

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 25 mai 2010

---

Présidence de        Mme    THALMANN  
Juges     :        M.    Jomini et M. Zbinden, assesseur  
Greffier     :        M.    Laurent

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

**Z.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représenté par Me Eric Kaltenrieder, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 53 al. 2, 61 let. b LPGA; 69 al. 1 let. a LAI; 93 al. 1 let. a, 117 al. 1 LPA-VD**

**E n f a i t :**

**A.** Z.\_\_\_\_\_, née le 16 avril 1959, est mariée et mère de quatre enfants. Originaire de l'ex-Yougoslavie, elle a suivi l'école primaire dans ce pays. Elle est arrivée en Suisse à la fin du mois de septembre 1983. Depuis l'année 1992, Z.\_\_\_\_\_ a travaillé en qualité de femme de ménage, à concurrence de 20 heures par mois. Dès le mois de mai 1997, elle s'est également occupée de la conciergerie de l'immeuble dans lequel elle réside.

**B. a)** Le 6 janvier 2000, Z.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi d'une rente. Elle invoquait des problèmes de dos et une dépression.

**b)** Dans un rapport du 23 décembre 1998, le Dr H.\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a mentionné que l'assurée souffrait de cervico-brachialgies droites, qui étaient vraisemblablement imputables à un conflit disco-vertébral, dont la localisation n'avait pas pu être déterminée par les examens cliniques et radiologiques. Il a ajouté qu'il existait, outre des douleurs, une origine musculaire par vraisemblable épuisement.

Dans un rapport du 8 février 1999, le Dr H.\_\_\_\_\_ a mentionné que l'examen clinique n'était pas différent du précédent, se caractérisant surtout par une discordance nette entre l'excellente mobilité vertébrale ou périphérique et les douleurs, principalement rachidiennes, que la mobilisation vertébrale engendrait. Il n'a en outre pas pu expliquer les douleurs, surtout palmaires, ressenties par l'assurée à la main droite. Ce médecin a considéré que l'évolution de l'état de santé de l'assurée tendait vers une fibromyalgie.

**c)** Dans un rapport médical du 2 juin 2000 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), la Dresse

B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics suivants :

- cervico-dorsalgies sur troubles dégénératifs modérés (arthrose);
- fibromyalgie;
- état dépressif;
- gastrite aiguë versus maladie ulcéreuse.

Ce médecin a relevé que l'évolution du syndrome dépressif était favorable avec la prescription de Fluctine. Elle a considéré que l'incapacité de travail était totale dès le 20 novembre 1998.

La Dresse B.\_\_\_\_\_ a rendu un nouveau rapport médical, le 17 octobre 2001, et y a retenu les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif. Elle a posé un pronostic réservé. Ce médecin a estimé que les affections précitées avaient une importante répercussion sur l'activité professionnelle de l'assurée et a estimé la diminution de rendement entre 70 et 80%. Elle a suggéré la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et/ou un soutien psychothérapeutique.

**d)** La Dresse B.\_\_\_\_\_ avait joint à son envoi du 27 octobre 2001 un rapport d'expertise, établi en langue allemande, le 18 octobre 1999, par le Dr Y.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, initialement destiné à [...]. L'en-tête de ce rapport, outre le nom du médecin qui l'avait rédigé, mentionnait ce qui suit :

*"dr. med. dr. phil.  
psychosomat. medizin  
psychotherapeut  
allgemeine medizin fmh"*

Le Dr Y.\_\_\_\_\_ avait diagnostiqué des troubles somatoformes indifférenciés avec, au premier plan, des douleurs le long de la colonne vertébrale, ainsi qu'un syndrome du tunnel carpien. Il avait en particulier relevé des divergences entre les plaintes formulées et les résultats de l'examen, raison pour laquelle il avait retenu l'existence d'un trouble

somatoforme douloureux. Le Dr Y. \_\_\_\_\_ avait mis en évidence que ce trouble était accompagné, comme c'était le cas en règle générale, par des symptômes dépressifs. Il avait ajouté que l'absence d'explication somatique aux plaintes formulées et l'absence d'acceptation d'une cause autre que somatique étaient également des éléments typiques d'un trouble somatoforme. Ce médecin avait estimé l'incapacité de travail en tant que femme de ménage entre 80 % et 90 %, dès le 20 novembre 1998. Il avait en outre émis un pronostic défavorable, le trouble somatoforme douloureux ayant tendance à se chroniciser, ce qui entraînait, selon lui, une incapacité de travail durable.

**e)** Le 2 octobre 2002, Z. \_\_\_\_\_ s'est soumise à un examen psychiatrique auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR). Dans un rapport du 8 octobre suivant, la Dresse O. \_\_\_\_\_, psychiatre, a retenu les diagnostics de dysthymie à début tardif, de trouble somatoforme indifférencié, d'intensité légère, et de traits de personnalité dépendante. Elle a relevé que, durant l'examen clinique, l'assurée n'avait pas présenté de signes évoquant une dépression majeure, ni de symptômes de la ligne psychotique. La Dresse O. \_\_\_\_\_ n'avait pas non plus objectivé d'angoisses persistantes, d'anxiété généralisée ou de trouble phobique. Elle a relevé que l'assurée avait bénéficié d'un traitement médicamenteux antidépresseur, introduit par son médecin traitant, mais qu'elle n'avait pas eu besoin d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire ou hospitalière.

Selon la Dresse O. \_\_\_\_\_, la symptomatologie dépressive présentée par Z. \_\_\_\_\_ était insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent. Les plaintes somatiques avaient été multiples, mais elles ne répondaient pas au tableau clinique d'une somatisation, ni à un syndrome douloureux somatoforme persistant. Pour le médecin, s'il existait une comorbidité psychiatrique au trouble somatoforme indifférencié, elle n'avait pas la sévérité d'une affection psychiatrique justifiant une incapacité de travail significative. Ainsi, la Dresse O. \_\_\_\_\_ avait mis en évidence, pendant l'examen clinique, une nette discordance entre les plaintes de l'assurée et des constatations objectives plutôt discrètes. Elle n'avait en outre pas noté de perturbation de

l'environnement psychosocial, malgré l'allégation de lourds handicaps exposés par l'assurée. D'un point de vue psychiatrique, l'examen n'avait montré ni maladie psychiatrique invalidante, ni trouble de la personnalité morbide, ni limitations fonctionnelles. De l'avis de la psychiatre du SMR, la capacité de travail de l'assurée pouvait être améliorée par un soutien psychothérapeutique, qui n'avait jamais été mis en place jusqu'alors.

En conclusion, la Dresse O. \_\_\_\_\_ a estimé que, du point de vue psychiatrique, l'assurée présentait une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée, depuis le 20 novembre 1998. Ce médecin a considéré que la capacité de travail pourrait être améliorée grâce à un traitement. La seule limitation fonctionnelle relevée était une fatigue subjective.

**f)** Le 10 octobre 2002, le Dr C. \_\_\_\_\_, du SMR, se fondant sur le rapport de la Dresse O. \_\_\_\_\_, a retenu que l'atteinte principale à la santé dont souffrait l'assurée consistait en une dysthymie à début tardif avec trouble somatoforme indifférencié. Selon lui, depuis le 20 novembre 1998, Z. \_\_\_\_\_ présentait une capacité de travail de 70 % au moins tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Il a précisé que les limitations fonctionnelles étaient essentiellement subjectives.

Dans un rapport du 29 octobre 2002, la division administrative de l'OAI a retenu une capacité de travail exigible de 70% au moins dans l'activité habituelle ou dans toutes autres activités adaptées. Elle a estimé que, dans tous les cas de figure, le préjudice économique devait être de l'ordre de 30 %. Elle a encore relevé la difficulté d'évaluer le salaire de l'assurée sans atteinte à la santé, dès lors que l'intéressée avait toujours travaillé à temps partiel et que ses gains n'avaient jamais dépassé 10'000 fr. à 12'000 fr. par année.

**g)** Par décision du 31 octobre 2002, l'OAI a retenu que Z. \_\_\_\_\_ présentait une incapacité de travail de longue durée qui, à l'issue du délai de carence d'une année, soit dès le 20 novembre 1999, était de 70 %. Il lui a donc octroyé une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 1999.

**C. a)** Dans un questionnaire pour la révision de la rente, qu'elle a rempli le 19 octobre 2005, l'assurée a indiqué que son état de santé était demeuré stationnaire. Elle a précisé qu'outre la tenue de son propre ménage, elle exerçait la conciergerie de l'immeuble dans lequel elle habitait, ce qui représentait une activité à un taux d'environ 23 %. L'assurée a souligné qu'elle recevait une grande aide de la part de ses filles.

**b)** Dans une "*fiche d'examen du dossier*" du 1<sup>er</sup> mai 2006, l'OAI a relevé que la capacité de travail reconnue était de l'ordre de 70 % depuis le 20 novembre 1998 et qu'un refus de prestations aurait dû être prononcé, en lieu et place de l'octroi d'une rente complète.

**c)** Le 22 juin 2006, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical à l'attention de l'OAI. Elle a retenu les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail de sa patiente :

- cervico-dorsalgies sur troubles dégénératifs modérés et discopathies C4-C5, depuis 1998;
- rachialgies diffuses, depuis 1999;
- maladie ulcéreuse (bulbite érosive et antrite à H. Pylori), depuis 1999.

La Dresse B. \_\_\_\_\_ a estimé que l'état de santé de l'assurée connaissait une aggravation modérée tant à l'égard des douleurs chroniques qu'à l'égard de l'état dépressif. Elle a souligné l'existence de douleurs chroniques au rachis, prédominant à la région cervico-dorsale et à la ceinture scapulaire, ainsi que d'angoisses fréquentes et de fatigue. Selon ce médecin, l'incapacité de travail de Z. \_\_\_\_\_ dans son ancienne activité était totale depuis le mois de novembre 1998 et ce taux n'avait pas évolué. L'activité de femme de ménage n'était plus exigible, pas plus qu'une autre activité, et il y avait une diminution de rendement de 80 % environ. La position assise était possible durant 2 à 3 heures par jour et la position debout pendant 2 heures. L'alternance des positions assise et

debout, ainsi que la marche, étaient possible, mais pas la position à genoux, avec inclinaison du buste ou accroupie. Selon la Dresse B.\_\_\_\_\_, sa patiente ne pouvait soulever des charges ou se baisser, pas plus qu'elle n'était susceptible de faire des mouvements répétitifs des membres ou du dos et de suivre un horaire de travail irrégulier. Ainsi, la seule capacité de travail conservée était celle déjà exercée, à hauteur de 10 % ou 20 %, dans une activité de conciergerie.

**d)** Dans un avis médical du 13 octobre 2006, le Dr L.\_\_\_\_\_, du SMR, a relevé qu'en 2002, il avait été initialement retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 70% dans toute activité, l'incapacité partielle découlant d'une dysthymie à début tardif avec trouble somatoforme indifférencié. Il a souligné que, dans le questionnaire pour la révision de la rente, Z.\_\_\_\_\_ avait mentionné que son état de santé demeurait stationnaire, ce qu'avait confirmé la Dresse B.\_\_\_\_\_, qui avait évoqué une légère détérioration. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a encore précisé que le médecin traitant de l'assurée avait posé les mêmes diagnostics et attesté d'une même incapacité de travail, située entre 80 % à 100 %, qu'en 2001. Il en a conclu que l'état de santé de l'assurée n'avait pas changé de façon significative et que la capacité de travail indiquée dans le rapport du 10 octobre 2002 du SMR restait valable.

**e)** Par projet de décision du 9 mars 2007, l'OAI a relevé que, dans le cadre de la procédure de révision d'office du droit à la rente de l'assurée, il avait été constaté que la décision d'octroi de la prestation A1 était manifestement erronée. Ensuite d'une erreur de transcription, il avait en effet été retenu que Z.\_\_\_\_\_ présentait une incapacité de travail de 70 %, alors qu'il s'agissait en réalité de sa capacité à travailler, l'incapacité étant de 30 %. Compte tenu d'un état de santé stationnaire depuis 2000, tel qu'attesté dans le cadre de la procédure de révision, l'OAI a donc retenu une capacité de travail de 70 %. Sur la base d'un salaire annuel de référence pour une femme effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit 44'084 fr. 56 en 1999, le revenu d'invalidité a été fixé à 30'859 fr. 20. L'OAI a précisé qu'il n'y avait pas lieu de procéder à un abattement, aucune limitation fonctionnelle ne

devant être retenue. Il a encore indiqué que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait pu prétendre, en 1999, à un salaire annuel de 35'591 fr. 22 dans le domaine de la conciergerie. Adapté à la capacité de travail reconnue, cela correspondait à un revenu de 24'913 fr. 85. Au vu de ces éléments, l'OAI a constaté que le revenu annuel hypothétique dans l'activité habituelle de concierge, à 70 %, aurait été inférieur au revenu d'invalidité que l'assurée pourrait percevoir en mettant en œuvre sa capacité résiduelle de travail. Il a dès lors conclu en faveur de la suppression de la rente.

**f)** Par lettre du 23 avril 2007 de son assurance de protection juridique à l'OAI, Z. \_\_\_\_\_ a fait valoir qu'au moment de la décision d'octroi de la rente, outre le rapport du 8 octobre 2002 de la Dresse O. \_\_\_\_\_, l'OAI disposait également de l'expertise du Dr Y. \_\_\_\_\_, qui avait conclu à une incapacité de travail de 80 % au moins. Dans ces conditions, selon l'assurée, la décision d'octroi de la rente ne pouvait être tenue pour manifestement erronée, de sorte que les conditions d'une reconsidération n'étaient pas réunies. L'assurée a également précisé que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis le dépôt de la demande de prestations. A l'appui de cette affirmation, elle a produit un rapport du 18 avril 2007 de la Dresse B. \_\_\_\_\_, selon laquelle sa patiente se trouvait en incapacité de travail à 80 %. Ce médecin avait également estimé que l'état de santé de Z. \_\_\_\_\_ connaissait une "*aggravation modérée*" tant sur le plan physique que psychique.

**g)** Par décision du 26 mai 2008, l'OAI a rendu une décision conforme à son projet du 9 mars 2007, par laquelle il a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée, par la voie de la reconsidération.

Dans une lettre d'accompagnement, datée du 26 mai 2008 également, l'OAI a estimé qu'il convenait, pour apprécier la capacité de travail de Z. \_\_\_\_\_, de se référer au rapport d'examen du 8 octobre 2002 du SMR, qui remplissait, à son avis, toutes les conditions pour se voir conférer une pleine valeur probante. L'OAI a, en revanche, considéré que l'expertise du Dr Y. \_\_\_\_\_ ne permettait pas "*de procéder à l'analyse du*

*trouble somatoforme*" au regard des exigences posées par la jurisprudence, de sorte qu'elle devait être écartée. Au sujet des avis médicaux de la Dresse B.\_\_\_\_\_, l'OAI a relevé que, dans la mesure où ils émanaient du médecin traitant de l'assurée, ils n'étaient pas de nature à remettre en cause l'appréciation du spécialiste du SMR.

**D. a)** Z.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision par acte du 24 juin 2008, concluant, avec suite de dépens, à son annulation et au maintien de la rente d'invalidité qui lui a été octroyée. Elle allègue en substance que, lors de la décision du 28 février 2003, l'OAI était en possession d'une expertise faite par le Dr Y.\_\_\_\_\_, psychiatre, qui avait conclu à une incapacité de travail d'au moins 80% en raison de troubles somatoformes indifférenciés, ainsi que d'un rapport de la Dresse B.\_\_\_\_\_ attestant d'une incapacité de travail totale. La recourante relève que ces rapports sont en totale contradiction avec le rapport rédigé ensuite de l'examen psychiatrique du 2 octobre 2002 du SMR. Elle considère dès lors que l'OAI aurait dû mettre en œuvre une expertise psychiatrique s'il estimait qu'il existait des doutes sur sa capacité de travail résiduelle. A défaut de l'avoir fait, il faut admettre, selon Z.\_\_\_\_\_, que l'office intimé s'est fondé sur l'expertise du Dr Y.\_\_\_\_\_ pour rendre sa décision d'octroi d'une rente d'invalidité complète.

La recourante soutient encore que la décision entreprise est erronée dans la mesure où elle retient que son état de santé n'a pas évolué de manière significative. Elle se réfère au rapport du 18 avril 2007 de son médecin traitant faisant état d'une aggravation tant sur le plan physique que psychique. Elle indique également qu'un carcinome lobulaire invasif sans métastase a été diagnostiqué et qu'elle doit suivre une radiothérapie, une hormonothérapie et éventuellement une chimiothérapie, de sorte qu'elle se trouvera en incapacité de travailler durant le traitement, lequel s'étendra sur plusieurs mois. A l'appui de ces allégations, la recourante a produit un certificat médical non daté de la Dresse B.\_\_\_\_\_ attestant que, depuis le mois de mai 2008, sa patiente présentait un carcinome du sein gauche, pour lequel une opération chirurgicale avait été effectuée le 14 mai 2008.

A titre de mesure d'instruction, la recourante sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire aux fins de déterminer son taux d'incapacité de travail.

**b)** Le 11 août 2008, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI. Il en résultait notamment que la recourante suivait un traitement de radiothérapie, dont la suite devait être fixée selon l'évolution de la pathologie tumorale. La Dresse B.\_\_\_\_\_ avait joint à son envoi deux rapports des 26 mai et 16 juin 2008 du Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oncologie, indiquant notamment que, le 14 mai 2008, il avait été procédé à une quadrantectomie du quadrant supéro-interne du sein gauche avec curage axillaire gauche et que des traitements étaient en cours.

**c)** Par lettre du 18 septembre 2008, l'OAI a indiqué qu'il ne désirait pas se déterminer dans la présente cause.

**d)** Dans sa réplique du 24 octobre 2008, la recourante a relevé que la Dresse O.\_\_\_\_\_ n'était pas psychiatre FMH lorsqu'elle a effectué l'examen psychiatrique, puis rendu un rapport, en 2002. Se fondant sur des décisions judiciaires antérieures concernant le même médecin et la même situation, la recourante a fait valoir que le rapport du 8 octobre 2002 devait être écarté. Elle en a déduit qu'il convenait dès lors de se fonder sur l'expertise du Dr Y.\_\_\_\_\_ afin d'apprécier sa capacité de travail.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent en matière d'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20] et art. 2 LPGA), sous réserve d'exceptions prévues dans la loi. En matière de contentieux, l'art. 69 al. 1 let. a LAI prévoit qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. En l'espèce, la décision

querellée émanant de l'OAI pour le canton de Vaud, elle est donc directement sujette à recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

**b)** La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). Le recours ayant été déposé le 29 août 2008, soit avant l'entrée en vigueur de la LPA-VD le 1<sup>er</sup> janvier 2009, il convient d'examiner s'il est soumis à cette loi ou non.

En matière de droit transitoire, l'art. 117 al. 1 LPA-VD prévoit que les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la loi sont traitées selon cette dernière. Dès lors, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Le recours, déposé en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**2. a)** La décision entreprise a été rendue sur la base de l'art. 53 al. 2 LPGA, qui permet à l'assureur de revenir sur les décisions passées en force. La recourante contestant que les conditions d'une reconsidération aient été réunies, il convient donc d'examiner cette question.

**b)** Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui codifie la jurisprudence antérieure à son entrée en vigueur (cf. ATF 127 V 466 c. 2.c et les réf. citées), l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Pour apprécier s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été

rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 c. 3 et les réf. citées; ATF 119 V 475 c. 1b/cc et les réf. citées). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits; un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (cf. ATF 135 V 215 c. 4.1; ATF 135 V 201). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 c. 3c).

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait ou de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (TF 9C\_359/2007 du 8 mai 2008 c. 2 et les réf. citées; TFA I 512/05 du 3 mai 2006).

On ne saurait faire abstraction des éléments qui ont conduit l'administration à allouer une rente entière d'invalidité au recourant comme si l'on devait statuer pour la première fois sur les droits de l'assuré et modifier sa situation juridique à la lumière exclusivement des données médicales recueillies à l'occasion de la procédure de révision. En effet, de jurisprudence constante, une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronées les décisions initiales (TFA I 8/04 du 12 octobre 2005 c. 3.3). Aussi convient-il d'examiner si, sur la base des éléments à l'origine des décisions initiales,

l'OAI était alors en droit d'allouer une rente entière d'invalidité (TFA I 512/05 du 3 mai 2006 c. 4.2).

**c)** En l'espèce, il ressort du rapport de la division administrative de l'OAI du 29 octobre 2002 que cet office s'est fondé sur le rapport de la Dresse O. \_\_\_\_\_ pour déterminer le taux d'incapacité de travail de la recourante et, partant, sa perte de gain et son taux d'invalidité. Or, ce rapport fait état d'une capacité de travail de 70 % et, a contrario, d'un taux d'incapacité à travailler de 30 %. Il apparaît ainsi que l'OAI a par inadvertance retenu un taux d'incapacité de travail de 70 % dans la décision subséquente d'octroi de la rente.

Ce point n'est toutefois pas décisif. En effet, la recourante se prévaut d'une incapacité de travail découlant d'un trouble somatoforme douloureux. Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65; Pratique VSI 2000 p. 156 c. 4.b), les troubles somatoformes douloureux entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner. Pour se voir accorder une pleine valeur probante, une telle expertise suppose, entre autres, qu'elle émane d'un médecin indépendant qui soit un spécialiste reconnu (TFA I 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 c. 3.b/bb). Or, le dossier de la cause ne contient pas un tel document, aucun des médecins qui s'est prononcé sur les atteintes subies par la recourante dans sa santé psychique ne possédant le titre de psychiatre FMH. En effet, en date du 8 octobre 2002, la Dresse O. \_\_\_\_\_ n'était pas titulaire du titre FMH et elle ne bénéficiait même pas de l'autorisation de pratiquer à titre dépendant, laquelle lui a été délivrée le 24 novembre 2006 par le Service de la santé publique (Tass, S. c. OAI, 31 mars 2008, n° 126/2008). Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (TF 9C\_359/2009 du 26 mars 2010 c. 4.2; TF I 781/06 du 29 octobre 2007 c. 3.1; TF I 594/06 du 10 octobre 2007 c. 5; TF I 65/07 du 31 août 2007 c. 3), le rapport du 8 octobre 2002 de la Dresse O. \_\_\_\_\_ est donc entaché d'irrégularités formelles impliquant qu'il n'a qu'une valeur probante affaiblie. Il n'était donc pas possible d'en tirer des conclusions définitives sur l'état de santé

de la recourante. En ce qui concerne le Dr Y.\_\_\_\_\_, celui-ci est spécialiste FMH en médecine générale, mais pas en psychiatrie. Cela ressort de l'en-tête de son rapport du 18 octobre 1999 et la recourante ne prétend pas le contraire. Enfin, si la Dresse B.\_\_\_\_\_ fait état d'une atteinte dans la santé psychique de Z.\_\_\_\_\_, il faut relever qu'elle est une spécialiste FMH en médecin générale et non en psychiatrie. Elle est en outre le médecin traitant de la recourante, de sorte que ses constatations doivent être admises avec réserve, compte tenu 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 (ATF 125 V 351 c. 3.b/cc et les réf. citées; VSI 2001 p. 106 c. 3.b/bb et cc).

Au vu des éléments qui précèdent, il apparaît que le dossier de la cause n'était pas suffisant pour que l'OAI statue de manière adéquate sur la demande de prestations émanant de la recourante.

**d)** Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. depuis le 1er janvier 2003 l'art. 43 LPG), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (TFA, I 751/03 du 19 mars 2004; ATF 117 V 282 c. 4a; RAMA 1985, n° K 646 c. 4).

Ainsi, l'OAI, constatant qu'aucune expertise médicale répondant aux exigences légales et jurisprudentielles pour se voir reconnaître une pleine valeur probante ne figurait au dossier de la cause, alors qu'elle était indispensable pour apprécier la répercussion du trouble somatoforme douloureux dont se plaignait la recourante, aurait dû ordonner d'office la mise en oeuvre d'une telle mesure et la confier à un spécialiste reconnu et indépendant. En ne procédant pas de la sorte et en rendant la décision d'octroi d'une rente, le 31 octobre 2002, l'office intimé a appliqué de manière erronée le principe inquisitoire qui prévaut en droit

des assurances sociales. Il s'agit d'un principe essentiel, qui tend à l'établissement d'un état de fait complet et exact par l'assureur, afin qu'il puisse prendre une décision en toute connaissance de cause (ATF 117 V 282 c. 4.a). Cette irrégularité est en outre manifeste et n'a pas trait à un point sur lequel l'office intimé disposait d'un pouvoir d'appréciation.

**e)** Au moment de la décision du 28 mai 2008, le dossier de la cause ne contenait toujours pas d'expertise émanant d'un spécialiste reconnu et indépendant, qui est seule susceptible de permettre de trancher la question de savoir si la recourante souffre d'une affection invalidante ou non sur le plan psychiatrique. En rendant néanmoins une décision qui a clôturé la procédure de reconsidération, par laquelle il a supprimé la rente d'invalidité octroyée à Z.\_\_\_\_\_, l'OAI a donc de nouveau violé les règles légales et jurisprudentielle applicables, en particulier l'art. 43 al. 1 LPGA. Partant, la décision entreprise doit être annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée. C'est le lieu de relever qu'outre des problèmes d'ordre psychique, la recourante se plaint également de troubles somatiques, sous la forme de cervico-dorsalgies et de rachialgies diffuses. Elle a en outre fait état d'un problème oncologique. Dans ces conditions, il appartiendra à l'OAI de procéder à un complément d'instruction, en ordonnant la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire émanant d'un centre d'expertises, qui devra traiter des affections psychiques et somatiques invoqués par Z.\_\_\_\_\_, de leur évolution et de leur influence sur la capacité de travail de l'intéressée. L'OAI devra ensuite rendre une nouvelle décision.

**3.** Au vu des considérations qui précèdent, le recours déposé par Z.\_\_\_\_\_ doit être admis, la décision du 28 mai 2008 de l'OAI étant annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée, pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

Bien que la procédure de recours en matière d'AI ne soit pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il n'y a pas lieu de mettre des frais à la charge d'une autorité agissant dans le cadre de ses prérogatives étatiques (cf. art. 49 al. 1 et 52 al. 1 LPA-VD).

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 55 et 91 LPA-VD), dont le montant doit être arrêté, sans égard à la valeur litigieuse, en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 7 al. 3 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]), et qui doit être mise à la charge de l'office intimé (art. 55 al. 2 LPA-VD), par 2'000 francs.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision du 28 mai 2008 de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante Z. \_\_\_\_\_ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Eric Kaltenrieder (pour Z.\_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :