmontable. »

Dans sa réponse du 10 août 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours et produit un avis médical du SMR du 2 août 2017 qui soulevait que la Dresse S.\_\_\_\_\_ retenait un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, si bien qu'il aurait été nécessaire de mettre en place un volet somatique à l'expertise selon la jurisprudence du Tribunal fédéral. Le SMR ne trouvait dans cette expertise aucune aggravation du tableau clinique tant au niveau des plaintes de l'assurée que des symptômes relevés par l'experte. Celle-ci n'avait pas répété les questionnaires contenus dans le rapport d'expertise du R.\_\_\_\_\_. Selon le SMR, la Dresse S.\_\_\_\_\_ confirmait bien qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état de santé

depuis l'expertise du R.\_\_\_\_\_ de 2016 et il convenait de conclure qu'il s'agissait de l'appréciation différente d'une situation similaire.

Par réplique du 6 octobre 2017, la recourante a fait valoir qu'il appartenait à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires s'il considérait que le rapport privé de la Dresse S.\_\_\_\_\_ ne suffisait pas au regard du diagnostic posé. Elle a conclu à la reconnaissance de son invalidité totale, subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise bidisciplinaire puisque les conclusions de la Dresse S.\_\_\_\_\_ remettaient en doute celles des experts mandatés par l'OAI, notamment du fait que l'experte psychiatre n'avait pas pris en considération, dans sa conclusion, la globalité des symptômes qu'elle avait objectivés.

Dans sa détermination du 20 octobre 2017, l'OAI a considéré qu'il n'y avait pas d'éléments objectifs qui auraient été ignorés des experts du R.\_\_\_\_\_ ou qui seraient survenus postérieurement à la date de leur examen, de sorte qu'il n'y avait pas de raison de douter de leurs conclusions ni de procéder à de nouvelles investigations.

### **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 auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV

173.36] et art. 38 al. 4 let. c LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si l'OAI était fondé à supprimer, à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision, la rente entière d'invalidité accordée à la recourante depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011.

**3. a)** Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, un taux d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

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.

**b)** En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, 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).

En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la

capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où 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 ne soit à craindre.

La diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI).

**c)** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**4. a)** Il convient en l'occurrence d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est modifié depuis la décision de l'OAI du 4 février 2013, par laquelle elle a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 2011.

L'OAI avait alors retenu que l'assurée présentait une totale incapacité de travail sur la base de l'avis du SMR du 31 octobre 2012, qui s'était notamment appuyé sur les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr G. \_\_\_\_\_ du 17 octobre 2012.

**b)** La décision de suppression de rente rendue par l'OAI se fonde sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 14 mars 2016 que cet office a fait réaliser auprès du R. \_\_\_\_\_.

**aa)** Dans cette expertise, les Dresses Q. \_\_\_\_\_ et E. \_\_\_\_\_ ont indiqué, sur le plan somatique, que l'état général de la recourante était bon, malgré une obésité et un déconditionnement. L'expertisée présentait cependant une capsulose des deux épaules, prédominant à droite. Les expertes ont également constaté des zones d'hyperpathie et d'allodynie dans la région du sein opéré - certainement influencées par des éléments contextuels et la maladie psychique - qu'elles n'ont pas considérées comme ayant une influence sur la capacité de travail de la recourante. Contrairement à la Dresse P. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 12 août 2014), la Dresse Q. \_\_\_\_\_ n'a pas retrouvé de lymphœdème au bras droit. Son examen clinique a par ailleurs été caractérisé par un comportement douloureux et autolimité, avec un important parasitage, des discordances, des lâchages ainsi que des contre-pulsions. Tant son examen clinique que le bilan radiologique effectué ont en outre indiqué qu'il n'y avait pas de sous-utilisation chronique du membre supérieur tel que relaté par la recourante. Sur le plan somatique, les expertes ont conclu que la discrète ankylose des épaules entraînait une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de repasseuse, de 25 % dans celle de couturière, mais permettait l'exercice à plein temps d'une activité

sollicitant peu les membres supérieurs, non répétitive et sans charge (rapport d'expertise pp. 37 et 40).

Il est cependant étonnant que, dans le texte de leur rapport d'expertise, les Dresse Q.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_ concluent également à une exigibilité de 80 % dans un travail ne nécessitant pas l'abduction ni l'antépulsion au-delà de 90° (rapport d'expertise p. 37). Elles n'expliquent pas pourquoi elles mentionnent cette capacité de travail différente ainsi que des limitations fonctionnelles qui ne se confondent pas totalement avec celles citées ci-dessus. De même, à la fin de leur rapport (p. 54), elles concluent tout à coup à une incapacité de travail de 40 % dans l'activité de couturière au lieu de celle de 25 % qu'elles avaient précédemment indiquée. Ces éléments nuisent à la valeur probante de leurs conclusions.

L'expertise comporte par ailleurs une contradiction en lien avec l'amplitude du membre supérieur droit : après avoir confirmé l'absence de limitation d'amplitude des articulations du membre supérieur droit, à l'instar du Dr I.\_\_\_\_\_ cinq ans auparavant (rapport d'expertise p. 34), les expertes relèvent que la recourante n'a plus une amplitude complète des épaules comme en fin d'année 2010 (rapport d'expertise p. 37) et se basent d'ailleurs sur cette discrète ankylose pour fixer la capacité de travail exigible.

Les expertes ont en outre suggéré de rechercher un éventuel syndrome d'apnées du sommeil compte tenu des plaintes de fatigue émises par la recourante. On ignore toutefois si un tel diagnostic a été posé et, le cas échéant, s'il implique des conséquences sur les limitations fonctionnelles de la recourante, voire sur sa capacité de travail.

Enfin, les expertes ne se prononcent nullement, dans leur appréciation, sur les céphalées fréquentes dont se plaint la recourante (cf. rapport d'expertise p. 13).

**bb)** L'expertise n'est pas plus convaincante dans sa partie psychiatrique. La Dresse L.\_\_\_\_\_ exclut le diagnostic d'épisode

dépressif, de même que celui de dysthymie, en se contentant de dire que les critères ne sont pas remplis au vu des symptômes objectivés, sans apporter plus de précisions. A cet égard, on constate qu'elle dit avoir objectivé une diminution de la confiance en soi, une vision négative des perspectives d'avenir (rapport d'expertise p. 41) ainsi que la présence d'une déprime (rapport d'expertise p. 29), mais elle ne reprend aucun de ces symptômes dans son appréciation.

Il faut en outre constater que cette expertise psychiatrique ne répond pas aux critères jurisprudentiels qu'il y a lieu désormais d'appliquer aux maladies psychiques pour en apprécier le caractère invalidant, comme cela va être démontré ci-dessous (consid. 4d).

**c)** Le Tribunal fédéral a en effet récemment étendu à l'ensemble des maladies psychiatriques l'application de la nouvelle procédure d'examen structurée d'administration des preuves développée en lien avec les syndromes douloureux somatoformes et les affections psychosomatiques comparables (ATF 143 V 418 et 143 V 409).

Au cours des dernières années, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient 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'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si

les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2).

Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2). 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 (cf. 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 sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du 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, comme par le passé, 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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3).

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 (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

**d)** Dans son expertise psychiatrique, la Dresse L.\_\_\_\_\_ se réfère certes à certains indicateurs énumérés ci-dessus, mais elle ne les examine toutefois pas de manière motivée et suffisante, ni ne se prononce sur leur gravité. Elle mentionne ainsi une majoration des symptômes, sans cependant indiquer de quels symptômes il s'agit. Et elle ne fait à cet égard aucune référence à l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_, qui relevait un « important théâtralisme » tout en reconnaissant une incapacité de travail à hauteur de 70 %.

De même, la Dresse L.\_\_\_\_\_ se réfère aux ressources de la recourante, sans les expliciter. Les seules ressources dont elle semble faire état proviennent de l'entourage de l'expertisée, soit essentiellement l'aide de son mari et les voyages au [...]. Il n'y a en revanche pas de véritable examen des ressources de l'assurée elle-même ou de son absence de ressources.

Finalement, son expertise ne contient pas d'analyse de la structure de personnalité de la recourante et des capacités inhérentes à sa personnalité.

**e)** Dans le cadre de son recours, la recourante a produit un rapport d'expertise psychiatrique établi par la Dresse S. \_\_\_\_\_ le 8 mai 2017. Celle-ci rejoint l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_ et de la Dresse L. \_\_\_\_\_ quant à la présence d'un trouble d'anxiété généralisée. A l'instar de la Dresse L. \_\_\_\_\_, elle constate que l'épisode dépressif moyen retenu par le Dr G. \_\_\_\_\_ n'est plus d'actualité, mais pose celui de dysthymie. A cet égard, elle s'étonne que la Dresse L. \_\_\_\_\_ n'ait pas pris en considération, dans sa conclusion, la globalité des symptômes qu'elle avait objectivés (cf. rapport p. 14). Elle retient de surcroît un trouble somatoforme indifférencié vu la persistance et la variabilité des plaintes somatiques. Dans son rapport, elle explicite de manière convaincante les éléments cliniques qui la font poser ce diagnostic.

La Dresse S. \_\_\_\_\_ se prononce sur la capacité de travail de la recourante sans cependant tenir compte de l'ensemble des indicateurs qu'il y a lieu d'examiner pour déterminer le caractère invalidant des diagnostics psychiques et psychosomatiques posés. Certes, elle constate qu'objectivement, entre les plaintes de l'expertisée et les observations, dans le contexte de la chronification des symptômes, il y a une cohérence entre la limitation des aptitudes au travail et ce que la recourante réalise dans la vie quotidienne, soit uniquement le repas et les soins personnels. Elle en déduit que les ressources actuelles restent très limitées malgré la diminution de l'intensité de certains symptômes dépressifs grâce à la prise en charge par un traitement antidépresseur et les visites mensuelles chez son médecin traitant. Elle n'examine en revanche pas plus avant les ressources dont dispose la recourante, comme notamment le soutien de son mari, ni les raisons pour lesquelles elle majore certains de ses symptômes.

Cela étant, cette expertise ne suffit pas non plus à établir de manière convaincante la capacité de travail de la recourante, d'autant moins qu'il manque un volet rhumatologique afin de connaître la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante au niveau somatique.

**f)** Au final, une nouvelle expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, serait nécessaire pour confirmer (ou non) les diagnostics posés et déterminer la capacité de travail ainsi que les limitations fonctionnelles de la recourante, au regard des nouveaux critères définis par la jurisprudence.

**5. a)** Il apparaît cependant, au vu des circonstances du cas d'espèce, qu'il peut être renoncé au renvoi du dossier à l'OAI en vue de la mise en place d'une telle expertise. La question litigieuse consiste en effet à déterminer s'il existe un motif de révision de la rente entière d'invalidité octroyée à la recourante depuis avril 2011. Or, même si l'expertise à mettre en place arrivait à la conclusion que la recourante avait retrouvé une capacité de travail propre à influencer son degré d'invalidité, il faut constater, comme cela va être démontré ci-dessous, que l'exercice d'une activité professionnelle n'apparaît pas exigible compte tenu de la situation de la recourante.

**b)** Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives ; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA

I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TFA I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329 ; TFA I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 V 457 consid. 3.1 ; TF 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1 et TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2).

Le moment où la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite sur le marché de l'emploi doit être examinée, correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 ; TF 9C\_391/2017 du 27 novembre 2017 consid. 4.1).

**c)** En l'espèce, comme vu ci-dessus, la capacité de travail actuelle de la recourante n'a pas encore pu être constatée de manière fiable. Lors de l'expertise réalisée au R.\_\_\_\_\_ en mars 2016, la recourante, née le 1<sup>er</sup> février 1956, était déjà âgée de 60 ans et, dans l'hypothèse où la nouvelle expertise nécessaire à établir sa capacité de travail serait mise en place, la recourante serait alors âgée de 63 ans, à tout le moins. Une réinsertion dans le monde professionnel à un âge aussi proche de la retraite serait compliquée par le fait que la recourante a travaillé 18 ans dans la même entreprise, comme blanchisseuse-couturière, sur la base d'une formation effectuée à l'étranger, et qu'elle n'a aucune autre expérience professionnelle en Suisse. Un retour à l'emploi, que ce soit dans son activité habituelle ou dans une activité adaptée, est également rendu particulièrement délicat en raison du trouble d'anxiété généralisée dont la recourante souffre - attesté par l'ensemble des experts - puisque celui-ci implique une anxiété anticipatrice, une vulnérabilité au stress et une réduction des capacités adaptatives (cf. expertise du R.\_\_\_\_\_ p. 42). On peut à cet égard rappeler que son précédent et unique emploi exercé en Suisse s'est terminé par un licenciement en raison de son comportement, qui engendrait un stress insupportable pour ses collègues, ce que la Dresse S.\_\_\_\_\_ met sur le compte d'une décompensation du trouble d'anxiété généralisée qui aurait eu lieu déjà à ce moment-là. A cela s'ajoute que la recourante n'a qu'une maîtrise imparfaite du français, comme cela est notamment relevé dans le rapport d'expertise du R.\_\_\_\_\_ (cf. p. 43-45). Finalement, au vu des premiers éléments ressortant de l'expertise du R.\_\_\_\_\_ sur le plan somatique, la recourante semble présenter des limitations fonctionnelles qui ne lui permettraient d'exercer son activité

habituelle qu'à temps partiel. Or, l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations impliquerait une reconversion dans un environnement professionnel totalement nouveau et présupposerait des facultés d'adaptation probablement insurmontables d'un point de vue subjectif.

Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle de la recourante, on peine dès lors à imaginer qu'un employeur consente les moyens et les efforts nécessaires pour lui permettre de se réinsérer dans le monde du travail, si proche de l'âge de la retraite. Dans ces conditions, il convient de conclure qu'elle n'est plus en mesure de retrouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles sur un marché équilibré du travail.

**d)** Par conséquent, en tant que la recourante ne peut plus exploiter son éventuelle capacité de travail sur le plan économique, il en résulte une invalidité totale sur le plan professionnel. En définitive, en l'absence de modification du taux d'invalidité intervenue depuis la précédente décision de l'OAI, c'est à tort que cet office a décidé, par décision du 14 décembre 2016, de supprimer la rente entière d'invalidité octroyée à la recourante depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011.

**6. a)** Dans un autre grief, la recourante requiert de l'OAI le remboursement des frais occasionnés par l'expertise privée réalisée par la Dresse S. \_\_\_\_\_ au motif que celle-ci était nécessaire à la résolution du litige.

**b)** Selon l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C\_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; 9C\_136/2012 du

20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62). De même, selon la jurisprudence, les frais d'une expertise judiciaire seront mis à la charge de l'autorité administrative lorsque celle-ci a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire sert à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 139 V 225 ; 137 V 210).

**c)** Comme vu ci-dessus, l'expertise réalisée par la Dresse S.\_\_\_\_\_ n'a pas permis d'établir de manière fiable la capacité de travail de la recourante. Elle ne s'est pas non plus avérée nécessaire à remettre en cause les conclusions de l'expertise réalisée au R.\_\_\_\_\_, qui comportait des éléments intrinsèques permettant de ne pas lui reconnaître de valeur probante et de constater son caractère lacunaire. L'expertise de la Dresse S.\_\_\_\_\_ consiste ainsi en une offre de preuves apportée par la recourante à l'appui de sa demande de prestations, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en mettre les frais à la charge de l'OAI.

**7. a)** En définitive, le recours est admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la rente entière d'invalidité octroyée à la recourante depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011 est maintenue.

**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 judiciaires (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 14 décembre 2016 est réformée en ce sens que la rente entière d'invalidité allouée à Z. \_\_\_\_\_ depuis le 1<sup>er</sup> avril 2011 est maintenue.
  
- III. Les frais de justice, d'un montant de 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 une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à Z. \_\_\_\_\_.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Claudio Venturelli (pour la recourante),
- 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).

La greffière :