

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 février 2016

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Dessaux, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

N._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Rachid Hussein,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 et 28 LAI ; 17 LPGA ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1957, [...], a déposé le 22 janvier 1999 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), tendant à l'octroi d'une rente. Elle alléguait être atteinte du SIDA depuis 1993 et présenter à ce titre une incapacité totale de travail depuis novembre 1996. Dans le formulaire 531bis relatif à son statut (part active/part ménagère), signé le 15 février suivant, elle a précisé qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle exercerait l'activité d'aide-soignante ou de nettoyeuse à 100%.

Dans un rapport médical du 26 avril 1999 à l'OAI, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic de SIDA stade C3 et d'état dépressif. Il a par ailleurs indiqué ce qui suit :

« Cette patiente présente un SIDA qui s'est déclaré en novembre 1993 par une pneumonie interstitielle lymphoïde, une vasculite des membres inférieurs et une candidose oro-pharyngée. Une biopsie pulmonaire à ciel ouvert avait été nécessaire pour établir le diagnostic. La patiente a été traitée depuis lors par divers médicaments anti-HIV ainsi qu'une prophylaxie primaire contre le pneumocystis carinii. Son état s'est alors amélioré, mais il est resté depuis lors relativement stationnaire et caractérisé essentiellement par de la fatigue et un état dépressif fluctuant gênant la reprise du travail. Au début 1999, des ajustements thérapeutiques ont été nécessaires en raison d'une forte augmentation de la virémie accompagnée d'une diminution des lymphocytes CD4. Dans ces conditions, je pense qu'une reprise du travail n'est pas envisageable dans un avenir prévisible. »

Le 16 mai 2000, le Dr D. _____ a confirmé à l'OAI les diagnostics de SIDA stade C3 et d'état anxio-dépressif en indiquant que la maladie était bien contrôlée sous trithérapie du point de vue clinique mais en progression du point de vue des paramètres immunologiques, confirmant une incapacité de travail de 100% dès le mois de novembre 1996.

La Dresse H._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a indiqué, dans un avis médical du 24 août 2001, que le seul symptôme somatique de l'assurée étant une fatigue, l'incapacité de travail attestée par son médecin traitant lui paraissait un peu abusive. En conséquence, elle proposait la mise en œuvre d'un examen clinique au SMR.

Cet examen, effectué le 2 novembre 2001 par la Dresse H._____ et le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a donné lieu à un rapport du 10 décembre 2001, aux termes duquel ont été posés les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1) chez une personnalité dépendante, et de SIDA au stade C. Les Drs H._____ et V._____ ont conclu à une capacité de travail exigible de 30% dans toute activité, appréciant le cas de la façon suivante :

« D'un point de vue purement somatique, l'assurée ne présente aucune limitation fonctionnelle hormis une asthénie importante pouvant être provoquée par une trithérapie antivirale et par le status HIV. De ce fait, une incapacité entre 20 et 30 % peut être reconnue dans toutes les activités.

Emigrée en Suisse en 1981, l'assurée s'adapte tant bien que mal à ses nouvelles conditions de vie. Victime d'un accident alors qu'elle se trouve enceinte, l'assurée doit porter un corset plâtré durant les dernières semaines de sa grossesse. Sa fille étant née hypotone, l'assurée associe le port de ce corset avec l'important handicap moteur développé par son enfant. Ayant appris à fin 1993 qu'elle était séropositive, l'assurée présente une évolution défavorable de sa maladie, devant être mise au bénéfice d'un arrêt de travail à 100 % par son médecin traitant dès le mois de novembre 1996. Sous trithérapie, elle présente parallèlement à sa maladie somatique, une évolution dépressive et anxieuse importante, qui grève encore ses forces déjà limitées. Dans ce contexte fragilisé, l'assurée doit affronter les conflits relationnels avec sa fille aînée, qui finit par repartir au Congo avec le mari de l'assurée en 1997. L'assurée est laissée à elle-même dans l'incertitude complète quant à son avenir, s'angoissant sur le sort de sa fille handicapée.

Les troubles psychiques présentés par l'assurée correspondent à une atteinte à la santé au sens de l'article 4 LAI. Ils justifient une incapacité de travail de 70 % pour une durée indéterminée. Cette capacité de travail n'est pas susceptible d'être améliorée par des mesures médicales. Quant à une réadaptation professionnelle, elle n'est pas indiquée. »

À la suite de ce rapport, l'OAI a rendu le 28 janvier 2002 un projet d'acceptation de rente, reconnaissant dès le 1^{er} janvier 1998 le droit à une rente entière basée sur un taux d'invalidité de 70%.

Un prononcé du 28 février 2002 a confirmé ce projet.

B. Le 18 avril 2005, N._____ a répondu à l'OAI, au moyen du « questionnaire pour la révision de la rente », que son état de santé était stationnaire, qu'elle était toujours sous traitement de trithérapie et avait été suivie par le Dr D._____ jusqu'en décembre 2004, son nouveau médecin traitant étant depuis février 2005 le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale et en infectiologie.

Interpellé par l'OAI, le Dr R._____ a rédigé un rapport le 3 juin 2005, apportant notamment les indications suivantes :

« Sur le plan clinique, l'évolution est très favorable : aucune infection opportuniste n'a été documentée depuis la mise sous traitement, la charge virale est entièrement contrôlée (<50 copies RNA/mi) et le compte des lymphocytes CD4 est actuellement normal (519 cellules/mm³). Il n'existe plus de risque de complication infectieuse opportuniste.

Si le traitement est très efficace, sa composante efavirenz est mal tolérée : la patiente décrit une fatigue intense associée à une hypersomnie diurne, particulièrement depuis l'introduction de cette substance. Ces effets secondaires correspondent à une toxicité neuro-psychiatrique bien connue de la substance. Nous avons prévu de remplacer l'antiviral par une nouvelle molécule, l'atazanavir, en août prochain. En effet, la patiente doit se rendre en Afrique pour des raisons familiales, et il paraissait peu avisé de modifier le traitement antirétroviral juste avant son départ.

Actuellement, la capacité de travail est essentiellement compromise par la fatigue et l'hypersomnie diurne. Si l'hypothèse d'un effet secondaire neuro-psychiatrique de l'efavirenz est correct, les symptômes devraient disparaître en quelques semaines, et il n'y aurait alors plus de limitation à la capacité de travail due au problème infectiologique.

Toutefois, il est possible qu'un état anxio-dépressif soit présent également, et puisse contribuer à la symptomatologie.

En conclusion, la capacité de travail est actuellement nulle pour la raison précitée. Une nouvelle évaluation devrait avoir lieu fin 2005, après la modification thérapeutique proposée. »

Par communication du 19 juillet 2005, l'OAI a informé l'assurée qu'il maintenait le droit à la rente entière d'invalidité.

C. N._____ a complété un nouveau « questionnaire pour la révision de la rente » le 20 février 2006. Elle y mentionnait que son état de santé s'était amélioré depuis octobre 2005, puisqu'elle n'avait plus de vertiges et n'avait pas été hospitalisée.

Dans un rapport du 20 mars 2006 à l'OAI, le Dr R._____ s'est exprimé de la manière suivante :

« Après de nombreuses discussions, le traitement a pu être modifié le 5.9.2005, et l'Efavirenz remplacé par l'Atazanavir, potentialisé par de faibles doses de Ritonavir, sans modification des deux autres composants de la trithérapie, soit le 3TC et le tenofovir.

Le suivi a montré que la modification thérapeutique n'avait pas entraîné de perte de contrôle de l'infection HIV (valeurs du 18.01.2006 : lymphocytes CD4 658 cellules/mm³, charge virale <40 copies RNA/ml).

L'hypersomnie et la fatigue ont quelque peu diminué, mais la patiente déclare que la 2^{ème} composante est toujours bien présente.

Evaluation

Après la modification thérapeutique, la fatigue ne peut plus être attribuée au traitement antirétroviral, par ailleurs biologiquement bien toléré. Ce symptôme ne peut pas non plus être attribué à la réplication virale, ni à une complication opportuniste.

Ce qui précède a été discuté avec la patiente le 17.3.2006, et cette dernière déclare envisager la reprise d'une activité professionnelle à 50%, ce qui est tout à fait soutenable sur le plan infectiologique. »

Par avis du 12 juillet 2006, la Dresse H._____ a relevé l'amélioration de l'état de santé conforme aux dires de l'assurée et aux constatations du médecin traitant, et requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, les renseignements dans ce domaine étant inexistant.

L'expertise a été réalisée par les Dresses L._____ et X._____, cheffe de clinique respectivement médecin interne au département de psychiatrie de [...], lesquelles ont retenu, à titre de diagnostics affectant la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent,

épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F 33.2), et un SIDA de stade C. Dans leur rapport du 20 janvier 2007, au titre de status psychiatrique clinique, elles ont noté ce qui suit :

« Femme de 57 ans [recte : 49 ans], très disponible, ponctuelle aux rendez-vous, avec une tenue et hygiène très soignées, d'une apparence coquette, en bon état général. Tendue au premier contact, elle devient par la suite détendue et collaborante, gardant une expression triste au niveau de son visage. Elle évite le contact visuel, regardant souvent ses mains. L'Assurée est bien orientée dans l'espace et le temps, avec un léger ralentissement psychique. On relève des troubles anamnétiques de l'attention, de la concentration et de la mémoire autobiographique avec de la difficulté à retrouver les dates de certains événements de sa vie. Le discours, dans un français fluide, est cohérent, informatif, bien organisé, circonstancié par moment, exprimé d'une voix monocorde. Pas de troubles formels du cours de la pensée. Elle présente une thymie triste, par moment elle pleure, avec des affects appropriés à la situation. Aucuns éléments psychotiques ne sont mis en évidence. Elle présente des idées noires fluctuantes. Elle ne présente pas des idées suicidaires. On note une apathie, et une anhédonie importante ainsi que une sociabilité diminuée. Madame ne sort pratiquement pas de chez elle. Elle présente un profond sentiment de culpabilité et de dévalorisation. Elle présente des troubles de sommeil, avec un rythme nyctéméral inversé, et une fatigabilité diurne qui l'empêche d'entreprendre toute d'activité d'une manière continue et soutenue. Même pour les tâches ménagères les plus simples (faire la vaisselle par exemple), elle a besoin de faire plusieurs pauses. Elle présente des variations d'appétit. Récemment, en lien probable avec son traitement médicamenteux anti HIV, elle a pris environ 6 kg.

L'Assurée ne présente aucune dépendance aux toxiques, alcool, ou tabac. »

En réponse aux questions de l'OAI sur la capacité de travail et la réadaptation, les expertes sollicitées se sont déterminées de la façon suivante :

« B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique : fatigue, faiblesse.

Au plan psychique et mental : toute reprise professionnelle est actuellement impossible.

Au plan social : Les compétences sociales sont actuellement fortement restreintes du fait d'un état dépressif tant qualitativement que quantitativement. On note un retrait social important de 80%-

90%. Madame conserve des compétences concernant les démarches administratives.

1. Influences des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici
 - 1.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

L'Assurée n'exerce plus d'activité depuis 13 ans.
 - 1.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail
Aucune capacité résiduelle de travail.
 - 1.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

N'exerce plus d'activité depuis 1994. Actuellement une activité ne peut plus être accomplie par l'Expertisée.
 - 1.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Oui de 100% actuellement.
 - 1.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Depuis 1993-1994.
 - 1.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

L'incapacité et le troubles dépressif n'ont cessé de s'aggraver depuis.
2. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Non, actuellement elle n'est pas capable.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Non, au vu des troubles constatés. Seule une prise en charge dans un environnement thérapeutique est envisageable.
2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

Non, pas pour l'instant
3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?

Actuellement aucune activité n'est exigible de la part de l'assurée. Seule une prise en charge médicale spécialisée et intensive est actuellement exigible.

 - 3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

Elle ne peut pas être exercée actuellement.
 - 3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Oui, à 100 %.

3.4 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

La sévérité de l'épisode dépressif et sa persistance ininterrompue depuis 1993-1994, rendent toute activité professionnelle impossible pour l'instant.

Remarques et/ou autres questions :

Une prise en charge médicale spécialisée doit impérativement être entreprise dans les meilleurs délais. Ce n'est qu'à ces conditions que l'on pourra espérer une stabilisation ou une rémission de son trouble dépressif. Une réévaluation devrait être effectuée dans une à deux années après le début du traitement spécifique. »

Un avis médical du SMR du 30 mars 2007, sous la plume du Dr Q._____, évoquait un état de santé stationnaire avec une légère aggravation sur le plan psychiatrique, avant tout en raison d'une situation maintenant cristallisée. Le médecin du SMR a en outre relevé que les statuts psychiatriques de 2001 et 2006 étaient plus ou moins superposables, l'assurée arrivant encore à s'occuper de sa fille handicapée et toute hospitalisation en milieu psychiatrique ayant pu être évitée.

Par communication du 13 avril 2007, l'OAI a informé l'assurée de la poursuite du versement de la rente entière, son degré d'invalidité demeurant à 70%.

D. N._____ a rempli un nouveau « questionnaire pour la révision de la rente » le 31 mai 2011, faisant valoir un état de santé stationnaire, avec la précision suivante : « je suis toujours fatiguée et je ne fais pas grand-chose à la maison, faiblesse, et sous trithérapie, et je dors beaucoup ».

Dans un rapport du 17 juin 2011, le Dr R._____ a maintenu les diagnostics d'infection HIV et d'état dépressif, énonçant notamment ce qui suit en guise de conclusion :

« L'infection HIV est toujours cliniquement et immunologiquement silencieuse, et ce depuis 6 ans au moins. Le suivi virologique démontre une charge virale au seuil de détection de la méthode par PCR. L'adhérence thérapeutique est à 100%, et l'anamnèse ne ramène pas de possibilité d'interaction médicamenteuse. Il s'agit le

plus probablement d'un problème technique, sans aucune conséquence pour la prise en charge.

Le traitement antirétroviral est subjectivement et biologiquement bien toléré.

D'un point de vue strictement infectiologique, il n'y a toujours pas d'atteinte directe à la capacité de travail. Par contre, la dépression majeure n'est, à ma connaissance, toujours pas traitée en raison du refus de la patiente ».

Par communication du 8 août 2011, l'OAI a informé l'assurée du maintien de sa rente d'invalidité, sans modification de son droit.

E. Le 3 août 2012, dans le « questionnaire pour la révision de la rente », N._____ a fait part d'un état de santé stationnaire et indiqué se fatiguer rapidement même sans rien faire et oublier beaucoup de choses.

Interpellé par l'OAI dans le cadre de cette quatrième révision, le Dr R._____ a mentionné, dans son rapport du 6 septembre 2012, que l'infection HIV était toujours bien contrôlée et l'association médicamenteuse bien tolérée de sorte que d'un point de vue strictement infectiologique, on ne pouvait parler d'atteinte à la capacité de travail, cette dernière étant exclusivement du ressort de l'état psychique (dépression majeure sous-jacente).

Le 31 janvier 2013, le SMR, par l'intermédiaire du Dr P._____, a sollicité la mise en œuvre d'une expertise auprès du Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins d'actualiser la situation. Le Dr M._____ a adressé son rapport d'expertise à l'OAI le 21 mai 2013, aux termes duquel il retenait le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2). Dans son appréciation du cas, il indiquait notamment ce qui suit :

« Appréciation assécurologique

Au terme de son évaluation le soussigné retient un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2).

Le trouble anxieux et dépressif mixtes (F41.2) désigne la situation où l'on constate des symptômes anxieux et dépressifs sans gravité et qui n'ont pas la sévérité suffisant à poser un diagnostic spécifique

du domaine de l'anxiété et de la dépression. Ce trouble désigne par conséquent un tableau psychiatrique relativement banal et qui n'a rien de préoccupant.

Ce trouble se retrouve fréquemment en médecine de premier recours. Il se retrouve également dans la population générale et les sujets en cause ne consultent le plus souvent pas de médecin pour ce motif. Ils ne sont en fait pas assez souffrants ni assez dysfonctionnels pour chercher à obtenir des soins.

Sachant qu'un trouble anxieux et dépressif mixte est, par définition, en dessous du seuil d'un trouble anxieux spécifique et d'un épisode dépressif typique, il est bien évident qu'on ne saurait le corrélérer à de quelconques limitations psychiatriques significatives et à une incapacité de travail en conséquence.

Dans le cas présent, rien n'indique que cette situation sorte de l'ordinaire. Les éléments dépressifs restent de peu de sévérité, compte tenu de ce qui a été argumenté plus haut. Il en est de même de l'anxiété qui n'a pas les caractéristiques pour valoir un trouble spécifique. Il n'y a dès lors pas de motifs de corrélérer le trouble anxieux et dépressif mixte de l'assurée à une quelconque incapacité de travail psychiatrique.

Conclusions

En conclusion, l'expert ne saurait retenir une quelconque incapacité de travail psychiatrique dans ce cas. Il est évident que l'intéressée a évolué favorablement depuis les évaluations psychiatriques par spécialistes du 02.11.2001 et 20.01.2007.

Le soussigné doute par ailleurs que l'intéressée ait présenté à un moment ou à un autre un tableau clinique véritablement compatible avec ce que décrit un épisode dépressif sévère. Il n'a pas été convaincu par ce que décrit le rapport médical du 20.01.2007 à ce sujet, sachant que c'est la seule pièce au dossier qui valide une pathologie dépressive grave depuis 1999. Ce rapport d'expertise n'a d'ailleurs pas été suivi par vos collaborateurs médecins.

En l'état, il est difficile de savoir à quand remonte l'amélioration des troubles psychiques de l'intéressée. A défaut de pouvoir mieux faire et mieux argumenter, on pourrait prendre comme repère le rapport médical du 17.06.2011 du Dr R. _____, médecin traitant qui ne rapporte aucune aggravation sur le plan psychiatrique par rapport à ses précédentes évaluations.

Le soussigné considère dès lors comme justifié d'admettre une incapacité de travail psychiatrique de 70% jusqu'au 16.06.2011.

Depuis le 17.06.2012 [recte : 2011], l'expert considère qu'il n'y a plus d'incapacité de travail psychiatrique. L'assurée est capable de travailler en plein dans les professions qu'elle a exercées jusqu'ici.

Le soussigné n'a pas d'explication psychiatrique à la fatigue de votre assurée. Il ne l'a d'ailleurs pas constatée en consultation. Il ne l'a pas constatée au passage du mini mental test de Folstein et du test de la montre, alors que l'intéressée arrivait au terme d'une longue

consultation et qu'elle avait voyagé de Genève à Sion, ce qui est tout de même inhabituel pour elle. Il ne paraît dès lors pas indispensable, en l'état, d'aller vers des investigations complémentaires que serait une évaluation neurologique par spécialiste ou une polysomnographie auprès d'un laboratoire du sommeil.

Actuellement, le traitement est adéquat tant en qualité qu'en quantité au vu de la bénignité des troubles psychiques de l'intéressée.

Des mesures professionnelles pourraient être indiquées, dans la mesure où Mme N._____ en ferait la demande. Il est pourtant peu probable qu'elle s'investisse dans cette direction, sachant ce que signifie la prise en charge de sa fille handicapée à domicile.

Le pronostic psychiatrique stricto sensu n'est pas mauvais. Mme N._____ a tout de même évolué de façon très favorable depuis 1993. »

Par communication du 6 novembre 2013, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge des frais d'un entraînement progressif au sens de l'art. 14a LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), du 18 novembre 2013 au 23 février 2014 auprès de l'Orif de Morges, dans un premier temps à 50% puis dès que possible à 100%. Elle a ensuite admis la prise en charge auprès de l'Orif des frais de formation au sens de l'art. 17 LAI, pour la période du 24 février au 10 juillet 2014.

Le directeur du centre Orif s'est prononcé dans un rapport final du 8 juillet 2014, retenant ce qui suit à titre de conclusions et propositions :

« Mme N._____ a intégré notre section de cuisine en date du 18.11.2013 pour y effectuer une mesure de réentraînement au travail progressif. Suite au bon déroulement de celle-ci, le processus de réinsertion professionnelle s'est poursuivi sous l'égide de l'art. 17 LAI, dès le 24.02.2014.

Comme mentionné plus haut, Mme N._____ s'est bien adaptée au cadre de l'Orif Morges. Son travail a été apprécié et elle s'est montrée motivée et participative. Elle a gardé, tout au long de la mesure, un esprit positif et a apprécié le contexte dans lequel elle a travaillé. Elle a également entretenu de bons rapports avec ses collègues et ses formateurs.

A ce jour, l'activité dans le domaine du nettoyage est en adéquation avec les limitations fonctionnelles de votre assurée pour autant que le taux n'excède pas les 70%. Le rendement observé se situe entre

40 et 50%. En effet, votre assurée a dû à plusieurs reprises interrompre l'exécution de ses tâches en raison de la survenance de bouffées de chaleurs, de fatigue et de douleurs lombaires et ce, lors du service de midi, période la plus intense au niveau stress.

Au vu de ce qui précède, nous estimons qu'une structure de moindre importance, de type cuisine de collectivité en EMS, est actuellement le contexte de travail le plus favorable pour Mme N._____.

Dès lors et comme convenu lors de notre entretien téléphonique du 24.06.2014, votre assurée quitte notre Centre à l'échéance de la mesure octroyée, soit le 10.07.2014. Nous lui souhaitons plein succès dans la poursuite de son processus de réinsertion professionnelle. »

Par avis du 29 juillet 2014, le Dr T._____ du SMR a indiqué n'avoir pas d'explication pour valider les résultats du rapport de l'Orif, si ce n'est le peu de participation et le manque de volonté de la part de l'assurée. Il a néanmoins suggéré, afin de ne négliger aucune cause médicale, d'obtenir un rapport complet du médecin traitant tendant à s'assurer qu'une atteinte somatique n'explique pas cette baisse de rendement.

Dans son rapport du 18 août 2014, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assurée, a évoqué un état globalement stationnaire, des symptômes actuels de fatigue importante, une toux et une gêne respiratoire à l'effort, et indiqué une capacité de travail exigible tant dans l'activité habituelle qu'adaptée de 50 à 70%. Ce médecin transmettait en annexe un courrier reçu le 5 mai 2014 du Dr R._____, indiquant que du point de vue infectiologique, la répllication virale restait entièrement contrôlée et qu'il n'existait toujours pas de déficience immunitaire, le nouveau traitement restant très efficace.

Se prononçant le 26 août 2014, le Dr R._____ a fait savoir à l'OAI que d'un point de vue strictement infectiologique, il n'y avait toujours pas d'atteinte à la capacité de travail, l'infection HIV étant toujours complètement silencieuse sur les plans clinique, immunologique et virologique.

Par avis du 26 septembre 2014, le Dr T._____ a indiqué les raisons pour lesquelles il ne retenait pas le rapport médical du Dr

F._____, notamment l'absence de motivation justifiant une capacité de travail réduite ; il considérait en revanche que l'assurée disposait d'une capacité de travail pleine et entière depuis janvier 2014.

Le 1^{er} octobre 2014, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de suppression de rente d'invalidité. Il relevait qu'à la suite de l'expertise psychiatrique effectuée dans le cadre de la procédure de révision du droit à la rente, il s'était avéré que l'atteinte à la santé n'avait plus d'incidence sur la capacité de travail, et ce depuis le 17 juin 2011. Le degré d'invalidité étant dès lors inférieur à 40%, le droit à la rente s'éteignait, le versement prenant fin au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

L'assurée a fait valoir ses observations à l'encontre du projet de suppression de rente le 22 octobre 2014, alléguant être prête à travailler à 50% pour éviter les complications endurées pendant sa formation et lui permettre de récupérer de temps en temps.

Le 4 novembre 2014, en l'absence d'élément susceptible de modifier sa position, l'OAI a rendu une décision conforme au projet de suppression de rente, laquelle prenait effet au 1^{er} janvier 2015.

F. Par acte du 4 décembre 2014, N._____, assistée de son conseil Me Philippe Graff, a formé recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière d'invalidité est maintenu, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. A l'appui de son recours, elle fait valoir que l'avis du SMR du 26 septembre 2014, sur lequel s'est fondé l'office intimé pour supprimer la rente d'invalidité, ne dispose pas d'une valeur probante suffisante, pour des motifs tenant soit à la personne du médecin rédacteur, le Dr T._____, soit au contenu même du rapport. En outre, elle allègue que le rapport d'expertise du Dr M._____ n'est susceptible de remettre en question les rapports d'examen SMR des 10 et 11

décembre 2001 que pour ce qui est de l'aspect psychiatrique, les positions communes de la Dresse H._____, du Dr F._____ et de l'Orif étant seules probantes du point de vue somatique. Elle ajoute encore que le rapport de l'Orif doit être pris en considération dans la mesure où il dispose d'une valeur probante prépondérante, puisqu'il rejoint en particulier les avis convergents des médecins précités.

Dans sa réponse du 22 janvier 2015, l'OAI conclut au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il expose que conformément aux renseignements obtenus à l'occasion de la révision d'office du droit à la rente entreprise début juin 2012, particulièrement lors de l'expertise psychiatrique effectuée en mai 2013, les atteintes à la santé n'avaient plus de répercussion sur la capacité de travail dès le 17 juin 2011, l'assurée pouvant exercer à plein temps toute activité compatible avec son niveau de qualification.

La recourante persiste intégralement dans ses conclusions par réplique du 26 février 2015, alléguant que contrairement à ce qu'évoque l'intimée, les effets secondaires des médicaments sous forme d'une fatigue en lien avec la trithérapie consistent bel et bien en des troubles somatiques réduisant sa capacité de travail de manière substantielle.

Dans sa duplique du 16 avril 2015, l'intimé confirme ses conclusions, considérant qu'aucun des rapports rendus par le médecin infectiologue n'évoque des problèmes de santé en lien avec les effets secondaires du traitement, la modification thérapeutique du mois de mars 2014 n'ayant pour objectif que de simplifier la prise de médicaments.

G. Par décision du 9 décembre 2014, la juge instructeur de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a accordé à N._____ le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 4 décembre 2014 et désigné Me Philippe Graf en qualité d'avocat d'office.

Le 21 décembre 2015, Me Graf a demandé à être relevé de son mandat au profit de Me Rachid Hussein.

Une nouvelle décision nommant Me Hussein en lieu et place de Me Graf a été rendue le 7 janvier 2016. Le 14 janvier suivant, Me Hussein a transmis à la Cour de céans la liste des opérations.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'occurrence, le recours a été interjeté en temps utile auprès de l'autorité vaudoise compétente et satisfait en outre aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre les décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression, par voie de révision, de la rente entière d'invalidité accordée à la recourante depuis le 1^{er} janvier 1998, singulièrement sur l'existence d'une amélioration de son état de santé entre le 8 août 2011 et le 4 novembre 2014, date de la décision entreprise.

3. a) L'invalidité se définit comme 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). L'incapacité de gain consiste en 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 se définit 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 (art. 6 LPGA).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable ; un degré d'invalidité de 40% donne droit

à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il convient en effet de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2).

Par ailleurs, l'avis médical du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2^{bis} LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

Enfin, il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la

capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celles-ci. Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas ; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Les informations recueillies par les organes d'observation professionnelle ont cependant pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement la mesure dans laquelle l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (TF 9C_512/2013 du 16 janvier 2014, consid. 5.2.1 ; 9C_83/2013 et 9C_104/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2).

4. a) Conformément à l'art. 17 al. 1LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse. Dite décision constitue donc le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 71 consid. 3.2, 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Peut également constituer ce point de départ, une simple communication lorsque l'assuré n'a pas requis de décision à la suite d'une prolongation de la rente au sens de l'art. 74^{ter} let. f RAI (TF 9C_46/2009, consid.3.1).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

b) Selon l'art. 87 al. 1 RAI, la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision de la possibilité d'une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence, ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance (let. a), ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (let. b).

A teneur de l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption

notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). A *contrario*, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29^{bis} RAI est toutefois applicable par analogie (al. 2).

S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations par voie de révision, l'art. 88^{bis} al. 1 RAI prévoit que l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a) ; si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue (let. b) ; s'il est constaté que la décision de l'office de l'assurance-invalidité désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été découvert (let. c).

En vertu de l'art. 88^{bis} al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77 RAI, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner (let. b).

5. En l'espèce, pour déterminer s'il existe une amélioration de l'état de santé de la recourante justifiant la suppression de sa rente d'invalidité, il s'agit d'examiner l'évolution de la situation médicale entre le 8 août 2011 (dernière confirmation de l'OAI du maintien du droit à la rente) et le 4 novembre 2014 (date de la décision contestée).

a) Sur le plan somatique, il ressort des documents médicaux que depuis la modification du traitement de trithérapie (Efavirenz remplacé par l'atazanavir Reyataz) en septembre 2005, l'évolution de l'état de santé de la recourante a été favorable, restant depuis lors globalement stable. Le Dr R._____ atteste, en 2014 (rapport médical du 26 août 2014) comme en 2006 (rapport médical du 20 mars 2006), d'une infection HIV toujours silencieuse et d'une trithérapie subjectivement et biologiquement bien tolérée par sa patiente. Dans son rapport du 20 mars 2006, il relève de surcroît que la fatigue ne peut plus être attribuée au traitement antirétroviral, ni à la réplication virale ou à une complication opportuniste de la maladie. Il ne ressort en outre d'aucun document médical ultérieur que la fatigue alléguée par la recourante serait la conséquence d'effets indésirables du traitement du HIV. Quant au fait qu'en 2006, la science médicale ne disposait pas du recul suffisant pour déterminer clairement les effets secondaires de la nouvelle molécule d'atanazavir (déterminations de la recourante du 26 février 2015), cet argument tombe à faux. En effet, dans son rapport du 6 septembre 2012, le médecin traitant confirme une fois de plus que l'atteinte à la capacité de travail ne pouvait être attribuée au problème infectiologique, l'association médicamenteuse étant bien tolérée ; l'incapacité de travail était en conséquence exclusivement à mettre sur le compte de l'état psychique de sa patiente.

Dans son rapport médical du 18 août 2014, le Dr F._____ confirme également les constatations du Dr R._____, lorsqu'il évoque un état de santé globalement stationnaire depuis l'octroi de la rente d'invalidité. Il fait certes état de symptômes de fatigue importante, de toux et de gêne respiratoire à l'effort, lesquels ont cependant été évoqués sur la base des indications fournies par la patiente elle-même (ch. 12 du rapport médical précité) ; la recourante n'a, à cet égard, produit aucun rapport médical de l'un de ses médecins traitants qui permettrait de se convaincre du contraire.

Quant aux rapports d'examen du SMR des 10 et 11 décembre 2001, dans la mesure où ils sont antérieurs à la mise en place du nouveau

traitement de trithérapie qui a considérablement contribué à l'amélioration de son état de santé, ils ne revêtent pas la force probante qu'entend leur donner la recourante (mémoire de recours du 4 décembre 2014).

b) S'agissant de l'aspect psychiatrique, l'amélioration de l'état de santé de la recourante est attestée par le Dr M._____ dans le cadre de l'expertise mise en œuvre par l'OAI.

En effet, si le 20 janvier 2007, les Dresses L._____ et X._____ diagnostiquent un épisode sévère d'un trouble dépressif récurrent sans symptômes psychotiques (F 33.2) et notent des troubles de sommeil avec un rythme nyctéméral inversé et une fatigabilité diurne qui empêche l'assurée d'entreprendre toute activité de manière continue, le Dr M._____, dans son rapport d'expertise du 21 mai 2013, pose le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2), en expliquant que les symptômes le constituant n'ont pas la sévérité suffisante pour poser un diagnostic spécifique du domaine de l'anxiété et de la dépression. Constatant l'évolution favorable depuis les évaluations psychiatriques du 2 novembre 2001 et 20 janvier 2007, l'expert ne retient aucune incapacité de travail psychiatrique. Il fixe l'amélioration des troubles psychiques de l'intéressée au 17 juin 2011, l'assurée ayant à cette date retrouvé la totalité de sa capacité de travail dans les professions exercées jusqu'alors. S'agissant de la fatigue évoquée par l'assurée, qu'il n'a par ailleurs pas constatée en consultation, l'expert a effectué des tests qui ont confirmé l'absence de ce symptôme. Il a évoqué l'inutilité d'une évaluation neurologique par un spécialiste ou polysomnographique auprès d'un laboratoire du sommeil et attesté d'un traitement adéquat tant en qualité qu'en quantité. Il a encore évoqué l'indication de mesures professionnelles tout en relevant le peu de probabilité quant à l'investissement de l'assurée dans cette direction sachant que sa fille handicapée, à domicile, suppose une prise en charge importante.

L'expertise effectuée par le Dr M._____, dont la valeur probante n'est pas contestée par la recourante, remplit tous les réquisits imposés par la jurisprudence, et dispose ainsi de la force probante nécessaire à sa prise en considération. Dans ce cadre, il faut en conséquence admettre que sous cet angle, l'état de santé de la recourante s'est amélioré.

c) S'agissant du rapport final de l'Orif du 8 juillet 2014, dont la recourante entend tirer un droit, on relèvera qu'une telle institution ne dispose pas des compétences médicales nécessaires à l'évaluation de la capacité de travail d'un assuré et qu'aucun médecin conseil ne s'est prononcé pour fonder cette estimation. De même, les bouffées de chaleurs et les douleurs lombaires évoquées dans ce rapport n'ont jamais préalablement été documentées médicalement.

A l'instar de ce qu'indique le Dr T._____ dans l'avis SMR du 29 juillet 2014, rien ne permet véritablement d'objectiver, compte tenu des pièces figurant au dossier, les raisons du faible rendement constaté par l'Orif, si ce n'est éventuellement la situation et l'organisation personnelle et familiale de l'assurée (fille handicapée à domicile) comme l'a relevé l'expert M._____.

Le rapport du 8 juillet 2014 ne saurait de surcroît avoir une valeur probante prépondérante en regard des rapports médicaux figurant au dossier, et ne permet pas, compte tenu de ce qui précède, de mettre en doute les nombreux rapports du Dr R._____ et l'expertise du Dr M._____.

Pour le surplus, ni les rapports de 2001 de la Dresse H._____ du SMR, antérieurs à l'introduction du nouveau traitement antirétroviral, ni l'avis succinct du Dr F._____ du 18 août 2014, lequel évoque des effets neurologiques secondaires (exclus tant par le Dr R._____ que par l'expert M._____) du traitement d'Efavirenz (par ailleurs remplacé depuis 2005), ne sauraient supplanter les nombreux rapports du

Dr R._____, spécialiste des maladies infectieuses ou le rapport d'expertise du Dr M._____.

Dès lors, l'estimation de l'Orif considérant que la recourante n'est pas en mesure d'exercer son activité au-delà d'un taux de 70% ne permet pas de faire naître un doute suffisant sur l'évaluation de la capacité de travail effectuée par les médecins précités. Quant à la baisse de rendement constatée durant la période de stage, elle n'est documentée par aucun rapport médical qui permettrait de douter des constatations faites par les Drs R._____ et M._____. Il est permis de penser, comme vu précédemment et à l'instar de ce qu'a relevé le Dr M._____, que l'investissement de la recourante s'est vu conditionné par sa situation personnelle.

Enfin, le SMR, par la voix du Dr T._____ qui a pris soin régulièrement d'obtenir des renseignements auprès des médecins traitants et à qui on ne saurait reprocher d'avoir bâclé l'instruction du dossier, n'a fait que synthétiser les différents avis des praticiens ayant examiné cliniquement la recourante.

d) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que les conditions d'octroi de la rente d'invalidité ne sont plus remplies eu égard à l'amélioration de l'état de santé de la recourante attestée médicalement (cf. consid. 5 *supra*), de sorte que l'intimé était fondé à supprimer la rente d'invalidité le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision du 4 novembre 2014 (art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI).

L'amélioration de l'état de santé permettant la reprise, en plein, de toute activité professionnelle, notamment l'activité exercée antérieurement, il n'y a pas lieu de procéder à une instruction complémentaire relative au préjudice économique, étant précisé que même à retenir la réduction maximale de 25% à titre d'abattement sur le revenu d'invalidité, telle qu'admise par la jurisprudence (ATF 126 V 75 consid. 5b), le taux d'invalidité de la recourante ne serait pas suffisant pour permettre la poursuite du versement de la rente.

6. En définitive, le recours introduit le 4 décembre 2014 par N._____ doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée du 4 novembre 2014.

a) Vu l'issue du litige, la recourante ne peut prétendre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

b) La procédure est onéreuse et la recourante, qui voit ses conclusions rejetées, devrait en principe supporter les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Elle a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que la rémunération du conseil d'office ainsi que les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont provisoirement supportés par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

c) Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ).

En l'espèce, Me Hussein a produit une liste des opérations le 14 janvier 2016, intégrant notamment les opérations effectuées par son prédécesseur Me Graf, liste qui a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 19 heures et 30 minutes de prestations d'avocat, soit un montant d'honoraires s'élevant à 3510 fr. (tarif horaire de

180 fr.), plus TVA à 8%. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1). En l'occurrence, c'est un montant de 167 fr. 60, TVA à 8% en sus, qui doit être reconnu à ce titre. Le montant total de l'indemnité de Me Hussein s'élève donc à 3'971 fr. 80.

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

- I. Le recours déposé le 4 décembre 2014 par N._____ est rejeté.
- II. La décision rendue le 4 novembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV. L'indemnité d'office de Me Rachid Hussein, conseil de la recourante N._____, est arrêtée à 3'971 fr. 80 (trois mille neuf cent septante et un francs et huitante centimes), TVA comprise.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Rachid Hussein (pour N. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :