

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 décembre 2016

Composition : M. DÉPRAZ, président
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par PROCAP, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 8 et 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 88a et 88bis RAI.

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, sans formation professionnelle, est entrée en Suisse en 1992 et a notamment exercé l'activité de repasseuse entre 1993 et 1999. Mère de deux enfants nés en 1986 et 1999, elle est veuve de son second époux depuis 2003.

B. Atteinte dans sa santé, elle a déposé une requête de prestations de l'assurance-invalidité (AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 19 février 2002, au motif de « rachialgies » et d'un « état dépressif important ».

A l'issue de l'instruction de cette demande, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2002, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, assortie de deux rentes pour enfants, selon des décisions du 21 juillet 2003. Ce faisant, l'OAI a retenu que l'assurée présentait une incapacité totale de travail pour toutes activités en se basant sur le rapport d'expertise psychiatrique, rédigé le 4 avril 2002 par le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, sur mandat de l'assurance perte de gain en cas de maladie. Ce spécialiste avait mis en évidence les diagnostics d'un « épisode dépressif majeur, en rémission partielle sous traitement antidépressif, gravité légère à moyenne (F32.4) », d'un « trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques (F45.4) », d'une « phobie sociale (F40.1) » et d'un « trouble panique (F41.0) probable » dans le contexte d'une « personnalité frustrée à défenses psychosomatiques ». L'ensemble de ces pathologies justifiaient une incapacité totale de travail, telle que prononcée par les médecins traitants depuis le 2 août 2001, compte tenu d'une « comorbidité significative ».

C. En 2006 et 2011, l'OAI a procédé à deux révisions d'office du droit à la rente et recueilli des renseignements auprès des Drs F. _____ et B. _____, respectivement médecin traitant et psychiatre traitante de l'assurée. Le droit à une rente entière d'invalidité, sans modification du degré d'invalidité, a subséquemment été confirmé à cette dernière par communications de l'OAI des 19 décembre 2006 et 25 juillet 2011.

D. En date du 26 avril 2013, l'OAI a entamé une troisième procédure de révision d'office du droit à la rente de l'assurée. A cette occasion, les médecins susmentionnés ont relaté un état de santé stationnaire, voire aggravé sur les plans psychiatrique et somatique, l'incapacité de travail de leur patiente demeurant totale dans toutes activités (cf. rapports des Drs F. _____ et B. _____ des 20 mai 2013 et 5 juillet 2013). Etaient indiqués les diagnostics de « trouble dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) », « trouble somatoforme chronique (F45.0) » et « trouble anxieux phobique (F40) » depuis l'année 2000. L'évolution était extrêmement lente en dépit d'une psychothérapie de soutien et d'un traitement psychotrope (cf. rapport de la Dresse B. _____ du 5 juillet 2013).

Par communication du 1^{er} mai 2014, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique de l'assurée au Dr K. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rédigé le rapport corrélatif le 9 octobre 2014. Ce dernier a fait état des diagnostics de « trouble anxieux d'intensité légère (F41.1) », « dysthymie/dysphorie (F34.1) » et « difficultés liées à l'acculturation (Z60.3) ». Il a précisé renoncer à celui de « trouble somatoforme douloureux » en l'absence de plaintes somatiques douloureuses. Dans l'ensemble, l'atteinte était mineure et susceptible d'amélioration sous traitement contre l'anxiété en présence de nombreux facteurs extra-médicaux, tels que déconditionnement, acculturation, facteurs sociaux, manque de motivation, durée de l'invalidité reconnue et fixation sur les symptômes et l'invalidité. Au titre de discussion, il a mis en évidence les éléments suivants :

« [...] Cette période de 2000 - 2001 est donc assez chargée et on trouve ici des traces significatives dans le dossier. Il y a eu dans ce contexte des problèmes gastro-intestinaux, des dorsalgies, des cervicalgies, tout ceci ayant conduit à des arrêts de travail certifiés et des recherches diagnostiques et thérapeutiques. Le service d'orthopédie a parlé à cette époque d'un syndrome douloureux chronique et somatoforme, de fibromyalgie et de déconditionnement musculaire global. Plus tard se sont rajoutées des notions de déprime, d'épuisement physique et moral, le contexte d'acculturation et le charge de ses deux enfants. En automne 2001, l'assurée a été examinée par le médecin-conseil de l'assurance-maladie qui retenait les mêmes conclusions que citées auparavant. A ce moment-là, il y avait un début de prise en charge psychiatrique [...] et la Dresse B. _____ et le médecin conseil avaient fixé provisoirement une incapacité de travail de six semaines, mais en soulignant qu'il y a très certainement une évolution vers le mieux possible.

Contrairement à ce pronostic, l'assurée a déposé une demande de l'Assurance Invalidité et, sans que l'on puisse comprendre le cheminement dans le dossier, une rente a été attribuée à partir de 2002.

Tous les rapports intermédiaires par la suite et jusqu'à ce jour (dernier rapport Dresse B. _____ juillet 2013) ont systématiquement reflété un tableau très négatif avec absence de toute évolution, troubles de mémoire, apathie, peurs, sentiment d'insuffisance, sentiment d'auto-dévalorisation, troubles du sommeil, fatigue, humeur dépressive, douleurs dorsales, maux de tête, oublis, nervosité, etc. Les diagnostics retenus étaient systématiquement ceux d'un trouble dépressif sévère, trouble somatoforme chronique et trouble anxieux phobique.

Dans son expression spontanée d'aujourd'hui, en examen, [l'assurée] a surtout parlé de son anxiété et de ses peurs mais qui se sont avérées relativement circonscrites et modestes. Elle nous dit avoir peur que quelqu'un sonne à la porte, peur d'aller à l'extérieur, mais sans que ceci soit suivi d'une inhibition. Elle investit l'espace social, elle fait des commissions, peut utiliser les transports publics et assumer d'autres actes quotidiens. Il est ressorti de ses descriptions l'image d'une femme qui ne se sent pas très bien à l'extérieur, peut-être parfois paniquée, elle peut ici et là oublier quelque chose et qui s'est surtout conditionnée dans sa vie domestique et familiale. Elle vit ensemble avec sa fille et son fils, elle a des contacts avec sa famille d'origine, notamment un frère et une sœur qui sont avec leur famille à proximité. Elle n'est donc pas isolée.

Dans les plaintes spontanées, il n'y avait aucune mention de douleurs, ni de dépression. Ces notions se sont rajoutées dans l'anamnèse systématique.

Nous avons appris que l'assurée est maintenant naturalisée suisse. Elle a eu un premier échec dans l'examen, elle s'est mobilisée pour mieux apprendre et a réussi la deuxième fois. Ceci montre certaines capacités de persévérance. Il y a d'autres éléments qui témoignent d'un certain fonctionnement : l'assurée peut préparer ses paiements, elle les fait parfois seule, elle a eu une opération de réduction mammaire sans problème majeur ou décompensation et toutes les interactions sociales se déroulent plutôt normalement.

En observation directe, nous avons vu une femme d'abord un peu crispée et tendue, ensuite, au cours de l'exploration, aussi

décontractée. Il n'y avait pas de ralentissement psychomoteur significatif [...]. Il n'y avait pas de troubles mnésiques à constater (elle pouvait par exemple être précise pour la fratrie de huit personnes), ni de trouble de concentration ni de l'attention. Il s'agit certes d'une femme simple, mais clairement sans dysfonctionnement cognitif significatif.

Sur le plan affectif, elle avait une thymie légèrement abaissée, une expression aussi dysphorique mais d'un autre côté aussi un sens de l'humour et des moments de sourire et de détente. Dans l'ensemble, la partie dépressive était très modeste et plutôt dysthymique. Ceci correspond aussi à l'auto-appréciation. Si un état dépressif plus important avait existé auparavant, il est à considérer en ce moment comme bien compensé. Dans ce contexte, nous avons effectué un dosage de l'antidépresseur prescrit qui a montré une valeur sérieuse dans la fourchette thérapeutique.

Tel n'était pas le cas pour le teste de l'anxiolytique [...]. Ici les valeurs étaient en dehors de la fourchette, voire pratiquement non détectables. L'assurée nous disait souffrir beaucoup d'anxiété, de prendre régulièrement le médicament, mais les objectivations contredisent clairement ces notions.

Pour le reste, le status psychiatrique était proche de la norme et il s'est dégagé dans l'ensemble l'image d'une femme certes toujours un peu déconditionnée mais que l'on peut tout à fait imaginer active dans des activités type aide en cuisine, plongeuse ou repasseuse. [...] »

Le Dr K. _____ a en définitive conclu à une amélioration de l'état de santé, soit à l'absence de troubles significatifs susceptibles d'affecter la capacité de travail de l'assurée, celle-ci s'avérant capable d'exercer toute activité non ou peu qualifiée d'un point de vue médico-théorique. Il se trouvait toutefois dans l'impossibilité de déterminer avec précision la date de survenance de l'amélioration observée.

Le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), sous la plume du Dr H. _____, médecin, s'est rallié aux conclusions de l'expert dans un avis du 20 octobre 2014.

Sollicité pour appréciation, le Service juridique de l'OAI a considéré le 13 novembre 2014 avoir affaire à un cas « classique » de révision, compte tenu de la modification notable des circonstances, non pas à une situation relevant des dispositions finales de la dernière modification législative imposant la mise en place de mesures professionnelles.

La Division de réinsertion professionnelle de l'OAI a reçu l'assurée en entretien le 5 mai 2015 et conclut que de telles mesures ne permettraient de toute façon pas de réduire son préjudice économique vu sa situation personnelle. Il a été considéré que les revenus hypothétiques avec et sans invalidité pouvaient être déterminés sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), pour des emplois non qualifiés, ce qui mettait à jour un degré d'invalidité nul (cf. rapport de la Division de réinsertion professionnelle du 17 juin 2015).

Par projet de décision du 19 juin 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de supprimer la rente entière d'invalidité allouée jusqu'alors. En l'absence de contestation, une décision conforme à ce projet a été établie le 1^{er} septembre 2015, la rente entière d'invalidité étant supprimée le premier jour du deuxième mois suivant sa notification.

E. L'assurée, représentée par Procap, a déféré la décision du 1^{er} septembre 2015 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 2 octobre 2015. Elle a conclu à son annulation et principalement au maintien de sa rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Elle a mis en exergue les constats des experts ayant examiné sa situation, les Drs C._____ et K._____, et après confrontation de leurs observations, en a déduit que son état de santé était pour l'essentiel demeuré inchangé. A son avis, les experts divergeaient uniquement sur l'appréciation de son status psychique et sur ses conséquences en termes de capacité de travail. Partant, en l'absence de réelle modification de la situation médicale, aucun motif de révision ne justifiait la suppression de la rente entière d'invalidité allouée aux termes des décisions du 21 juillet 2003.

L'intimé a produit sa réponse au recours le 26 novembre 2015, en proposant le rejet au vu des conclusions de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr K._____.

Par réplique du 7 janvier 2016, la recourante a indiqué maintenir ses conclusions, sans avoir d'explications complémentaires à formuler.

La cause a dès lors été gardée à juger.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 2 octobre 2015 contre la décision de l'OAI du 1^{er} septembre 2015 a été interjeté en temps utile. Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont été par ailleurs respectées. Le recours est en conséquence recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. In casu, est exclusivement litigieuse la suppression de la rente entière d'invalidité prononcée par l'OAI le 1^{er} septembre 2015.

La recourante soutient que son état de santé est demeuré inchangé depuis les décisions d'octroi de cette prestation du 21 juillet 2003, tandis que l'intimé, se référant aux conclusions du Dr K._____, considère qu'une amélioration substantielle est intervenue sur le plan psychique au point que la recourante serait désormais capable de déployer une activité lucrative peu qualifiée à plein temps.

Il s'agit en conséquence d'examiner si un motif de révision est effectivement survenu en l'occurrence et cas échéant, avec quelles conséquences sur la capacité de travail et de gain de la recourante.

3. On rappellera préliminairement que le législateur a adopté, dans le cadre de la 6^{ème} révision de la LAI (modification du 18 mars 2011 de la LAI [6^{ème} révision de l'AI, premier volet]), une disposition finale (let. a, al. 1) prévoyant que les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique doivent être réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de cette révision, soit dès le 1^{er} janvier 2012. En cas de

réduction ou de suppression d'une rente, l'assuré concerné a droit à des mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI (let. a, al. 2).

En l'espèce, après avoir envisagé la situation de la recourante sous l'angle de la disposition finale précitée, l'OAI a finalement fait application de l'art. 17 LPGA relatif à l'adaptation des prestations allouées, en cas de modification subséquente de la situation factuelle.

Par conséquent, il n'y a pas lieu de se référer à la disposition finale de la 6^{ème} révision de la LAI, dont la recourante ne se prévaut d'ailleurs pas, mais d'examiner si l'intimé était légitimé à procéder à une révision ordinaire du droit à la rente sur la base de l'art. 17 LPGA.

4. a) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

b) L'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) précise que 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 a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations par voie de révision, l'art. 88bis al. 2 RAI dispose que 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 à laquelle 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 selon l'art. 77 (let. b).

c) A l'occasion d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le droit à la prestation s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF [Tribunal fédéral] 9C_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; I 25/2007 du 2 avril 2007 consid. 3.1). 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 décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 90/2005 du 8 juin 2006 consid. 2.2).

5. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

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

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

6. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde 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 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. 2c ; 105 V 156 consid. 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 d'un rapport médical, 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 ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

b) 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).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est

nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

8. a) En l'espèce, le point de départ de l'examen d'un changement des circonstances déterminantes est la date du 21 juillet 2003, correspondant à celle d'émission des décisions d'octroi de rente entière par l'OAI. A cette date, ce dernier s'était fondé sur le rapport d'expertise du Dr C._____ du 4 avril 2002, lequel avait retenu les diagnostics d'un « épisode dépressif majeur », d'un « trouble douloureux » et d'une « phobie sociale », accompagnés d'une comorbidité psychiatrique

justifiant une incapacité totale de travail pour toutes activités. Ces diagnostics et conclusions rejoignent au demeurant les appréciations des médecins traitants de l'assurée.

Dans le cadre de la procédure de révision entamée en janvier 2013, l'intimé a tout d'abord recueilli les rapports des médecins traitants de la recourante. Le Dr F._____ a pour sa part indiqué que l'état de santé de sa patiente était essentiellement déterminé par des facteurs psychiques, tout en renvoyant à ses précédents rapports adressés à l'OAI, plus particulièrement à l'appréciation de la Dresse B._____ (cf. rapport du Dr F._____ du 20 mai 2013). Cette dernière a quant à elle retenu les diagnostics de « trouble dépressif sévère », « trouble somatoforme chronique » et « trouble anxieux phobique », considérant que la situation n'avait pas évolué en dépit des traitements dispensés depuis 2003 (cf. rapport de la Dresse B._____ du 5 juillet 2013).

Dans ce contexte, l'expertise du Dr K._____, diligentée par l'OAI, se distance des diagnostics et conclusions des praticiens précités. En premier lieu, le Dr K._____ a écarté le diagnostic de « trouble somatoforme douloureux », exposant que l'assurée n'avait pas formulé de « plaintes douloureuses, ni spontanées, ni saillantes » en présence de nombreux facteurs extra-médicaux. En second lieu, il n'a pas posé celui d'un « trouble dépressif », précisant que cette problématique s'était amendée sous traitement antidépresseur dont la compliance avait d'ailleurs été vérifiée. Quant à la capacité de travail, il a considéré celle-ci comme entière non sans expliquer que l'atteinte à la santé demeurait globalement « mineure » et susceptible d'amélioration sous traitement adéquat, notamment anxiolytique (cf. rapport d'expertise du 9 octobre 2014, p. 18 et 19).

Contrairement à ce que soutient la recourante, force est de constater que la situation décrite par le Dr K._____ apparaît bien différente de celle prise en considération en son temps par le Dr C._____. Ce dernier s'était en effet fondé sur une pluralité de

pathologies pour justifier l'incapacité totale de travail et de gain de l'assurée quand bien même ces problématiques s'avéraient individuellement peu graves. Il avait par ailleurs expressément retenu un « état dépressif majeur » dont la prise en charge thérapeutique était à ses débuts. Il avait en outre observé la diversité des manifestations douloureuses évoquées par la recourante. Les constats du Dr K. _____ révèlent désormais que la problématique dépressive ayant affecté l'assurée s'est amendée, vraisemblablement du fait d'une médication et d'un suivi spécialisé adéquats. Il n'exclut certes pas que l'assurée ait souffert de dépression par le passé, concédant ne pas être en mesure de dater précisément l'amélioration de la situation. En outre, il relate que la recourante ne fait plus état actuellement de douleurs somatiques qui auraient justifié le maintien du diagnostic de « trouble somatoforme douloureux ». Ainsi, si l'on peut concéder à la recourante que les deux experts ont relevé des éléments similaires à l'observation directe de l'assurée, il n'en demeure pas moins que les résultats des examens cliniques divergent sensiblement. On ne peut par conséquent considérer avoir affaire à des appréciations contradictoires d'une situation demeurée stationnaire, mais bien à une évolution substantielle de l'état de santé de la recourante.

b) On remarquera en outre que le rapport d'expertise du Dr K. _____ est le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par l'assurée, comporte une anamnèse circonstanciée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation de l'assurée, une discussion très étayée relativement aux diagnostics retenus, comparés à ceux évoqués par les différents médecins consultés. Ce document aboutit à des conclusions médicales minutieusement motivées et exemptes de contradictions. Cela étant, le rapport d'expertise du 9 octobre 2014 ne peut en l'état se voir conférer pleine valeur probante, dans la mesure où on peut douter que le Dr K. _____ ait eu connaissance de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier de la recourante. L'énumération des pièces du dossier de l'OAI, énoncée sous rubrique « Résumé du dossier et historique

médical » du rapport d'expertise, ne laisse en effet nullement apparaître l'expertise communiquée par le Dr C. _____ en date du 4 avril 2002 (cf. rapport d'expertise du Dr K. _____ du 9 octobre 2014, p. 8 - 10). Bien plus, le Dr K. _____ a expressément mentionné son incompréhension des fondements médicaux à l'origine des décisions d'octroi de rente du 21 juillet 2003. Il a en effet indiqué ses interrogations quant au « cheminement dans le dossier » qui aurait justifié l'octroi d'une prestation sous forme de rente (cf. rapport d'expertise du 9 octobre 2014, p. 17, et extrait cité supra sous point D, p. 3). On peut en déduire que le rapport du Dr C. _____ n'a pas été mis à la disposition du Dr K. _____.

Compte tenu de cette lacune, il apparaît indispensable en l'état de soumettre le rapport d'expertise du Dr C. _____ au Dr K. _____ afin que ce dernier complète son appréciation après avoir dûment analysé les observations du premier expert et les avoir confrontées à ses propres constats cliniques.

c) Le renvoi à l'intimé se justifie dans ce contexte conformément à la jurisprudence fédérale mentionnée plus haut. L'OAI devra en conséquence mettre en œuvre un complément d'expertise auprès du Dr K. _____ en lui transmettant l'ensemble des pièces du dossier de la recourante et, en fonction des conclusions de l'expert, procéder à toutes mesures d'instruction subséquentes, avant de se déterminer une nouvelle fois sur le droit à la rente de l'assurée.

9. Il résulte de ce qui précède que le recours, partiellement bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

a) 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause, la recourante a par ailleurs droit à des dépens, fixés en l'occurrence à 1'500 fr., lesquels seront également à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 1^{er} septembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- PROCAP, Service juridique, à Bienne (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :