

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 avril 2016

Composition : Mme THALMANN, président
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

X. _____, à Yverdon-les-Bains, recourante, représentée par Me Alexa Landert, avocate à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 6ss, 25 al. 2 et 53 al. 1 - 2 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Le 21 juillet 2003, X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité.

Dans son rapport du 27 juillet 2003, le Dr W._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique, troubles réactionnels et de l'adaptation, ainsi que de cervico-dorsalgies chroniques sur somatisation, femme battue (par le mari). S'agissant de l'incapacité de travail, il mentionne "semblant anamnestiquement totale depuis fin 2000". Il indiquait en outre ce qui suit :

"Chez cette patiente suivie depuis 97 par [...] et [...] depuis 2001 sans « grandes » modifications de ces symptômes « de nervosité » se disant incapable de travailler et qui sera retrouvée en 2000, travaillant au noir, par les inspecteurs de la N._____,... une expertise serait impérative afin d'y voir clair (si cela est possible !)."

Il a joint à ce rapport un compte rendu d'entretien du 12 février 2001 du [...] d' [...] avec l'assurée dont il résulte notamment qu'elle a subi des atrocités pendant la guerre en Bosnie dont elle n'a pas parlé à son époux craignant d'être repoussée par lui s'il en avait connaissance, et un rapport du 15 mai 2001 du Dr E._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, qui a posé les diagnostics de cervico-dorsalgies chroniques sans substrat clinique actuel entrant dans le cadre d'une somatisation et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

Il a notamment relevé ce qui suit :

"Appréciation

C'est bien, à mon avis, ce dernier diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe qu'il faut retenir plutôt que celui d'un syndrome de stress post-traumatique.

En effet, la description épouvantable que fait le traducteur, qui connaît bien la patiente, des violences subies (brutalité, viol...) ou vues (assassinat, peut-être même de son premier mari (il y a un doute de compréhension de ma part et je n'ai pas voulu faire répéter, préciser les choses)) ont provoqué un stress psychique chronique.

Une condition de ce diagnostic est que le changement de personnalité doit être confirmé par un tiers. C'est le cas de cette patiente, selon le traducteur qui semble bien connaître cette patiente.

Les plaintes somatiques ne correspondent pas à une pathologie rhumatismale habituelle.

Le Docteur Z._____, rhumatologue à [...], parle dans son rapport du 27 juillet 2000 « d'un syndrome cervical aigu sur dysfonction inter-vertébrale mineure et troubles statiques ». Comme lui, je pense que l'on peut exclure une pathologie inflammatoire, une hernie discale ou tout autre trouble organique.

L'ensemble des autres plaintes, insomnies, cauchemars, gastralgies, irritabilité, entrent dans le cadre d'une somatisation, d'un trouble somatoforme accompagnant un syndrome dépressif réactionnel grave.

Bref, cela pour dire qu'actuellement, il n'y a pas de signe clinique pouvant expliquer l'importance des plaintes de cette patiente. Le seul élément pathologique est une discrète tuméfaction de la cheville gauche. Cette articulation reste cependant asymptomatique.

Il s'agit d'un problème psychiatrique qui nécessite et nécessitera longtemps encore un traitement. Actuellement Madame X._____ est satisfaite de son suivi au [...] d' [...].

Le diagnostic psychiatrique est déjà évoqué par le Docteur W._____, médecin traitant dans son rapport du 6.3.01 où il donne le diagnostic de « syndrome de stress post-traumatique ». C'est bien de cela qu'il s'agit, avec une évolution chronique, qui modifie la personnalité.”

Le 16 avril 2004, les Drs R._____ et V._____ de l'Unité de psychiatrie ambulatoire (UPA) d' [...] ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Ils ont en outre relevé notamment ce qui suit :

“5) Consta[ta]tions objectives

Il s'agit d'une jeune femme de 30 ans, faisant son âge, elle s'habille de manière très simple. L'hygiène est correcte. Elle est très peu collaborante, souvent adoptant une attitude méfiante. La mimique est particulièrement sévère avec un regard triste et plein

d'agressivité. Elle ne sourit jamais. L'orientation dans les trois modes est dans la norme, le discours est cohérent. Avec l'aide de la traductrice, on ne relève pas de troubles de cours ou du contenu de la pensée. La thymie est triste, elle se sent souvent envahie par des angoisses qui parfois prennent le dessus et débordent par un comportement impulsif. Elle ne présente pas d'idées suicidaires mais elle a une vision très négative de l'avenir; parfois se demande pourquoi elle doit continuer à vivre, et que la mort pourrait la soulager. Sur le plan psychotique, on ne relève pas de symptômes florides, tels que des hallucinations ou des idées délirantes. La patiente est démotivée, désintéressée par rapport à tout ce qui peut l'entourer, elle a beaucoup de peine à assumer les activités ménagères, se faisant souvent aider par son mari. Elle se culpabilise surtout quand elle ne peut pas s'occuper de ses filles.

[...]

7) Thérapie

La patiente est sous traitement antidépresseur ordonné par le Dr W. _____ qui apparemment est pris de manière irrégulière. Les derniers résultats d'analyse de la Fluctine parlent en faveur d'une non compliance.

L'évolution de cette patiente s'est chronifiée depuis déjà des années.

On ne peut pas imaginer un rétablissement de l'équilibre antérieur en raison d'une part du vécu traumatisant et catastrophique durant la guerre et d'autre part en raison de l'état dépressif devenu chronique chez cette patiente."

Le 8 juin 2005, l'assureur perte de gain N. _____ a transmis à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le dossier médical de l'assurée. Y figurait notamment une expertise effectuée par le Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a établi son rapport le 10 juillet 2001 dans lequel il a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Il a exposé notamment ce qui suit :

"Il faut relever que le 3 avril 2000, la patiente et son mari ont comparu devant un juge pour recel. Il leur était en effet reproché d'avoir accepté qu'un ami dépose des objets dont il a été prouvé qu'ils étaient volés. Le couple a été condamné à 2 mois de prison avec sursis pendant 2 ans, de même qu'à une expulsion du territoire suisse pour une durée de 3 ans avec sursis pendant 2 ans. Comme elle le dit, Madame X. _____ considère ce jugement comme une injustice flagrante, dans le sens où elle n'a elle-même commis aucun acte de vol et dit ne pas avoir su la provenance de ces objets entreposés chez elle.

[...]

STATUS PSYCHIATRIQUE

Patiente bien orientée dans le temps et dans l'espace de bonne présentation et collaborante durant l'entretien. Elle ne présente pas de trouble de la concentration, pas de trouble de la mémoire bien que ses réponses soit peu précises concernant les dates de son passé. Il y a une attitude très morose et pessimiste face à l'avenir. Il y a des idées de mort mais pas d'idées suicidaires dans le sens où l'existence de ses enfants lui interdit de tels actes. L'humeur est triste, il y aura des pleurs fréquents durant l'entretien, particulièrement durant l'évocation des événements et des violences qu'elle a vécus. Il y a une importante difficulté à assumer les activités ménagères, sociales ou professionnelles. La fatigabilité est très importante. Il y a un repli sur elle-même, un ralentissement psychomoteur, des troubles du sommeil sous forme d'insomnies importantes avec des réveils durant la nuit, des cauchemars et des réveils précoces. Il y a un net manque de réactivité émotionnelle à des événements habituellement agréables, des idées de dévalorisation et de culpabilité.

Durant l'entretien, il n'y a pas eu de mise en évidence de symptômes francs de la lignée psychotique, à savoir hallucinations auditives ou visuelles, idées délirantes structurées ou non structurées.

[...]

DISCUSSION ET CONCLUSION

Cette patiente dont on peut percevoir le parcours tant familial que « professionnel » jusqu'au début de la guerre en Yougoslavie à savoir en 1992 comme tout à fait normal, suite à des sévices corporels et sexuels été tellement traumatisée que la conséquence en a été un effondrement massif de sa personne. La reconstruction de l'identité de mère, de femme, de même que d'une identité professionnelle s'est faite de manière trop rapide, donc par là aussi très fragile. Il m'a été impossible de déterminer des traits de personnalité, mais la patiente se décrit comme une grande travailleuse avant la guerre avec des envies et un certain plaisir de vivre mais toutes ces caractéristiques se sont totalement éteintes suite aux événements vécus en Yougoslavie. Les plaintes somatiques (migraines, nuqualgies et gastralgies) sont certainement à mettre sur le compte d'un état dépressif important qui est en train de se chroniciser et qui a pour conséquence un trouble de la personnalité qui fragilise énormément la patiente. Il est clair que toute l'agressivité, la colère et la haine à l'encontre de ses bourreaux qui n'ont pas pu être exprimées, sont en train de se retourner contre elle pour entretenir l'état dépressif et les somatisations.

Je pense que s'être mise dans une situation de recel en sachant qu'elle pouvait être condamnée fait partie de cette « auto-destruction » (retournement de l'agressivité contre elle-même) que la patiente est en train d'opérer et il va être selon moi difficile de l'enrayer. En effet, elle se décrit comme très dépendante et il est clair qu'au sein de la communauté yougoslave de réfugiés en Suisse, elle paraît démunie pour pouvoir lutter contre certaines règles. Il est probable que le recel a été accepté à contre-cœur et qu'elle y a été plus ou moins forcée. Ces événements, de même que la condamnation sont vécus comme une injustice, une trahison,

comme si personne ne pouvait comprendre ce qu'elle a vécu lors de son emprisonnement. La possibilité de développer une sinistrose avec revendication de manière inconsciente n'est pas impossible et je reste très sceptique quant à une reprise de travail pour cette patiente. Je l'ai par contre enjoint, d'absolument continuer la prise en charge tant avec son médecin traitant le Docteur W. _____ qu'avec le Docteur A. _____, psychiatre au [...] afin de pouvoir exprimer son courroux, son agressivité pour qu'ils ne s'accumulent pas en elle et arrêtent de la détruire. Le traitement antidépresseur ou psychotrope doit aussi être poursuivi et je pense que ce sera au Docteur A. _____ dans le courant de l'automne 2001 de vous envoyer un rapport concernant l'évolution de cette patiente.

Suite à un téléphone avec son médecin traitant le Docteur W. _____, ce dernier m'apprend que cette patiente travaille actuellement sans être déclarée à [...] et ceci avec d'autres congénères dans la même situation qu'elle. Il vous a averti de cette situation et m'a dit qu'une enquête allait être menée. Cette information bien entendu ne change en rien mon appréciation psycho-dynamique mais le diagnostic de simulation doit aussi être retenu. Ce diagnostic n'exclut pas pour autant l'état de stress post-traumatique ou de modification de la personnalité après une expérience de catastrophe. Associé au trouble simulation, il existe fréquemment un trouble de personnalité anti-sociale, trouble qui se serait développé progressivement dès son arrivée en Suisse qui doivent être perçus comme une revendication voire une réparation des sévices subis. Comme dit auparavant, la probabilité qu'elle ait été par son entourage social et familial « contrainte » à travailler au noir ne peut être exclu et montrerait par-là l'importance des traits de personnalité dépendante. Je pense malgré tout que cette patiente pourrait bénéficier d'une aide psychologique mais que son « sabotage » rendrait ce soutien difficile.”

La N. _____ a en outre écrit le 8 juin 2005 à l'OAI ce qui suit :

“En ce qui concerne les indemnités versées, nous vous indiquons ci-dessous les taux et périodes indemnisés.

100%	du	14.04.2000	au	16.04.2000
100%	du	20.04.2000	au	23.04.2000
100%	du	25.05.2000	au	29.05.2000
100%	du	19.06.2000	au	27.06.2000
100%	du	05.07.2000	au	16.07.2000
100%	du	11.09.2000	au	30.09.2000
100%	du	30.12.2000	au	31.05.2001

En outre, nous vous informons que nous avons signifié, par lettre signature du 18 octobre 2001, à Mme X. _____ que nous l'invitions à nous rembourser l'intégralité de nos prestations du fait qu'elle nous avait dissimulé une double activité. Actuellement, elle nous rembourse Fr. 100.- par mois.”

Les Drs S. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et U. _____, spécialiste en psychiatrie, ont examiné

l'assurée le 10 mars 2006. Il résulte de leur rapport du 26 avril 2006 notamment ce qui suit :

“Status général

Mme X._____ est une femme de 32 ans, paraissant prématurément vieillie, en état cependant conservé, étant démonstrative à l'entretien et à l'examen clinique. Notamment, durant l'entretien, elle fait de nombreuses grimaces, pousse de petits gémissements, pleure par moments et émiette un mouchoir en papier. A l'examen clinique, elle poussera aussi de nombreux gémissements à l'examen articulaire. Durant l'entretien, qui dure 45 minutes, elle se lève une seule fois, puis, se rassoit. Le déshabillage en début d'examen clinique se fait de manière fluide, puis, l'habillage à la fin de celui-ci se fait en évitant l'antéflexion du tronc, l'assurée s'apercevant à ce moment qu'on l'observe. Durant l'examen, l'assurée applique les mesures de protection rachidienne.

[...]

Status psychiatrique

L'assurée est en retard de quelques minutes, est venue en train accompagnée par son mari. Un interprète de langue serbo-croate est présent pendant l'entretien. Tenue et hygiène correcte. L'assurée est déjà en pleurs dans la salle d'attente. Le discours est répétitif, centré sur sa souffrance. Très tendue, parle et pleure en même temps, ne regarde presque jamais l'interlocuteur ou l'interprète. Concernant son comportement : utilise constamment des mouchoirs que par la suite va détruire en petits morceaux, qu'elle accumule sur la table d'entretien. Dit ne pas pouvoir s'empêcher de serrer quelque chose dans ses mains. Perte d'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables. Troubles de l'attention et de la concentration, caractérisés par des interruptions du discours, avec de la peine à reprendre les thèmes abordés. Méfiante, se sent observée par les gens dans la rue, motif pour lequel elle reste enfermée à la maison, a l'impression qu'ils pourraient lui faire du mal. Présence d'hallucinations auditives, des voix lui disent de sauter par la fenêtre, à plusieurs occasions a entendu la voix de ses filles l'appeler et c'est son mari qui lui a confirmé que personne ne l'appelait, a entendu la voix de sa mère à la cuisine quand elle était couchée dans le salon. Présence d'un sentiment de déréalisation pendant la nuit : on vient la chercher pour voler, ils l'amènent au ciel et pourraient la lâcher dans l'eau. A la conviction d'avoir vraiment vécu ces phénomènes, même que moi-même ou l'interprète pourrions vivre ce type d'expérience. Présence d'un sentiment de désespoir, accompagné d'idées noires (n'a pas envie de vivre). Pas de symptomatologie type crises de panique déclenchées au cours de l'entretien. L'assurée ne fume ni ne boit d'alcool.

[...]

DIAGNOSTIC

- avec répercussion sur la capacité de travail :

- TROUBLE DEPRESSIF RECURRENT, EPISODE ACTUEL SEVERE AVEC SYMPTOMES PSYCHOTIQUES (F 33.3).
- ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHRONIQUE (F 62.0) (MODIFICATION DURABLE DE LA PERSONNALITE APRES UNE EXPERIENCE DE CATASTROPHE).

- sans répercussion sur la capacité de travail :

- RACHIALGIES DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES ET DEGENERATIFS DU RACHIS.
- OBESITE.

APPRECIATION CONSENSUELLE DU CAS

Suite à des coups que l'assurée a reçus dans le cadre d'un internement dans un camp de prisonniers à [...], l'assurée a développé des cervicalgies, qui se sont petit à petit accompagnées de brachialgies et d'une impression d'endormissement des deux membres supérieurs. Par ailleurs, suite à sa première grossesse, l'assurée a développé également des lombalgies, qui s'accompagnent de douleurs des membres inférieurs seulement à la marche. Ces lombalgies sont au second plan de la symptomatologie douloureuse. Au status, on note de discrets troubles statiques du rachis. Les mobilités cervicale et lombaire sont bien diminuées, mais il existe des signes de non organicité selon Waddell (discordance entre la distance doigts-sol et doigts-orteils, démonstrativité de l'assurée, lombalgies à la pression axiale céphalique et à la rotation du tronc, les ceintures bloquées). Par ailleurs, l'assurée présente des douleurs à la palpation non seulement des divers points typiques de la fibromyalgie, mais également des points de contrôle (masses musculaires des quatre membres). Ce tableau de douleurs ubiquitaires ne correspond donc pas à une fibromyalgie, vu que les points de contrôle sont également douloureux. Ces diverses douleurs musculo-squelettiques n'ont cependant pas de substrat organique, vu que la mobilité des articulations périphériques est parfaitement conservée et qu'il n'y a pas de signe pour une arthropathie inflammatoire. Par ailleurs, le status neurologique est tout à fait normal, mis à part une diminution de force aux mouvements distaux des pieds dans toutes les directions, cette diminution de force étant attribuée par l'assurée à des douleurs diffuses musculaires des membres inférieurs, mais pouvant aussi correspondre à un manque de collaboration. Malheureusement, nous n'avons aucune radiographie à notre disposition, mais, selon la description de ces dernières par le Dr W. _____, il existerait de légers troubles statiques et des troubles dégénératifs du rachis ne touchant que les articulaires postérieures. Sur la base de l'anamnèse, du status et des examens complémentaires, nous retenons donc les diagnostics somatiques susmentionnés. Les troubles statiques et dégénératifs rachidiens étant relativement modérés, ces derniers ne conduisent pas à des limitations fonctionnelles ou à une diminution de la capacité de travail. Par ailleurs, les douleurs ubiquitaires des quatre membres que présente l'assurée ne peuvent conduire à une incapacité de travail d'un point

de vue purement rhumatologique, au vu de l'absence d'une origine purement organique. Ainsi, les limitations fonctionnelles et l'incapacité de travail n'est due qu'à la pathologie psychiatrique.

Sur le plan psychiatrique, assurée de 31 ans, mariée, deux enfants, sans profession. Arrive en Suisse en 1996 comme réfugiée politique. A occupé un poste d'ouvrière pendant sept mois puis a été licenciée, n'étant pas satisfaisante pour son poste, selon son employé [...] SA). Au chômage du 01.11.2000 au 31.10.2002. Demande de prestations AI le 18.07.2003.

L'anamnèse psychiatrique met en évidence un trouble dépressif récurrent et un état de stress post-traumatique chronique. Ceci a déjà été diagnostiqué par le Dr J. _____ le 10.07.2001 dans une expertise pour la N. _____. Le trouble dépressif a évolué entre moyen et sévère, ce qui a été constaté par l'unité de psychiatrie adulte d' [...], dans son rapport médical du 16.04.2004.

L'examen psychiatrique permet de constater une symptomatologie dépressive avec des symptômes psychotiques congruents à l'humeur (thèmes délirantes et hallucinations typiquement dépressifs). En outre, la méfiance, le sentiment d'être observée ou de pouvoir être agressée, accompagné des cauchemars (des viols) correspondent à un état de stress post-traumatique chronique, ou, selon la CIM 10, une Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Cette comorbidité psychiatrique chronique, résistant au traitement conforme aux règles de l'art, constitue une atteinte à la santé mentale à l'origine d'une incapacité de travail de longue durée.

Les limitations fonctionnelles sont :

Du point de vue ostéoarticulaire, il n'y a aucune limitation fonctionnelle.

Du point de vue psychiatrique : Tristesse, méfiance, troubles de l'attention et de la concentration, troubles de la mémoire, sentiment de désespoir, perte d'intérêt pour les activités de la vie quotidienne, présence d'hallucinations auditives, et d'un sentiment de déréalisation.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

Du point de vue rhumatologique, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail, les troubles statiques et dégénératifs du rachis étant relativement modérés et les douleurs ubiquitaires des quatre membres n'ayant pas de substrat organique clair.

Du point de vue psychiatrique, depuis juillet 2001.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Du point de vue purement rhumatologique, il n'y a jamais eu d'incapacité de travail.

Sur le plan psychiatrique, péjoration : l'état de stress post-traumatique chronique s'est compliqué par un trouble dépressif

récurrent évoluant de moyen à sévère, avec des caractéristiques psychotiques.

Concernant la capacité de travail exigible, Sur la base des observations pluridisciplinaires qui ont été faites lors de l'examen SMR Suisse romande du 10.03.2006, il apparaît que la capacité de travail est nulle dans toute activité pour des motifs purement psychiatriques.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 0 %
DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 0% POUR DES RAISONS
PUREMENT PSYCHIATRIQUES DEPUIS 2001"

Le 12 juillet 2006, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} juillet 2002.

Il a confirmé ce projet par décision du 1^{er} novembre 2006.

L'assurée avait déclaré qu'en bonne santé elle travaillerait à 100%. Une enquête économique sur le ménage a été ordonnée à la demande de la Caisse cantonale de compensation concernant les prestations complémentaires pour évaluer si l'assurée était en mesure de s'occuper de son dernier enfant né en 2006. Le rapport du 14 décembre 2007, selon lequel il n'y avait pas lieu de revenir sur le statut d'active à 100% de l'assurée, mentionnait notamment qu'elle ne se rendait jamais seule dans une grande surface, se disait incapable de faire des choix, la foule l'angoissant, qu'elle se sentait menacée et fuyait. L'ensemble des courses était exécuté par son mari ou par les enfants qui allaient acheter les produits frais du jour. L'assurée ne descendait jamais à la buanderie, craignant de rencontrer du monde. S'agissant des soins aux enfants, le rapport mentionnait ce qui suit :

"Les enfants sont totalement livrés à eux-mêmes. Le matin ils se débrouillent pour partir à l'école. La petite dernière âgée de 18 mois, est levée par sa mère, elle la change, (la nourrit encore au sein) puis la pose au salon. L'assurée se couche sur le canapé et l'enfant joue au sol. Le bain est donné par le père car l'assurée ne peut pas se pencher dans la baignoire.

A midi, la petite dernière est nourrie par le mari ou les enfants, l'assurée dit ne pas manger (?). Les 2 filles aînées préparent un repas congelé au micro-ondes, elles mangent seules.

Les filles sont totalement livrées à elle-même pour faire leur leçon, aucune aide de la mère. Au contraire, elles sont mises à contribution pour ranger la maison et s'occuper de la petite dernière. L'assurée ne va jamais rencontrer les professeurs, elle ne participe pas aux activités récréatives de ses filles.

Elle sort au parc uniquement si elle est accompagnée. Elle semble incapable de jouer avec ses enfants, ni d'être à leur écoute."

L'enquêtrice concluait son rapport en ces termes :

"Visite à domicile sur demande des PC pour évaluer si l'assurée est en mesure de s'occuper de son dernier enfant âgé actuellement de 19 mois. L'entretien a lieu chez l'assurée en présence de sa sœur qui fait office de traductrice.

Pendant l'entretien, l'assurée est allongée sur le divan, regard fixe et hagard elle répond par monosyllabes aux questions que traduit sa sœur. La tête baissée, elle évite de croiser le regard de l'enquêtrice. Pendant ce temps, l'enfant âgée de 19 mois s'amuse par terre. De temps en temps, elle vient se mettre dans les bras de sa mère pour téter le sein, puis repart. La mère paraît froide et distante presque absente. L'enfant est souriant et très confiant.

L'enquête ménagère dans sa forme habituelle n'est pas en mesure de répondre aux questions de la fiche d'ex. N° 4. De même, que les compétences de l'enquêtrice ne permettent pas de répondre à des questions qui sont du ressort du médecin de famille voire d'un pédopsychiatre.

Toutefois, il ressort de l'entretien que cette assurée est gravement atteinte dans sa santé comme le décrit l'examen pluridisciplinaire effectué au SMR le 10 mars 2006. Elle est totalement dépassée par les tâches de mère de famille et visiblement incapable de faire face seule. Son mari est sans emploi depuis de nombreuses années (il serait aussi atteint dans sa santé), il est présent et seconde son épouse. Ses 2 filles âgées de 11 et 9 ans interviennent dans les tâches ménagères au-delà de ce que l'on peut exiger d'enfants de cet âge dans notre culture."

B. Le 3 octobre 2008, l'OAI a initié une procédure de révision.

Il résulte des CI (Comptes Individuels) que l'assurée a travaillé au [...] à [...] en 2003 pour un salaire de 6'767 francs.

Par lettre du 6 février 2009, le juge d'instruction de l'Arrondissement du [...] a informé l'OAI que l'assurée était en détention préventive depuis le 14 janvier 2009.

Dans leur rapport du 6 avril 2009, le Dr G._____ et la psychologue Q._____ de l' [...] ([...]) ont posé les diagnostics de trouble

dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Selon ces praticiens, le pronostic était réservé, l'évolution chronique étant difficile à remettre en question. Le rapport mentionnait une incapacité de travail dans la profession d'ouvrière non qualifiée de 100% du 29 août au 14 octobre 2001 et de 50% de décembre 2003 à novembre 2005. Il indiquait en outre notamment ce qui suit:

“ • Quelle est la situation actuelle ?

L'état de Madame X. _____ était plutôt stable jusqu'à fin 2008. La patiente a alors été incarcérée pendant plusieurs semaines en prison préventive, dans une affaire de vols. Elle a beaucoup souffert d'avoir été séparée de ses enfants, et lorsqu'on la revoit début mars 2009, elle apparaît mine défaite, pleurant régulièrement durant l'entretien. Elle décrit une augmentation de troubles du sommeil, apparaît très blessée que toute la communauté soit au courant, la police n'étant pas venue la chercher en voiture banalisée.

• Quelle sont les limitations fonctionnelles ?

Somatisations et fluctuations d'énergie semblent entraver l'activité de la patiente, qui s'occupe déjà difficilement de son propre ménage.

• Quelle est la capacité de travail exigible ?

Madame X. _____ peut mal assurer une continuité dans une activité, la capacité de travail est très partielle, mais il nous est très difficile d'articuler un pourcentage. On peut se demander s'il ne serait pas utile d'organiser un stage d'évaluation.”

Le 15 mai 2009, l'assureur perte de gain a transmis à nouveau son dossier à l'OAI en précisant que l'assurée lui remboursait toujours mensuellement le montant de 100 francs. En plus des pièces déjà produites figurait dans ce dossier copie d'une lettre adressée le 7 décembre 2004 par cet assureur au CSIR (Centre Social Intégration des Réfugiés) dont la teneur était notamment la suivante :

“Mme X. _____ est entrée au service de la maison [...] SA à [...] en date du 26 août 1999. A partir du 12 avril 2000, cette personne a été en incapacité totale de travail pour maladie à intervalles répétés, puis de manière continue dès le 18 décembre 2000.

A partir du mois de juin 2000 et jusqu'au mois de juin 2001, cette dernière a exercé régulièrement une activité comme extra auprès de " [...]" (voir annexes ci-joints).

A relever encore que la maison [...] a licencié Mme X. _____ au 31.10. 2000. De ce fait, cette dernière a conclu un contrat individuel, en vertu du droit de libre passage, auprès de notre société. Elle a

ainsi pu bénéficier d'indemnités perte de gain du 30 décembre 2000 au 31 mai 2001.

En date du 18 octobre 2001, nous avons signifié, par lettre signature, à cette dernière que nous l'invitions à nous rembourser l'intégralité de nos prestations du fait qu'elle nous avait dissimulé sa double activité."

A la suite de la demande d'un rapport médical pour la révision du droit à la rente que lui avait adressé l'OAI, le Dr W. _____ a écrit le 30 mars 2009 "expertise SVP !!!".

Il résulte ce qui suit d'un avis médical du 24 août 2009 du Dr D. _____:

"Date de la demande : 01.09.2008

Révision (LFA) d'une rente entière octroyée depuis juillet 2002 pour trouble dépressif récurrent, épisode sévère, avec symptômes psychotiques et modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, avec LM en octobre 2001.

En 2000 l'assurée a perçu des IJ, tout en travaillant. L'assurance perte de gains N. _____ (cf. lettre du 08.06.2005) a demandé et obtenu le remboursement des prestations versées entre le 14.04.2000 et le 31.05.2001.

Après un premier contact avec la justice en 2000 l'assurée est accusée, ensemble avec d'autres personnes, de vols multiples (plus de 2000 articles) à l'étalage dans des grandes surfaces et recel des objets volés entre 2004 et 2008, dont certains avoués par l'assurée. Elle a été détenue en prison préventive du 14.01 au 26.02.2009.

Le rapport médical du 06.04.2009 fait état de cet emprisonnement et transcrit le vécu le sentiment de blessée de l'assurée face à cette accusation. Pour la première fois, et malgré le fait que les médecins décrivent une difficulté à s'occuper de son ménage, ils parlent d'une capacité de travail très partielle, dont le pourcentage leur est difficile d'articuler.

Manifestement il y a des divergences importantes : L'état tel que décrit dans tous les rapports médicaux et l'enquête ménagère, avec isolement très important à domicile, retrait social, incapacité à sortir seule, angoisse relatée dans les grandes surfaces (sic) et incapacité décrite de faire son ménage sont absolument incompatibles avec les capacités nécessaires pour commettre les délits dont elle est accusée.

S'agit-il d'une escroquerie, avec simulation de séquelles de traumatisme de guerre ?

Un examen médical ou une expertise ne permettra pas mieux que les examens précédents (certains examinateurs étaient au courant d'accusation de fraude à l'assurance) de démontrer une éventuelle simulation chez cette assurée présentant une symptomatologie essentiellement psychique, avec des diagnostics qui sont dans une large mesure tributaire de l'anamnèse et du comportement en condition d'examen.

J'estime qu'en l'absence de condamnation, avec reconnaissance de son implication, nous devons la considérer comme innocente.

Par contre après une condamnation, il me paraît possible de postuler

- que les actes incriminés sont incompatibles avec l'état de santé psychique de l'assurée tels que décrits par les médecins et l'enquêtrice de ménage qui l'ont examiné,
- que l'assurée a délibérément induit en erreur les médecins et l'enquêtrice en ce qui concerne le descriptif de ses activités et les limitations qu'elle rencontre."

Le 24 novembre 2011, le Tribunal correctionnel de l'arrondissement de [...] a rendu un jugement dans la cause concernant quatre accusées, savoir l'assurée, sa mère, sa tante et sa sœur. Le Tribunal a constaté qu'entre le 1^{er} janvier 2004 et le 14 janvier 2009 l'assurée s'était rendue coupable de vol, l'a condamnée à une peine pécuniaire de 120 jours-amende, la valeur du jour-amende étant de 10 fr., sous déduction de 44 jours de détention préventive, suspendu l'exécution de la peine pécuniaire et accordé à l'assurée un délai d'épreuve de 3 ans. Le Tribunal a établi que l'assurée avait commis une multitude de vols à l'étalage dans des commerces de la région [...], à savoir les magasins [...] (qui a fermé en 2004), [...], [...], [...], [...], [...], [...], [...], [...], [...], [...], [...] et la boutique [...], en particulier des vols de vêtements (notamment 29 paires de pantalons, pantacourts et jeans, 16 blouses, pulls et T-shirts, plus de 80 sous-vêtements), d'articles de ménage (notamment duvets, draps, rideaux, nappes, linges et serviettes), d'appareils électroménagers (2 aspirateurs, et 3 bouilloires) et de matériel électronique (1 téléviseur et 2 lecteurs DVD portables). Le Tribunal a en outre ordonné une expertise psychiatrique de l'assurée et de l'une de ses coaccusées afin de déterminer si elles avaient ou non la capacité de se déterminer d'après leur appréciation du caractère illicite de leurs actes.

Le jugement retient notamment ce qui suit concernant l'assurée :

“1.3. X. _____

Deuxième des trois filles de [...], X. _____ est née le [...] 1974. Elle a vécu auprès de ses parents, puis de sa mère seule pendant toute son enfance. Elle a été scolarisée pendant cinq ans. A fin 1995, elle a épousé [...]. Le couple a eu trois filles, nées en 1996, 1998 et 2006. La famille a émigré en Suisse en 1996, demandant l'asile politique. X. _____ a occupé quelques emplois temporaires jusqu'en 2000. Après avoir bénéficié quelque temps de l'aide sociale, elle a obtenu dès 2007 une rente AI, soit 1'368 fr. par mois pour elle-même et 436 fr. par mois pour chacun de ses enfants. Elle perçoit encore des prestations complémentaires mensuelles de 3'106 francs. Elle est suivie par le [...] depuis 2001. Les diagnostics posés sont ceux de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et de troubles dépressifs récurrents, en épisode actuellement moyen, avec syndrome somatique. Son mari a occupé des emplois temporaires. Il est actuellement inactif et s'occupe de l'éducation des enfants. La famille occupe un appartement à [...] au loyer de 1'280 francs.

X. _____ est actuellement au bénéfice d'un permis C.

Son casier judiciaire comporte deux inscriptions, soit :

- le 4 avril 2001, deux mois d'emprisonnement avec sursis pendant deux ans, par le Tribunal correctionnel de céans pour recel;
- le 7 février 2006, cinq jours d'arrêts avec sursis pendant un an par le Juge d'instruction du [...] pour vol d'importance mineure.

[...]

2.3. Pour X. _____, les experts ont posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique, suspicion d'une modification durable de la personnalité après une expérience catastrophique et simulation. En effet, certains tableaux cliniques observés chez X. _____ ne sont pas cohérents et ne peuvent être mis en lien avec aucune pathologie (cf. la fluctuation de la symptomatologie en fonction des intervenants, les hallucinations et troubles de mémoire atypique p.ex.). Les experts émettent l'hypothèse que par ces symptômes feints ou clairement exagérés, X. _____ exprime un message qu'elle veut transmettre, peut-être en lien avec un essai de reconnaissance de ses blessures psychiques subies durant la guerre.

Selon le rapport d'expertise, ces troubles entraînent chez X. _____ un comportement rigide, une attitude méfiante et hostile, une colère non exprimée ou retournée contre soi, une attitude pessimiste, dévalorisante vis-à-vis de soi. Toutefois, pour les experts les faits reprochés ne peuvent être mis que partiellement en lien avec ces troubles, mêmes s'ils étaient déjà présents au moment des faits.

Les experts relèvent encore que le trouble de la personnalité influence la manière de se comporter de X._____, mais n'influe pas sur sa capacité à apprécier le caractère illicite de ses actes. En outre, la capacité de se déterminer d'après cette appréciation peut être considérée comme diminuée en raison de la modification de la personnalité, car elle peut induire une attitude hostile et rigide envers le monde qui peut influencer ses capacités volitives. Cependant, les experts jugent cette diminution de responsabilité tout au plus légère, car le contact avec la réalité reste maintenu, X._____ organise ses actes de manière réfléchie et organisée et peut renoncer à son acte si les conditions ne sont pas propices.

S'agissant du risque de récidive, le rapport d'expertise estime qu'il existe et que X._____ est susceptible de commettre de nouvelles infractions. Il précise qu'actuellement le risque peut être considéré comme élevé pour des infractions de même nature. En outre, la nature de nouvelles infractions qui pourraient être commises peut être considérée comme semblable à celles déjà effectuées, mais les experts ne peuvent écarter le risque de commission d'autres types d'infractions.

Concernant le traitement des troubles mentaux, le rapport d'experts relève que bien que les troubles mentaux de X._____ soient des troubles chroniques et invalidants, les actes punissables ne sont que partiellement en relation avec ces troubles. Les experts considèrent utile la poursuite de la thérapie actuelle pour élaborer autour de sa colère, de sa personnalité et de sa difficulté d'adaptation. Mais ils estiment que la crainte de la sanction par des peines privatives de liberté en cas de récidive, ou de perdre l'aide perçue en Suisse, dont son permis de séjour, ont vraisemblablement plus de chances de succès actuellement pour diminuer le risque de récidive qu'un traitement psychiatrique imposé."

Dans un avis du 25 juin 2012, les Drs T._____ et K._____ ont indiqué notamment ce qui suit :

"Ce dossier est complexe. S'il est vraisemblable que l'assurée présente une atteinte à la santé psychique, elle a manifestement fait preuve de ressources psychiques certaines pour commettre de nombreux délits entre 2004 et 2009. Ces faits contrastent avec un épisode dépressif qualifié de sévère en 2006, de même qu'avec les déclarations de l'assurée faites lors de l'enquête ménagère du 13.12.2007.

Par conséquent, à la lumière de tous ces éléments, il y a lieu de réévaluer la situation médicale de cette assurée et de prévoir une expertise psychiatrique, à confier dans un milieu médico-légal de préférence. Cette expertise devra, notamment, répondre aux questions suivantes :

- Quelle est l'influence du diagnostic de simulation (versus exagération) sur les autres diagnostics ?

- L'assurée dispose-t-elle des ressources psychiques nécessaires pour exercer une activité lucrative, dans quelle mesure et dans quel type d'activité ?
- Un traitement est-il exigible pour amener une éventuelle amélioration de la capacité de travail de l'assurée ?”

Le 22 août 2012 l'assurée a eu une 4^{ème} enfant prénommée [...].

Mandaté expert par l'OAI, le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi son rapport le 31 décembre 2012. Il en résulte notamment ce qui suit :

“DIAGNOSTICS

- Avec répercussion sur la capacité de travail ; depuis quand sont-ils présents?
 - Aucun
- Sans répercussion sur la capacité de travail ; depuis quand sont-ils présents ?
 - Épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) ; présent depuis 2004
 - (Simulateur [simulation consciente] - Z76.5)

DISCUSSION ET APPRÉCIATION

Trouble de la personnalité

- Nous sommes en présence d'une personne de 38 ans, chez qui le développement psychoaffectif a possiblement été marqué par le fait que le père buvait beaucoup d'alcool, que cela était à l'origine de disputes avec la mère et que parfois le père frappait cette dernière. Par ailleurs, Madame X._____ n'a pas été une enfant battue, il n'y a pas eu d'abus sexuels pendant l'enfance, il n'y a pas eu de séparations dans le sens de placements loin du domicile familial pendant longtemps ou d'hospitalisations longues ou répétées et le processus de socialisation s'est déroulé normalement (bonne intégration dans le groupe de ses pairs). Si l'assurée dit avoir dû aider dans les tâches ménagères, dans la culture des terrains et l'élevage du bétail depuis l'enfance, cela n'est pas qualifié d'excessif ou inadapté à son âge et à sa condition physique de l'époque.

Madame X._____ ne souffre pas d'un trouble de la personnalité au sens des classifications psychiatriques officielles (CIM-10 ; DSM-IV-TR).

Pour qu'un diagnostic de trouble de la personnalité puisse être posé, il est nécessaire que des dysfonctionnements prononcés aient eu lieu de manière constante depuis l'adolescence au plus tard dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel, dysfonctionnements qui doivent s'être manifestés dans tout type de situations et qui doivent avoir été à l'origine d'une

souffrance personnelle ou d'un impact nuisible sur l'environnement social.

Dans le cas de l'assurée, celle-ci ne signale pas de souffrance psychique avant 1995 (21 ans). En outre, les renseignements anamnétiques ne laissent pas supposer que Madame X. _____ n'a pas fait de formation professionnelle en raison des manifestations d'une personnalité pathologique (dysfonctionnements, rigidité intense, quérulence) ; la période passée en Bosnie jusqu'en 1995, au cours de laquelle elle a aidé ses parents, semble s'être déroulée normalement. Enfin, rien ne montre non plus que la vie sentimentale de l'assurée ait été dissolue ou désordonnée, qu'elle ait été inapte à s'engager dans une relation de confiance ou de réciprocité avec son mari, avec qui elle est mariée depuis bientôt 17 ans.

Ce qui précède signifie que les critères généraux pour la présence d'un trouble de la personnalité ne sont pas vérifiés et plus particulièrement le critère de durée (G4 : les dysfonctionnements doivent avoir existé de manière stable et durable depuis la fin de l'enfance ou de l'adolescence au plus tard).

Dans le rapport d'expertise psychiatrique du 10 juillet 2001 du Docteur J. _____, la question d'un trouble de la personnalité antisociale est posée, mais il est ajouté que ce dernier se serait également développé progressivement à partir de l'arrivée de Madame X. _____ en Suisse.

La personnalité dyssociale (ou antisociale) est caractérisée par un mépris et une transgression des droits d'autrui et plus particulièrement par une indifférence froide envers les sentiments d'autrui, une attitude irresponsable manifeste et persistante, une incapacité à maintenir durablement les relations alors qu'il n'existe pas de difficultés à les établir, par une très faible tolérance à la frustration entraînant un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité, d'une inaptitude à éprouver de la culpabilité ou à tirer un enseignement des expériences, notamment des sanctions, ainsi que par la tendance nette à blâmer autrui ou à fournir des justifications plausibles pour expliquer un comportement à l'origine d'un conflit entre la personne et la société. Ce diagnostic a été évoqué après que le Docteur J. _____ avait pris connaissance du fait que Madame X. _____ travaillait de manière non déclarée au moment de l'expertise, alors qu'une incapacité de travail totale était attestée.

Or, nous avons vu que les critères généraux de la présence d'un trouble de la personnalité n'étaient pas vérifiés et qu'un tel diagnostic ne devait pas être posé. En effet, il est inexact d'affirmer qu'un trouble de la personnalité puisse se développer après la période de l'adolescence et, a fortiori, à partir de l'âge de 21 ans ou 22 ans (moment de l'arrivée de l'assurée en Suisse).

Au vu de ce qui précède, nous nous écartons du document précité. Il est à remarquer que dans aucun autre document médical en notre possession un diagnostic de trouble de la personnalité n'a été posé.

Simulation

- Le diagnostic de simulation a été mentionné dans le rapport d'expertise psychiatrique du 10 juillet 2001 du Docteur J. _____, de même qu'il est cité dans le rapport de jugement rendu par le Tribunal Correctionnel du 24 novembre 2011 comme ayant été posé par les experts psychiatres.

La simulation n'est pas considérée comme un diagnostic psychiatrique par la CIM-10 ni par le DSM-IV-TR. Elle fait référence à la production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques inauthentiques ou grossièrement exagérés, motivée par des incitations extérieures telles que l'évitement des obligations militaires, l'évitement de travailler, l'évitement de poursuites judiciaires ou dans le but d'obtenir des compensations financières. Selon les études épidémiologiques (limitées), il est estimé que la prévalence de simulateurs était de 1% dans le domaine de la santé mentale courante, de 5% dans un contexte militaire et entre 10 et 20% dans un contexte litigieux (procédures judiciaires).

Dans le cas de Madame X._____, plusieurs aspects sont problématiques.

Ainsi, la souffrance qui est avancée, c'est-à-dire une personne constamment effondrée, disant ne plus s'occuper des tâches ménagères et passant ses journées inactive, contraste avec la présence de vols répétés pendant une période de plusieurs années (2004-2009) et cela selon un choix libre et volontaire (rien ne montre que les actes aient été commis sous la coercition). En effet, le fait de s'adonner à des vols de manière répétée suppose une résistance au stress, cela d'autant plus que l'assurée était au courant de la présence de caméra de surveillance. Il est nécessaire d'être rapide, coordonné, discipliné, il est nécessaire d'avoir confiance en soi et avoir des facultés d'attention, de concentration, de collaboration, de programmation et d'anticipation intactes.

Dans le rapport d'enquête économique sur le ménage du 14 décembre 2007, il est indiqué que pendant l'entretien, Madame X._____ est allongée sur le divan, le regard fixe et hagard, qu'elle répond par monosyllabes aux questions que traduit sa sœur, la tête baissée et qu'elle évite de croiser le regard de l'enquêtrice. Il est également relevé que pendant ce temps, l'enfant âgé de 19 mois s'amuse par terre, qu'elle revient de temps en temps se mettre dans les bras de sa mère pour téter le sein puis repart, que l'enfant est souriant et très confiant. L'attitude de l'enfant de l'assurée telle qu'elle est décrite est incompatible avec une mère souffrant d'une maladie psychiatrique grave, l'état de la mère se repercutant, dans ces conditions, irrémédiablement, sur l'état psychique de l'enfant.

Les empêchements qui sont décrits dans cette même enquête économique sur le ménage du 14 décembre 2007 (empêchements chiffrés à 73,7%), sont incompatibles avec les facultés psychiques nécessaires pour s'adonner à des vols répétés, qui ont été décrites ci-dessus, vols qui avaient lieu pendant l'enquête.

Le fait que Madame X._____ ait eu quatre enfants depuis 1996 et plus particulièrement un quatrième enfant depuis moins d'un an, a tendance à parler en faveur d'une vie familiale normale et en défaveur d'une pathologie mentale grave. L'empressement avec lequel l'assurée s'est souciée de pouvoir assurer l'allaitement de sa dernière-née le jour de l'entretien de l'expertise psychiatrique du 27 décembre 2012 a tendance à confirmer ce qui précède.

Le fait que l'assurée ait travaillé entre le mois de juin 2000 et le mois de juin 2001 est en désaccord avec l'incapacité de travail totale qui était attestée à l'époque et montre l'absence de collaboration avec l'expert psychiatre pour l'établissement du rapport d'expertise psychiatrique du 10 juillet 2001, voire l'intention délibérée de l'induire en erreur.

Dans l'enquête économique sur le ménage du 14 décembre 2007, Madame X. _____ indique que la foule l'angoisse, qu'elle se sent menacée et fuit, que l'ensemble des courses sont exécutées par son mari ou par les enfants qui vont acheter des produits frais du jour, alors que, tel que nous l'avons vu, elle s'adonnait à des vols répétés dans les grands magasins à la même époque. L'attitude de l'assurée au cours de l'entretien d'expertise psychiatrique du 27 décembre 2012 (personne effondrée, pleurant sans interruption, non collaborante), contraste avec sa collaboration active en faveur du maintien de cette même convocation (par l'intermédiaire d'une voisine parlant le français) au moment où il était question que l'entretien serait repoussé car l'assurée Madame X. _____.

Dans le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 10 mars 2006, il est fait part d'un manque de collaboration.

Un manque de collaboration a également mené à l'impossibilité de procéder à la passation de tests projectifs et de tests neuropsychologiques, avec la mention d'une démonstrativité qualifiée d'importante.

Une compliance thérapeutique modeste est mentionnée dans le rapport médical AI du 16 avril 2004.

Dans le rapport du jugement rendu par le Tribunal Correctionnel du 24 novembre 2011, il est mentionné que les experts ont relevé que certains tableaux cliniques observés chez l'assurée ne sont pas cohérents et ne peuvent être mis en lien avec aucune pathologie et plus particulièrement une fluctuation de la symptomatologie en fonction des intervenants, des hallucinations et troubles de la mémoire atypiques.

Au cours de l'entretien d'expertise psychiatrique du 27 décembre 2012, certaines assertions n'ont pas été crédibles ou contradictoires. Ainsi, Madame X. _____ dit être en 2006, ne pas savoir l'âge de ses enfants, même approximativement. Elle a indiqué, en début d'entretien, son arrivée en Suisse en 2006 et, à un autre moment de l'entretien, en 1996. Au début de l'examen, elle a dit qu'elle faisait la lessive et qu'elle s'occupait de ses enfants, alors que dans le descriptif du déroulement du quotidien, elle faisait part du fait qu'elle en était incapable. L'assurée indique qu'elle a fait la scolarité pendant 2-3 ans en Bosnie, alors que dans l'expertise psychiatrique du 10 juillet 2001, il est indiqué qu'elle a fait l'école jusqu'à l'âge de 13 ans. Elle dit ne pas savoir l'âge de ses parents, alors qu'ils sont mentionnés de manière précise dans l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 10 mars 2006. Il en est de même pour l'activité professionnelle du père, que Madame X. _____ dit ignorer alors que dans le document précité elle indique qu'il était agriculteur. Le fait qu'elle affirme ignorer la date, même approximative, de son mariage, contraste avec la restitution précise des années des deux avortements (1995 et 2000). Le fait qu'elle ne sache pas son âge, même approximatif, est également peu crédible. L'assurée répond systématiquement par l'affirmative lorsqu'elle est questionnée concernant les symptômes qu'elle pourrait présenter, symptômes qui donnent souvent l'impression d'être récités et inauthentiques. Ainsi en est-il de l'allégation d'hallucinations auditives (Madame X. _____ dit entendre la voix d'une femme, inconnue, qui lui enjoint de partir avec elle), alors qu'il n'y a, à aucun moment, de signes indirects pour la présence d'hallucinations auditives (absence de barrages idéiques, d'attitudes d'écoute, de soliloque ou de rires immotivés), de même que la mention d'hallucinations visuelles (l'assurée dit voir passer des chamanes

chez elle) est peu vraisemblable chez une personne par ailleurs bien ancrée dans la réalité.

Enfin, il existe une démonstrativité et une théâtralité marquées (par exemple, Madame X. _____ récite, en milieu d'entretien, une prière avec une expression de souffrance et d'affliction ; elle pousse des soupirs et fait des grimaces).

Les éléments qui ont été décrits ci-dessus parlent effectivement en faveur d'une simulation de symptômes.

Comme il ne s'agit pas, *stricto sensu*, d'un diagnostic psychiatrique, cet aspect est cité entre parenthèses dans la rubrique des diagnostics de l'expertise. La simulation n'est pas à l'origine d'une incapacité de travail étant donné son caractère conscient.

Modification de la personnalité

- Le diagnostic de Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe a été mentionné dans le rapport d'expertise rhumatologique du 15 mai 2001, dans le rapport d'expertise psychiatrique du 10 juillet 2001, dans le rapport médical AI du 16 avril 2004, dans le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 10 mars 2006 et dans le rapport médical AI du 6 avril 2009.

ESPT

Par contre, les experts, dans le rapport de jugement rendu par le Tribunal Correctionnel du 24 novembre 2011, ne posent plus un diagnostic de certitude, mais de suspicion de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

Cette entité diagnostique constitue, classiquement, la complication de l'état de stress post-traumatique (ESPT) et se caractérise principalement par une attitude permanente d'hostilité et de méfiance, un retrait social, un sentiment de perte d'espoir, par le fait de se sentir menacé sans cause externe ou encore par un sentiment permanent d'être changé ou différent des autres.

Dans le cas de Madame X. _____ ce diagnostic a été posé sur la base des données anamnestiques uniquement, c'est-à-dire provenant de l'assurée elle-même. Or, nous avons vu que son discours était peu fiable et que les renseignements émanant de sa part devaient être pris avec circonspection. Ainsi, s'il est possible qu'elle ait été victime d'exactions à la fin de la guerre de Bosnie en 1995, il n'y a pas de certitude pour cela. En outre, Madame X. _____ répond de manière systématique par l'affirmative à la présence de tous les symptômes du diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, cela sans discernement.

Au vu de ce qui précède, au vu de la présence d'une simulation, c'est-à-dire au vu de l'absence d'éléments univoques en faveur [de] cette affection psychiatrique sévère, le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, ne doit pas être posé ici. En effet, nous devons nous baser uniquement, dans cette situation particulière, sur ce qui est effectivement observé. Or, ce qui est effectivement observé, est l'attitude d'hostilité que peut présenter Madame X. _____. En effet, comme autres critères objectifs du diagnostic précité, il n'y a pas de vigilance accrue ni d'irritabilité.

Par conséquent, nous sommes en accord avec les conclusions avec les experts cités dans le jugement du 24 novembre 2011 (diagnostic de suspicion).

Il en est de même pour le diagnostic d'état de stress post-traumatique, qui a été posé dans le rapport d'expertise psychiatrique du 10 juillet 2001 et dans le rapport médical AI du 27 juillet 2003. Ainsi, si Madame X._____ répond encore par l'affirmative à tous les symptômes de l'état de stress post-traumatique, nous n'avons pas objectivé au cours de l'entretien d'expertise psychiatrique du 27 décembre 2012, d'irritabilité ou d'accès de colère, de difficultés de concentration, d'hypervigilance ou de réactions de sursaut exagérées.

Dépression

- Madame X._____ dit ne pas savoir [ce] qu'est la dépression. Après en avoir reçu des explications, elle considère qu'elle est déprimée depuis la guerre de Bosnie.

Néanmoins, le diagnostic de dépression n'a été mentionné qu'à partir de 2004. Ainsi, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique a été posé dans le rapport médical AI du 16 avril 2004, celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques dans le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 10 mars 2006, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique dans le rapport médical AI du 6 avril 2009 et celui d'épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique dans le rapport de jugement rendu par le Tribunal Correctionnel du 24 novembre 2011 par les experts.

Il n'apparaît pas, ni à l'anamnèse dirigée ni à la lecture des documents médicaux en notre possession, que Madame X._____ ait présenté plusieurs épisodes de dépression (au moins deux) séparés par une période d'au moins 2 mois au cours de laquelle elle aurait été libre de toute symptomatologie dépressive. Par conséquent, on ne comprend pas pour quelle raison le diagnostic de trouble dépressif récurrent a été posé et non pas celui d'épisode dépressif (il s'agit vraisemblablement d'un seul et même épisode).

Là encore, questionnée sur les symptômes de la dépression qu'elle peut présenter, l'assurée répond systématiquement par l'affirmative et sans discernement. Au vu de cela, au vu du manque de fiabilité de son discours, il est nécessaire de se baser sur les constatations objectives uniquement.

Or, l'examen clinique direct a tendance à parler en faveur d'une humeur déprimée, celle-ci se manifestant pendant la totalité de l'entretien (2 heures 30). L'examen a également tendance à parler en faveur d'une réduction de l'énergie avec une diminution de l'élan vital. Cet aspect est cependant réduit dans son intensité. Il n'y a pas de diminution de l'appétit avec l'absence de troubles de la vigilance, de l'attention et de la concentration, ni de troubles mnésiques si nous tenons compte du fait que les troubles de la mémoire allégués sont peu crédibles. Il n'y a pas de ralentissement idéique (initiative, fluidité idéiques) ni moteur. Enfin, il n'apparaît pas que Madame X._____ présente des sentiments de culpabilité excessifs ou inappropriés. Les autres critères diagnostiques

(anhédonie, c'est-à-dire perte de la capacité à ressentir du plaisir ; perte de la confiance en soi ; pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes ; perturbation du sommeil ; modification de l'appétit) sont des éléments éminemment subjectifs et invérifiables.

Au vu de ce qui précède, il doit être considéré que l'assurée souffre d'un épisode dépressif qui ne va pas au-delà d'un degré léger. Il n'y a pas d'arguments suffisants pour la présence d'un syndrome somatique. Par conséquent, le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique sera posé ici.

L'épisode dépressif ne peut pas être considéré comme étant à l'origine d'une diminution de l'aptitude au travail.

En effet, nous avons vu que pour s'adonner à des vols pendant plusieurs années, tel que cela a eu lieu entre 2004 et 2009, des capacités devaient être présentes et en particulier des ressources psychiques comme la résistance au stress, la rapidité, les facultés d'attention, la confiance en soi, les facultés de concentration, la coordination, les capacités de programmation et d'anticipation, la discipline et la collaboration. Or, il n'y a pas d'arguments en faveur du fait que l'état psychique de Madame X. _____ se serait péjoré depuis 2009.

Pronostic,
capacité de
travail

- Les éléments de pronostic favorable sont constitués par l'absence de trouble de la personnalité, par l'absence de consommation de substances psycho-actives (alcool, stupéfiants), par la recherche de soins (psychiatriques, psychothérapeutiques), alors que les éléments de pronostic défavorable sont constitués par la durée des troubles (dépression) ainsi que par la volonté délibérée d'induire l'autre en erreur (simulation). Globalement, le pronostic, sur le plan purement psychiatrique, doit être qualifié de plutôt favorable.

Dans le rapport d'expertise psychiatrique du 10 juillet 2001, il est indiqué que les troubles doivent être perçus comme une revendication, voire une réparation des sévices subis. Ici, il ne s'agit pas d'une hypothèse mais d'une affirmation sans preuves.

Dans le rapport de jugement rendu par le Tribunal Correctionnel du 24 novembre 2011, il est relevé que les experts, concernant la simulation, émettent l'hypothèse que par ces symptômes feints ou clairement exagérés, Madame X. _____ exprime un message qu'elle veut transmettre, peut-être en lien avec un essai de reconnaissance de ses blessures psychiques subies pendant la guerre. Il s'agit effectivement d'une hypothèse, hypothèse qui se base sur la théorie psychanalytique. Or, celle-ci n'a jamais été vérifiée. Elle ne pourra pas être vérifiée car cela suppose une exploration approfondie par un soignant expérimenté, formé à la théorie psychanalytique, mais surtout une authenticité et une pleine collaboration de la part du sujet, dont nous avons vu que cela n'était pas le cas chez l'assurée.

Par conséquent, rien ne permet d'affirmer que l'attitude de Madame X. _____ (vols, non collaboration, simulation) procède d'une pathologie mentale.

Nous avons vu que les diagnostics d'état de stress post-traumatique ainsi que de modification durable de la personnalité ne devaient pas

être posés, que la simulation n'était pas à l'origine d'une diminution de l'aptitude au travail et que l'épisode dépressif léger n'était pas à l'origine de limitations fonctionnelles incapacitantes. La capacité de travail est entière. De même, il n'y a pas d'empêchement pour la conduite du ménage.

Dans la partie psychiatrique du rapport d'examen clinique du 10 mars 2006, les dires de l'assurée sont repris sans esprit critique, cela quand bien même le diagnostic de simulation avait été posé en 2001. Par conséquent, nous n'adhérons pas à ses conclusions (incapacité de travail totale dans toute activité).

Concernant la période passée, il n'y a pas d'arguments univoques pour la présence d'une incapacité de travail, même partielle (capacité de travail de 50% du mois de décembre 2003 au mois de novembre 2005 relevée dans le rapport médical AI du 6 avril 2009) et cela toujours pour les mêmes arguments, déterminants, à savoir le fait que Madame X. _____ avait travaillé entre le mois de juin 2000 et le mois de juin 2001 alors que l'incapacité de travail était censée être totale, puis, en 2004-2009, en raison des ressources psychiques préservées que supposait le fait de s'être adonnée à des vols répétitifs.

Conclusions

- En conclusion, il s'agit d'une assurée de 38 ans qui souffre d'un épisode dépressif léger, affection qui n'est pas à l'origine d'une diminution de l'aptitude au travail, même partiellement. Les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de modification durable de la personnalité ne doivent pas être posés, en l'absence d'arguments objectifs suffisants. La capacité de travail médicale, théorique, est entière."

L'expert a en outre précisé que la prise en soins à l'Unité de psychiatrie ambulatoire devra être poursuivie et qu'en cas de péjoration de la symptomatologie dépressive à l'avenir, les mesures adéquates pourraient être entreprises rapidement avant la manifestation d'une incapacité de travail.

Le 7 mars 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de suppression de la rente d'invalidité dont il résulte notamment ce qui suit :

“Résultat de nos constatations :

Vous êtes au bénéfice d'une rente basée sur un degré d'invalidité de 100% depuis le 1^{er} juillet 2002.

En date du 6 février 2009, nous avons été informés que vous étiez incarcérée en détention préventive pour une série de vols par métier.

Par jugement du Tribunal correctionnel du 24 novembre 2011, vous avez été reconnue coupable de vol et condamnée à une peine

pécuniaire de 12 jours-amende avec sursis. Il ressort du jugement que les vols ont été commis entre 2004 et 2009 et que vous avez déjà été condamnée en 2000 et 2006 pour des infractions similaires.

Au vu de ce qui précède, nous nous sommes posé la question de la compatibilité entre les délits commis et les atteintes à la santé ayant justifié l'octroi de votre rente. Par conséquent, une expertise psychiatrique a été demandée au Dr H._____.

Dans son rapport d'expertise du 31 décembre 2012, l'expert met en évidence une contradiction entre la souffrance que vous dites présenter (par exemple, ne plus vous occuper de vos tâches ménagères, passer des journées inactives, etc.) et la présence de vols répétés pendant des années.

En effet, selon l'expert, la pratique de vols répétés suppose une résistance au stress, rapidité, coordination, discipline, confiance en soi, faculté d'attention, de concentration, de programmation et d'anticipation. Qualités que vous vous êtes évertuée à dissimuler afin de bénéficier de prestations de notre assurance. Compte tenu de ce qui précède, nous pouvons admettre que votre conduite relève de la simulation.

En outre, le Dr H._____ n'atteste d'aucun diagnostic ayant des répercussions sur votre capacité de travail. Cette dernière est entière dans toute activité depuis toujours.

Nous sommes donc en présence d'un motif de révision procédurale au sens de l'article 53 al. 1 LPGA (loi sur la partie générale des assurances sociales). Cet article prescrit que les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assurée ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

On considère comme nouveaux, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. L'appréciation inexacte doit être la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour le jugement (ATF 127 V 353 consid. 5b p.358 et les références).

Par ailleurs, selon l'article 25 LPGA, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1). Le droit de demander restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation (al. 2).

En l'espèce, au moment de l'octroi de votre rente en 2006, nous n'avions pas connaissance de vos condamnations pénales. Ces faits

n'ont été découverts par notre Office qu'en février 2009, et constituent des faits nouveaux au sens de l'article 53 al. 1 LPGA.

Si nous avons eu connaissance de ces faits et des conclusions de l'expert H. _____ au moment de la prise de décision, nous vous aurions dénié le droit aux prestations.

Au vu de ce qui précède, nous pouvons supprimer le droit à la rente avec effet rétroactif limité à cinq ans.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La rente est supprimée avec effet rétroactif au 1^{er} mai 2008 (5 ans depuis la date de la décision).

Les prestations indûment perçues doivent être restituées (art. 25 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)).

Vous recevrez une décision séparée à ce sujet.”

L'assurée a fait valoir ses objections le 27 mai 2013, soutenant en substance que les conditions de l'art. 53 al. 1 LPGA n'étaient pas remplies, les vols répétés, supposé qu'ils aient une signification quant à son état psychique, étant des faits produits après les décisions d'octroi de rente entière des 20 octobre et 8 décembre 2006 et l'expertise du Dr H. _____ n'étant qu'une appréciation de l'état de santé psychique différente de celle du Dr U. _____.

L'OAI a confirmé son projet par décision du 13 juin 2013 en reprenant les mêmes motifs. Il a en outre précisé par lettre du même jour ce qui suit :

“Dans cette affaire, nous considérons que les faits nouveaux sont la connaissance d'activités délictuelles de notre assurée, ainsi que ses condamnations pénales pour lesdites activités.

Or, comme vous le relevez à juste titre, ces faits ne permettent pas en soi de préjuger de la capacité de travail de l'assurée en raison de ses troubles psychiques. Il se pourrait en effet même que les délits commis l'aient été en raison de son état de santé.

C'est précisément la raison pour laquelle nous avons mandaté l'expert H. _____. Dans son rapport d'expertise du 31 décembre 2012, ce dernier explique de manière claire que les facultés nécessaires à la commission des actions délictuelles sont incompatibles avec les atteintes dont souffrirait l'assurée (cf, pp. 11 et 12 : « le fait de s'adonner à des vols de manière répétée suppose une résistance au stress, cela d'autant plus que l'assurée était au

courant de la présence de caméras de surveillance... Les empêchements qui sont décrits ... sont incompatibles avec les facultés psychiques nécessaires pour s'adonner à des vols répétés »).

A ce propos, il sied de relever qu'en 2006 déjà, à l'occasion de l'examen clinique réalisé au Service médical régional par le Dr U._____, l'assurée présentait une attitude démonstrative et un manque de collaboration.

A la lumière des faits nouveaux, l'expert H._____ a clairement pu mettre en évidence la simulation de l'assurée.

En définitive, force est de reconnaître que nous disposons de faits nouveaux, importants, dont nous ne pouvions pas avoir connaissance au moment de l'octroi des prestations. En outre, il ne peut pas nous être reproché d'avoir sollicité l'expertise d'un médecin-psychiatre dans le but de déterminer si les faits nouveaux étaient de nature à modifier notre décision initiale, soit, en l'espèce, de déterminer si les larcins commis étaient en lien avec une quelconque atteinte psychiatrique.

Si nous n'avions pas sollicité cette mesure d'instruction, notre décision aurait été prise dans le plus pur arbitraire, ce qui n'aurait pas manqué de nous être reproché.

Dès lors, nous estimons que les conditions de la révision procédurale sont réalisées et que vos arguments ne sont pas de nature à modifier notre projet de décision du 7 mars 2013, que nous confirmons intégralement."

C. Par acte du 18 août 2013, X._____, représentée par Me Alexa Landert, a recouru contre cette décision en concluant, avec dépens, à l'annulation de la décision attaquée, la recourante ayant droit à l'octroi d'une rente AI entière dès le 1^{er} mai 2008 avec intérêt à 5% dès le 13 juin 2013. Elle soutient en substance que son état de santé ne s'est pas amélioré entre la décision d'octroi de rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2002 et la révision qui a abouti à la suppression de toute rente en sa faveur, les affections retenues lors de l'octroi de la rente étant un état de stress post-traumatique et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe et le diagnostic posé dans le cadre de la révision de rente étant le même puisqu'il est mentionné dans le rapport du 6 avril 2009. Elle allègue que son état de santé s'est même péjoré puisque le diagnostic de trouble récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique est venu s'y ajouter. Elle en déduit que la décision entreprise revient à procéder à une reconsidération et non à une révision et qu'il n'y a pas matière à reconsidération, l'OAI n'ayant pas

statué sur un dossier manifestement insuffisant ou fait un usage manifestement erroné de son pouvoir d'appréciation, deux expertises médicales ayant confirmé que l'incapacité de travail, respectivement de gain, était totale. En outre, elle prétend que l'incapacité de travail respectivement de gain, a été confirmée par l'expertise médicale ordonnée dans le cadre de la procédure pénale en mentionnant que les troubles mentaux dont souffre la recourante sont des troubles chroniques et invalidants. Elle ajoute que c'est à tort que l'OAI considère que la condamnation pénale pour vol constitue des faits nouveaux, cette condamnation n'ayant aucune incidence sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité et l'OAI ayant connaissance par l'expertise du Dr J._____ des antécédents pénaux de la recourante. Elle estime que l'expertise du Dr H._____ n'a pas valeur probante étant incomplète sur certains points, la recourante semblant par ses réponses hors de la réalité pour ce qui touche la gestion administrative du ménage et l'expert l'attribuant à la simulation sans en expliquer les raisons. Elle soutient que l'OAI a donné une apparence de partialité en guidant l'expert sur les suspicions d'escroquerie à l'assurance, alors que la recourante a été reconnue par plusieurs médecins et experts totalement invalide. Elle allègue que dans l'enquête ménagère du 14 décembre 2007, il a été retenu que ses enfants étaient totalement livrés à eux-mêmes, que le Dr H._____, s'en écarte complètement attribuant ce fait à la simulation alors que la pathologie dont elle souffre a alerté ses médecins-traitants qui ont signalé la recourante et sa famille au SPJ (Service de protection de la jeunesse), ce qui n'a pas été instruit par l'OAI, de même que l'hospitalisation du 30 mai au 20 juin 2013 au Centre de Psychiatrie [...] suite à un tentamen.

Elle a requis un rapport de situation sur la famille X._____ par le SPJ, un rapport médical relatif à son hospitalisation, du 30 mai au 20 juin 2013 par le Dr M._____ du Centre de Psychiatrie [...] et produit un courrier adressé le 25 juillet 2013 par le Dr Y._____ et la psychologue Q._____ au conseil de la recourante et dont la teneur est la suivante :

“Comme évoqué par téléphone, la position de l'Unité de psychiatrie ambulatoire, au fil de la prise en charge de cette patiente apparaît

clairement dans le rapport d'expertise demandé par l'AI au Dr H. _____ de [...].

Ceci dit, la description et l'argumentation de l'expert est claire et détaillée, celui-ci montre bien que, depuis le début des difficultés de Mme X. _____, des diagnostics analogues ont été évoqués au cours du temps :

- Stress post-traumatique
- Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe
- Etat dépressif récurrent

Ainsi qu'un questionnement autour d'une démonstrativité et d'une éventuelle exagération des symptômes, de surcroît joint à des transgressions avérées sur le plan des lois.

On voit, d'une certaine manière, le curseur diagnostic qui passe progressivement d'une compréhension nuancée de cette situation complexe à une conclusion tranchée où la simulation prend toute la place, avec un état dépressif reconnu comme léger.

Il faut noter que 2013 amène de nouveaux événements : nous avons signalé Mme X. _____ et sa famille au Service de Protection de la Jeunesse, début mai, inquiets pour les enfants et surtout pour la petite dernière (août 2012), une enquête est en cours. Par ailleurs, la patiente a été hospitalisée du 30.05.2013 au 20.06.2013 au [...], suite à un tentamen. Nous vous laissons contacter l'hôpital pour avoir leur évaluation précise. A notre connaissance, les diagnostics retenus dans cette hospitalisation sont :

- F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode sévère, avec symptômes psychotiques
- Z60.8 Autres difficultés liées à l'environnement

De notre point de vue, une part de démonstrativité, avérée chez Mme X. _____, n'invalide pas un diagnostic de trouble dépressif, de la même manière les vols effectués ne sont pas une preuve de la santé mentale de cette patiente, ni de sa capacité de travail."

Dans sa réponse du 20 novembre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a en substance rappelé avoir procédé à une révision procédurale et que l'expertise du Dr H. _____ avait valeur probante.

Par réplique du 13 décembre 2013, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle soutient en substance que l'OAI a mal interprété des faits connus, ce qui ne suffit pas pour admettre une révision procédurale, les précédentes expertises psychiatriques tenant compte des antécédents pénaux de la recourante dans leur appréciation, notamment de la condamnation pour recel et pour vol d'importance mineure et l'intimé ne pouvant préjuger que leur appréciation auraient manifestement été autre

s'ils avaient eu connaissance de la condamnation pour vol. Elle ajoute que s'il y avait reconsidération procédurale, l'intimé devait d'une part respecter le délai de 90 jours dès la connaissance des faits (1^{er} juillet 2009) pour procéder à la révision procédurale et démontrer qu'il ne pouvait les invoquer dans la précédente procédure, ce qu'il n'a pas fait. La recourante reproche en outre à l'OAI de ne pas avoir fait produire l'expertise ordonnée dans le procès pénal et à l'expert H._____ de s'écarter des diagnostics posés par ceux-ci sans en donner les motifs.

L'OAI a maintenu ses conclusions dans sa duplique du 19 décembre 2013.

D. Invité à produire un rapport sur l'hospitalisation de la recourante du 30 mai au 28 juin 2013, le Centre de Psychiatrie du [...] a produit le 3 juin 2014 la copie d'un rapport établi le 22 août 2013 par les Drs M._____, chef de clinique adjoint, et P._____, médecin assistante, et adressé à la psychologue Q._____, dont la teneur est la suivante :

“Nous vous informons que la patiente susnommée a séjourné au [...] du 30.05.2013 au 28.06.2013, date de son retour à domicile. Il s'agit du 1^{er} séjour dans notre établissement. La patiente est amenée par sa famille à l'UPA d' [...], puis auprès du médecin de garde du [...], suite à un abus médicamenteux.

ELEMENTS ANAMNESTIQUES

Patiente suivie à l'UPA d' [...] depuis de nombreuses années, actuellement par vous-même et Mme [...], infirmière, pour un trouble dépressif récurrent et une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe. Madame est mère de 4 enfants, nés en 1988, 1996, 2006 et 2012, soit un bébé de 8 mois. Depuis le dernier accouchement, en raison de l'allaitement, elle n'avait plus de médicament. Un traitement de Lyrica a été introduit au printemps 2013, la dose actuelle est de 150 mg 2x/jour. Selon les proches, Madame présente depuis plusieurs semaines, un comportement imprévisible avec beaucoup de cris qui font peur aux enfants. La famille et les voisins ont tenté en vain d'aider cette patiente. Aujourd'hui, alors que le mari s'est absenté pour aller chercher un enfant à l'école, la patiente ingère des comprimés de Lyrica (quantité non connue). Au bout de quelques heures, la patiente devient somnolente, présente des nausées et des vomissements.

Autres éléments anamnestiques :

Mme X._____ est d'origine bosniaque. Elle est à l'AI depuis plusieurs années. Elle est mariée, a 4 enfants, avec une situation conflictuelle dans la famille en raison du comportement de la

patiente envers son mari et ses enfants. La patiente est suivie ambulatoirement par vous-même, et par le CMS 1 fois par semaine.

OBSERVATION A L'ADMISSION

Patiente accompagnée par sa fille aînée, son mari et une voisine. Elle est étendue sur un canapé et a besoin d'aide pour la marche qui est ébrieuse. Elle est somnolente, ralentie, répond à peine aux questions. A noter qu'elle ne parle pas le français et qu'elle est vue à l'UPA, en compagnie d'une traductrice, Mme [...]. Pour cet entretien, c'est la fille qui fait la traduction. La tension est à 140/80, les pulsations à 86 et sont régulières. Présence de sudations, de nausées et de vomissements qui interrompent l'entretien en raison de l'état de la patiente. Une anamnèse plus complète n'est pas possible. La patiente est transférée aux [...] pour surveillance somatique.

DIAGNOSTIC: (CIM-10)

F 33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode sévère, avec symptômes psychotiques
Z 60.8 Autres difficultés liées à l'environnement

EVOLUTION ET DISCUSSION

Il s'agit d'une admission sur un mode volontaire pour mise à l'abri suite à un abus médicamenteux par Lyrica 150 mg, nombre de comprimés inconnu. La patiente est amenée par sa famille à l'UPA d' [...], puis auprès du médecin de garde du [...]. Elle est adressée aux [...] puis transférée au [...] par les ambulanciers. A son admission, la patiente est stable, un peu somnolente, mais elle arrive sur PLAFa médical vu le risque suicidaire et le risque d'hétéro-agressivité envers sa famille.

Pendant l'hospitalisation, la patiente présente des idées suicidaires fluctuantes. Elle est démonstrative, s'exprime très peu. Au début elle est peu collaborante avec des plaintes somatiques, des hallucinations auditives où elle entend les voix de ses enfants. Vu les problèmes relationnels avec son époux, nous organisons dans ce contexte et dans un premier temps un entretien de couple puis un entretien de famille, où ils ont abordé des difficultés relationnelles, mais aussi une approche émotionnelle entre la patiente et sa fille. Un réseau a été organisé avec vous-même et l'assistante sociale de l'UPA Mme [...], afin de discuter de la date de sortie et de la suite de la prise en charge, ainsi que d'un courrier de l'AI concernant une décision de suppression de la rente avec une demande de remboursement des frais perçus depuis 2008. Cette décision a bouleversé toute la famille. Les démarches administratives sont prévues avec un avocat ainsi que l'assistante sociale, pour essayer de garder l'AI. Vu l'état de la patiente, nous avons introduit un antidépresseur.

Au vu de la bonne évolution et d'une bonne réponse thérapeutique, la sortie est prévue le 28.06.2013. La patiente quitte donc le [...] accompagnée de son mari et poursuivra son suivi ambulatoire à l'UPA.

MEDICATION A LA SORTIE : Lyrica 150 1-0-1-0
Cipralex 10 mg 1.0-0-0
Temesta 1 mg 1-1-1-0
Temesta 2,5 mg 0-0-0-1"

Les parties se sont déterminées sur ce rapport. L'OAI a produit un avis médical du 12 juin 2014 des Drs T._____ et L._____ dont il résulte notamment ce qui suit :

“Après lecture de ce RM [rapport médical], l'on retiendra que l'assurée a fait un abus médicamenteux qui survient dans un contexte de difficultés conjugales et familiales, ainsi que de suppression de rente et demande de restitution. Sur un seul élément subjectif (l'assurée décrit des hallucinations auditives), les psychiatres retiennent la présence de symptômes psychotiques. Il s'agit d'un élément subjectif, et non d'un fait constaté (attitudes d'écoute). Comme le relevait le Dr H._____ dans son expertise du 31.12.2013 (cf. p. 13), chez cette assurée qui présente un discours peu fiable, il est difficile de se fonder uniquement sur des éléments subjectifs pour poser un diagnostic.

Par conséquent, il y a certes un épisode dépressif constaté motivant une hospitalisation en mai 2013, mais il apparaît comme vraisemblablement réactionnel aux difficultés du moment, notamment la suppression de rente. Malgré cela, l'assurée a trouvé les ressources psychiques pour engager une procédure de recours au même moment.”

La recourante s'est déterminée sur ce rapport.

Le 30 octobre 2014, le Centre de Psychiatrie du [...] a produit la copie d'un rapport établi le 28 octobre 2014 par les Drs F._____, chef de clinique adjoint, et P._____ à l'intention de la psychologue Q._____, dont la teneur est la suivante :

“La patiente susnommée a séjourné dans notre service du 09.04.2014 au 07.05.2014, date de son retour à domicile.

Motif de recours

État dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

Rappel anamnestique

Anamnèse à l'entrée

Connue pour un trouble dépressif récurrent et une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, Mme X._____ nous est adressée par la Dresse [...], cheffe de clinique à l'UPA d' [...], qui la voit à la demande de sa cousine, très inquiète avant son départ en vacances. La patiente, qui dit aller moins bien depuis trois semaines, présente un état dépressif sévère avec des symptômes psychotiques. Elle dit ne plus supporter d'avoir des visions d'hommes agressifs qui l'appellent et elle demande qu'on la tue pour soulager ses souffrances. Elle n'arrive pas à s'engager à demander de l'aide en cas d'idées suicidaires. Son discours est incohérent, la patiente s'agite et se couche par terre.

D'après la famille, elle présente des épisodes de crise de nerf à la maison et aurait enfermé dans une chambre une infirmière du CMS qui ne souhaite plus se rendre à domicile. Un signalement au SPJ est une question en cours. Mme X. _____ bénéficie d'un suivi à l'UPA depuis de nombreuses années et du passage hebdomadaire du CMS. Elle est hospitalisée pour la première fois en mai-juin 2013 au [...].

D'origine bosniaque, Mme X. _____ est mariée et mère de quatre enfants nés en 1988, 1996, 2006 et 2012. Elle bénéficie de l'Al depuis plusieurs années. La situation au sein de la famille est conflictuelle en raison de son comportement soit en retrait, soit agressif, envers son mari et ses enfants. Sa fille aînée s'inquiète beaucoup pour la patiente qui se culpabilise et ses deux filles ont des difficultés à trouver un apprentissage.

Status à l'entrée

Il s'agit d'une femme de 40 ans qui fait son âge, à la tenue hygiéno-vestimentaire correcte. Elle est calme et collaborante. Elle semble avoir un léger trouble de la vigilance se manifestant par une somnolence. Elle marche difficilement, soutenue par son mari, les yeux fermés. La qualité de la relation est distante, la patiente ne tient pas le focus attentionnel et évite le regard. Elle semble ralentie au niveau psychomoteur. Son discours est ralenti, pauvre, ses réponses sont courtes et rares. Le cours de la pensée semble aussi ralenti. Elle dit avoir des hallucinations visuelles et acoustico-verbales sous forme de plusieurs hommes lui disent de les suivre. Elle ne parvient pas à décrire la qualité de son humeur. Le reste du status est impossible à effectuer, la patiente ne répondant pas aux questions et ignorant l'équipe soignante. A noter toutefois qu'elle s'éveille et sourit lorsqu'elle reconnaît l'infirmière de l'unité qui l'accueille à qui elle répond.

• F43.1 Etat de stress post-traumatique

Synthèse - Discussion et évolution

Il s'agit d'une hospitalisation sous une mesure de PLAFa ordonnée par la Dresse [...] pour mise à l'abri d'idées suicidaires chez une patiente connue pour un état de stress post-traumatique avec symptômes psychotiques. La crise actuelle est liée à l'octroi d'une rente Al refusé à son mari, aggravant la situation financière déjà précaire de la famille. Le départ en vacances d'une cousine qui s'occupe beaucoup de la patiente est un autre facteur de stress.

De l'hospitalisation, Mme X. _____ attend d'être libérée de ses visions. Dans l'idée de diminuer ses symptômes psychotiques, nous augmentons le traitement antipsychotique après avoir réalisé un dosage du Risperdal qui se trouve en dessous des doses recommandées. La patiente, toujours tendue, continue à présenter une attitude d'écoute et ne parvient pas à gérer ses angoisses. Le 11 avril, nous recevons un appel de la part de la police qui trouve Mme X. _____ sur un pont duquel elle veut se jeter pour rejoindre, selon ses dires, les hommes qui s'y trouvaient. Ramenée dans l'unité, elle nie ces faits qu'elle attribue à ses hallucinations. Compte tenu du risque sévère de passage à l'acte, la patiente bénéficie d'un cadre en chambre de soins intensifs à la sortie duquel elle dit se sentir mieux, reposée et détendue. L'évolution est progressivement favorable, permettant une ouverture progressive du cadre. La

patiente présente moins d'hallucinations auditives et les idées suicidaires disparaissent. Elle bénéficie également pendant une semaine d'un schéma de perfusion de Tranxilium auquel elle répond positivement. Au vu de l'évolution favorable, de la bonne réponse thérapeutique et après un entretien de réseau avec la famille de la patiente, les représentants du SPJ, du CMS et du CSR et vous-même prévoyant des rencontres régulières entre les différents intervenants du réseau médico-social ambulatoire, Mme X. _____ quitte le [...] le 07.05.2014 accompagnée de son mari. Elle poursuivra son suivi ambulatoire à votre consultation.

Traitement à la sortie
Lyrica 150 mg 1-0-1-0
Cipralax 10 mg 1-0-0-0
Risperdal 1 mg 3-0-3-0
Temesta 1 mg 0-1-0-1”

Les parties se sont déterminées sur ce rapport. L'OAI a produit un avis médical du 28 novembre 2014 des Drs O. _____ et L. _____ dont il résulte notamment ce qui suit :

“Vous nous sollicitez afin de connaître notre avis concernant le dernier rapport médical produit (28.10.14). Ce dernier concerne une deuxième hospitalisation en milieu psychiatrique, cette fois-ci en mode non volontaire pour mise à l'abri d'idées suicidaires (du 09.04 au 07.05.14). Les diagnostics retenus sont un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques et un état de stress post-traumatique. La crise actuelle est décrite comme étant liée au refus d'une rente AI à son mari et au départ en vacances d'une cousine proche. Elle sera placée en chambre de soins intensifs en raison du risque sévère de passage à l'acte (l'assurée voulant se jeter du haut d'un pont, elle a été ramenée à l'unité par la police). Un signalement à la SPJ est en cours. Le traitement psychotrope est majoré et la situation évolue favorablement.

Discussion : Dans le contexte de cette hospitalisation, les thérapeutes en charge de l'assurée ne décrivent à aucun moment des éléments en faveur d'une simulation des symptômes. Relevons toutefois qu'ils mentionnent que l'assurée ignore l'équipe soignante et qu'elle s'éveille et sourit lorsqu'elle reconnaît une certaine infirmière. De plus, il est mentionné que le dosage thérapeutique réalisé (risperidone) se trouve en dessous des doses recommandées (ce fait n'est pas nécessairement lié au manque d'observance).

La majorité des nombreux éléments décrits par les psychiatres sont anamnestiques et subjectifs. Toutefois, il semble difficilement envisageable, même si cela n'est pas formellement impossible, que l'ensemble du tableau psychiatrique et ses répercussions soit uniquement le fait d'une simulation (intervention de la police en raison d'une menace suicidaire, hospitalisation en PLAFa avec intervention du CMS et signalement au SPJ, instauration d'un traitement en chambre de soin intensif, prise d'un traitement psychotrope conséquent).

Dès lors, au vu de ce qui précède, une capacité de travail semble être difficilement justifiée et justifiable durant la période en question (avril-mai 2014).

Toutefois, nous relevons que le présent rapport décrit une hospitalisation de un mois en milieu psychiatrique, et ne présage donc pas d'une incapacité de travail durable en toute activité (l'évolution est favorable). Il ne permet pas non plus de remettre en question les précédentes conclusions du SMR."

La recourante s'est déterminée sur cet avis le 7 janvier 2015.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (cf. art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fériés d'été (cf. art. 38 al. 4 let. b LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi sur la procédure administrative du 28 octobre 2008, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. La question à examiner est celle du droit à la rente de la recourante, en particulier si les conditions d'une révision procédurale sont réalisées.

Selon l'article 53 al. 1 et 2 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. 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.

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF ([loi sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005, RS 173.110] ; cf. TF 9C_764/2009 du 26 mars 2010 consid. 3.1). Sont "nouveaux" au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 134 III 669 consid. 2.2 et les références). Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Il faut des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs (ATF 127 V 353 consid. 5b et les

références; TF 9C_418/2015 du 22 octobre 2015 consid. 3.2 et 8C_422/2011 du 5 juin 2012 consid. 4).

Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation (art. 25 al. 2, 1^{ère} phrase, LPGA).

3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 ; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

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 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Cependant, selon la

Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée).

5. a) En l'espèce, par décision du 1^{er} novembre 2006, l'OAI a alloué une rente entière d'invalidité à la recourante dès le 1^{er} juillet 2002. A cette époque, il avait connaissance de divers rapports médicaux dont en particulier une expertise effectuée en 2001 par le Dr J._____ qui a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. Certes dans cette expertise, ce praticien mentionne la condamnation de la recourante pour recel. Il explique toutefois qu'à son avis, cela fait partie d'un processus d'auto-destruction de celle-ci car elle se décrivait comme très dépendante, qu'au sein de la communauté yougoslave de réfugiés en Suisse elle paraissait démunie pour pouvoir lutter contre certaines règles et qu'il était probable que le recel avait été accepté à contre-cœur, la recourante ayant été plus ou moins forcée. Il aboutit à la même conclusion quant au fait que la recourante travaillait sans être déclarée, estimant ne

pouvoir exclure qu'elle ait été par son entourage social et familial « contrainte » à travailler au noir, ce qui montrerait par-là l'importance des traits de personnalité dépendante. Il a certes posé le diagnostic de simulation mais exposé que ce diagnostic n'excluait pas pour autant l'état de stress post-traumatique ou la modification de la personnalité après une expérience de catastrophe. Dans leur rapport du 16 avril 2004, les médecins de l'UPA posaient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. L'OAI a en outre demandé aux médecins du SMR d'examiner la recourante et dans leur rapport du 26 avril 2006, les Drs S._____ et U._____ ont posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques et d'état de stress post-traumatique retenant une incapacité de travail totale. A l'époque, les médecins du SMR ignoraient que depuis deux ans la recourante commettait de multiples vols dans divers magasins.

Compte tenu de leurs conclusions ainsi que de l'avis du Dr J._____, l'OAI ne pouvait qu'octroyer une rente entière.

b) Ce n'est que le 6 février 2009 que l'OAI a eu connaissance de l'activité délictueuse de la recourante, laquelle s'est ainsi poursuivie jusqu'en 2009, soit pendant cinq ans. Le jugement du Tribunal correctionnel date de 2011.

La connaissance par l'OAI des faits reprochés à la recourante puis du jugement la condamnant n'est toutefois pas suffisante pour lui permettre de déterminer la capacité de travail de celle-ci. La jurisprudence développée dans le cas d'un rapport de surveillance par un détective privé est applicable en l'espèce. Selon celle-ci, un tel rapport ne constitue pas, à lui seul, un fondement sûr pour constater les faits relatifs à l'état de santé ou la capacité de travail de la personne assurée. Il peut tout au plus fournir des points de repère ou entraîner certaines présomptions. Seule l'évaluation par un médecin du matériel d'observation peut apporter une connaissance certaine des faits pertinents (ATF 137 I 327 consid. 7.1; TF

8C_434/2011 du 8 décembre 2011 consid. 4.2). Cette exigence d'un regard et d'une appréciation médicale sur le résultat de l'observation permet d'éviter une évaluation superficielle et hâtive de la documentation fournie par le détective privé (voir à ce sujet Margit Moser-Szeless, La surveillance comme moyen de preuve en assurance sociale in : RSAS 57/2013 p. 129 ss, plus spécialement p. 152). L'évaluation du médecin est faite sur la base du résultat des mesures de surveillance, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner dans tous les cas une expertise médicale. Il appartient en effet à l'assureur social ou au juge d'apprécier la portée du produit d'une surveillance en fonction du principe de la libre appréciation des preuves (Moser-Szeless, op.cit., p. 153; voir aussi TF 8C_779/2012 du 25 juin 2013 consid. 2.3 et la référence citée).

aa) En l'occurrence, conformément à cette jurisprudence, l'OAI a ordonné une expertise psychiatrique. Quant à la question relative à l'influence du diagnostic de simulation sur les autres diagnostics que posaient les médecins du SMR, elle apparaît nécessaire dès lors qu'il importait de clarifier la situation sur ce point notamment. On ne voit pas en quoi elle pourrait prédisposer l'expert dont c'est précisément la tâche de poser les diagnostics et d'examiner quelle est leur incidence après une connaissance complète du dossier et l'examen de la recourante.

bb) La recourante ne saurait reprocher à l'OAI de ne pas avoir fait verser au dossier l'expertise effectuée dans le cadre du procès pénal. D'une part, cette expertise ne concernait pas uniquement l'assurée mais également l'une de ses coaccusées et le but de celle-ci était de déterminer si elles avaient ou non la capacité de se déterminer d'après leur appréciation du caractère illicite de leurs actes, soit une finalité différente de celle utile à la présente cause. Tout ce que l'on peut en retenir est que la responsabilité de la recourante n'est que légèrement diminuée. Tenant compte de cette expertise, le tribunal a d'ailleurs jugé que la culpabilité de la recourante était la plus lourde.

cc) L'expert H._____ n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail de la

recourante. Il a expliqué ne pas retenir de trouble de la personnalité dès lors que pour qu'un tel diagnostic puisse être posé, il est nécessaire que des dysfonctionnements prononcés aient eu lieu de manière constante depuis l'adolescence au plus tard dans le domaine des cognitions, de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel, dysfonctionnements qui doivent s'être manifestés dans tout type de situations et qui doivent avoir été à l'origine d'une souffrance personnelle ou d'un impact nuisible sur l'environnement social. Or au regard tant de l'anamnèse que de l'ensemble du dossier, l'expert relève que les critères généraux de la présence d'un trouble de la personnalité ne sont pas vérifiés et plus particulièrement celui de la durée.

L'expert a retenu le diagnostic de simulation de la part de l'assurée. Ce diagnostic avait été posé par le Dr J. _____ et figure dans le jugement pénal. A l'appui de ce diagnostic, l'expert relève plusieurs aspects qu'il qualifie de problématiques. Ainsi il remarque que la souffrance avancée, savoir une personne constamment effondrée, disant ne plus s'occuper des tâches ménagères et passant ses journées inactive, contraste avec la présence de vols répétés pendant une période de plusieurs années et cela selon un choix libre et volontaire, rien ne montrant que les actes aient été commis sous la coercition. Il explique que, le fait de s'adonner à des vols de manière répétée suppose une résistance au stress, cela d'autant plus que la recourante était au courant de la présence de caméras de surveillance et qu'il est nécessaire d'être rapide, coordonné, discipliné, d'avoir confiance en soi et d'avoir des facultés d'attention, de concentration, de collaboration, de programmation et d'anticipation intactes. De même tant son comportement lors de l'enquête économique (allongée sur le divan, le regard fixe et hagard, répondant par monosyllabes aux questions traduites par sa soeur, la tête baissée évitant de croiser le regard de l'enquêtrice) que les propos qu'elle a tenus à cette occasion (indique que la foule l'angoisse, qu'elle se sent menacée et fuit, que l'ensemble des courses sont exécutées par son mari ou par les enfants qui vont acheter des produits frais du jour) sont en flagrante contradiction avec son activité délictueuse et les ressources qu'elle implique. En ce qui concerne le cadet des enfants, âgé de 19 mois

lors de cette enquête, l'expert a uniquement remarqué que l'attitude de celui-ci telle que décrite était incompatible avec une mère souffrant d'une maladie psychiatrique grave, l'état de la mère se répercutant, dans ces conditions, irrémédiablement, sur l'état psychique de l'enfant. Le fait que des enfants soient livrés à eux-mêmes n'est pas forcément la conséquence d'une maladie psychique de leurs parents. L'expert a en outre constaté le manque de collaboration de la recourante de même qu'avec d'autres médecins avant lui. Il rappelle en outre que le jugement du 24 novembre 2011, mentionne que les experts ont relevé que certains tableaux cliniques observés chez la recourante n'étaient pas cohérents et ne pouvaient être mis en lien avec aucune pathologie et plus particulièrement une fluctuation de la symptomatologie en fonction des intervenants, des hallucinations et troubles de la mémoire atypiques. De même l'expert a constaté au cours de l'entretien d'expertise psychiatrique que certaines assertions n'ont pas été crédibles ou contradictoires et cite plusieurs exemples. Il a également constaté que la recourante n'était pas crédible dans ses réponses concernant les symptômes qu'elle pourrait présenter, ceux-ci donnant souvent l'impression d'être récités et inauthentiques, comme par exemple l'allégation d'hallucinations auditives alors qu'il n'y a, à aucun moment, de signes indirects pour la présence d'hallucinations auditives (absence de barrages idéiques, d'attitudes d'écoute, de soliloque ou de rires immotivés), de même que la mention d'hallucinations visuelles (l'assurée dit voir passer des chamanes chez elle) est peu vraisemblable chez une personne par ailleurs bien ancrée dans la réalité. L'expert a aussi noté une démonstrativité et une théâtralité marquées (par exemple, la recourante récite, en milieu d'entretien, une prière avec une expression de souffrance et d'affliction ; elle pousse des soupirs et fait des grimaces).

L'expert n'a pas retenu le diagnostic de modification de la personnalité mais celui de suspicion en accord avec celui retenu par les experts mandatés dans le procès pénal. Il explique que ce diagnostic a été posé sur la base de données anamnestiques uniquement et que le discours de la recourante étant peu fiable, il convient de se fonder uniquement sur ce qui est effectivement observé, soit dans le cas de la

recourante une attitude d'hostilité, d'autres critères objectifs de ce diagnostic tels que la vigilance accrue ou l'irritabilité n'étant pas constatés. Pour les mêmes motifs, l'expert ne retient pas l'état de stress post-traumatique, n'ayant pas objectivé d'irritabilité ou d'accès de colère, de difficultés de concentration, d'hypervigilance ou de réactions de sursaut exagérées.

Enfin, l'expert a expliqué qu'il ne résultait pas du dossier que la recourante ait présenté au moins deux épisodes de dépression séparés par une période d'au moins deux mois, raison pour laquelle il estimait que le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne pouvait être posé mais bien celui d'épisode dépressif. Il relève à nouveau qu'interrogée sur les symptômes de la dépression qu'elle pouvait présenter, la recourante a répondu systématiquement par l'affirmative et qu'au vu du manque de la fiabilité de son discours il était nécessaire de se fonder sur des constatations objectives uniquement, l'examen clinique direct parlant en faveur d'une humeur déprimée et d'une réduction de l'énergie avec une diminution de l'élan vital, cet aspect étant cependant réduit dans son intensité, notamment parce qu'il n'y a pas de diminution de l'aptitude à penser avec l'absence de troubles de la vigilance, de l'attention et de la concentration, ni de troubles mnésiques (en tenant compte du fait que les troubles de la mémoire allégués sont peu crédibles), ni de ralentissement idéique (initiative, fluidité idéiques) ni moteur.

L'expert a ainsi exposé de façon complète et détaillée les motifs pour lesquels il s'est écarté des diagnostics précédemment posés.

Les conclusions de l'expert ne sont pas mises en doute par les avis du Dr Y. _____ et de la psychologue Q. _____ qui relèvent que la description et l'argumentation de l'expert sont claires et détaillées. Ils expriment un avis divergeant lorsqu'ils écrivent qu'une part de démonstrativité, avérée, n'invalide pas un diagnostic de trouble dépressif et que les vols effectués ne sont pas une preuve de la santé mentale de la recourante, ni de sa capacité de travail mais n'expliquent pas les raisons pour lesquelles les conclusions de l'expert seraient erronées. Ils ne

s'expriment pas sur le diagnostic de simulation, en particulier pas sur la contradiction entre l'activité délictueuse de la recourante s'étendant sur plusieurs années et son comportement lorsqu'elle est face à des médecins.

Le rapport médical du 22 août 2013 des Drs M._____ et P._____ fait état d'un abus médicamenteux survenant dans un contexte de difficultés conjugales et familiales, ainsi que de suppression de rente et demande de restitution. L'épisode dépressif constaté motivant une hospitalisation en mai 2013, apparaît ainsi réactionnel.

De même la crise constatée par les Drs F._____ et P._____ dans leur rapport du 28 octobre 2014 ayant nécessité une nouvelle hospitalisation est liée selon ces médecins au refus de l'octroi d'une rente AI au mari de la recourante, aggravant la situation financière déjà précaire de la famille. De toute manière, même si cet épisode devait être considéré comme une aggravation de l'état de santé de la recourante avec une incidence de longue durée sur sa capacité de travail, il a eu lieu postérieurement à la décision attaquée et ne saurait dès lors être pris en compte dans la présente procédure.

Même si l'intervention du Service de protection de la jeunesse (SPJ) a été requise, le fait qu'un parent ait un comportement mettant en danger ses enfants ne signifie pas comme relevé ci-dessus qu'il est atteint dans sa santé, ni qu'il est en incapacité de travail.

Enfin, contrairement à ce que soutient la recourante, il ne s'agit pas d'une simple appréciation différente de l'expert H._____, mais de conclusions fondées sur des faits qui étaient ignorés des médecins qui se sont prononcés sur l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail jusqu'à la décision d'octroi de rente.

En conclusion, l'expertise du Dr H._____ souscrit aux réquisits de la jurisprudence. Comportant une anamnèse, faisant état des plaintes de la recourante, elle est fondée sur un examen clinique et sur

l'étude de l'ensemble du dossier. Exempte de contradictions et très détaillée, ses conclusions sont claires et bien motivées. Elle a ainsi valeur probante. Force est dès lors d'admettre que la capacité de travail de la recourante a toujours été entière.

dd) Les vols perpétrés de manière répétée entre 2004 et 2009 témoignent objectivement de ressources à la disposition de la recourante, telles que résistance au stress, rapidité, facultés d'attention et de concentration, confiance en soi, coordination, capacités de programmation et d'anticipation, discipline et collaboration. Comme le relève à juste titre l'OAI, même si des composantes de simulation et de fraude avaient été relevées auparavant, il n'était pas possible de réaliser, avant que l'existence des dites ressources ne soient accréditées par le comportement de l'intéressée, à quel point l'appréciation de la situation faite en son temps était incompatible avec la réalité des faits. Ceci vaut notamment pour l'expert J._____ (rapport du 10 juillet 2001) et pour les Drs S._____ et U._____ (rapport du 26 avril 2006), dont les appréciations auraient manifestement été autres si la réalité des faits avait pu être portée à leur connaissance. Notamment, les médecins du SMR auraient pu constater en 2006 la flagrante contradiction entre une assurée constamment en pleurs qui dit ne pas pouvoir s'empêcher de serrer quelque chose dans ses mains et se sentir observée par les gens dans la rue, motif pour lequel elle déclarait rester enfermée à la maison et les multiples vols qu'elle commettait depuis 2004.

Les vols qui se sont produits depuis 2004 n'étaient pas connus de l'OAI. Il s'agit de faits nouveaux et importants, comme l'a démontré l'expertise du Dr H._____ conduisant à un jugement différent de celui porté lors de la décision par laquelle la rente a été octroyée.

L'OAI a eu connaissance de l'importance de ces faits au plus tôt lors de la communication de son expertise par le Dr H._____ (cf. consid. 5b supra) et a rendu sa décision peu après. Il n'a pas arrêté l'étendue du dommage mais dès lors que la rente est supprimée pendant cinq ans, celui-ci est bien évidemment élevé. La décision attaquée ne

saurait donc être considérée comme tardive étant précisé que l'art. 67 al. 1 PA (loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968, RS 172.021) qui concerne le délai de 90 jours dans lequel la demande de révision doit être adressée à l'autorité par l'assuré n'est pas applicable en l'espèce.

ee) Au vu de ce qui précède, la décision attaquée n'est pas critiquable et doit être confirmée.

Le dossier étant complet, permettant à la cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction, la requête de la recourante en ce sens devant être rejetée.

6. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI) ; le montant des frais est fixé en fonction de l'importance et de la difficulté de la cause et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 4 al. 1 et 2 TFJDA [Tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative, RSV 173.36.5.1], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur et de la complexité de la cause, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressée, assistée par un avocat, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 13 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais d'arrêt, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de X._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexa Landert (pour X._____),
- 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 :