

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juillet 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente

Mmes Silva et Rossier, assesseurs

Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap, à Lausanne, en la personne de Me Florence Bourqui,

et

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

Art. 16 et 17 al. 1 LPGA ; 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1961, ménagère, sans formation professionnelle, arrivée en Suisse en 1979, mère de deux enfants nés respectivement en 1980 et 1986, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adulte le 6 novembre 1995 en raison de troubles d'ordre psychiatrique.

b) Dans un rapport médical du 2 avril 1996, la Dresse Q._____, chef de clinique adjointe de l'Hôpital psychiatrique de Z._____ a posé le diagnostic de troubles anxieux, type panique, avec phobies d'impulsion auto- et hétéroagressives et d'état dépressif réactionnel à un conflit conjugal chez une structure de la personnalité prépsychotique. Elle a notamment relevé que les crises de l'assurée l'avaient complètement limitée dans ses déplacements à l'extérieur de la maison, surtout dès l'apparition associée des phobies d'impulsion où la patiente craignait de passer à l'acte de manière auto- et hétéroagressive. Ce médecin a exposé en conclusion que la patiente était incapable d'exercer une activité professionnelle régulière et que l'incapacité de travail était totale. L'octroi d'une rente complète lui semblait donc justifié.

c) Sur le plan économique, une enquête ménagère a été réalisée le 20 novembre 1996. Dans son rapport du 26 novembre 1996, l'enquêtrice a indiqué en particulier que l'assurée avait un statut de personne active à 50 % et de ménagère à 50%.

 Par courrier à l'assurée du 6 décembre 1996, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) a retenu que celle-ci présentait un taux d'invalidité de 84%.

 Par décision du 30 mai 1997, l'OAI a octroyé une rente entière à l'assurée.

B. a) Le 1er mai 1998, l'OAI a initié une première procédure de révision de la rente de l'assurée.

Dans un rapport médical du 7 juillet 1998, le Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie à l'Hôpital psychiatrique de Z._____, a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée était toujours de 100%. Il a en outre précisé que depuis l'automne 1997, on assistait à une légère amélioration des troubles phobiques, mais que sa patiente nécessitait toujours d'être accompagnée pour pouvoir se déplacer au sein même de sa commune de domicile ([...]). L'amélioration consistait en une augmentation du périmètre de déplacement sans accompagnement ce qui lui permettait d'effectuer de façon autonome ses courses. Toutefois elle n'était pas en mesure de se promener librement dans le village de [...], ni de prendre les transports publics seule car elle présentait rapidement des troubles anxieux pouvant aboutir à des crises de panique.

Par communication écrite du 31 août 1999, l'OAI a indiqué à l'assurée que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'elle continuerait à bénéficier de la même rente que précédemment.

b) Le 27 février 2001, l'OAI a initié une deuxième révision de la rente de l'assurée. Dans un rapport médical du 30 juin 2001, le Dr C._____ a indiqué ce qui suit :

« Depuis plusieurs mois, le status psychiatrique et l'état clinique de la patiente s'est manifestement amélioré. La patiente reste néanmoins fragile dans les situations stressantes où elle est vite, objectivement, débordée. (...)

Dans ce contexte, des mesures professionnelles, voire une formation, pourraient être envisageables. On devrait toutefois bien accompagner la patiente dans ces démarches, le risque étant que l'on assiste à une résurgence de l'angoisse en la confrontant à ses difficultés phobiques en situation de groupe ».

Dans un second rapport médical du 26 juillet 2002, ce spécialiste a confirmé l'évolution lentement favorable des troubles phobiques de l'assurée tout en attestant d'une incapacité de travail totale.

Par communication écrite du 5 novembre 2002, l'OAI a indiqué à l'assurée que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'elle continuerait à bénéficier de la même rente que précédemment.

c) Le 20 novembre 2003, l'OAI a initié une troisième révision de la rente de l'assurée.

Dans un rapport médical du 14 juin 2004, le Dr C._____ a confirmé une incapacité de travail de 100% chez l'assurée tout en indiquant que son état de santé s'était amélioré.

Par communication écrite du 6 octobre 2004, l'OAI a indiqué à l'assurée que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'elle continuerait à bénéficier de la même rente que précédemment.

C. **a)** Le 5 octobre 2005, l'OAI a initié une quatrième révision de la rente de l'assurée.

Dans un rapport médical du 25 novembre 2005, le Dr C._____ a écrit que l'amélioration de l'état psychique de l'assurée s'était poursuivie et qu'à son avis, la capacité de travail de celle-ci dans un poste d'employée de bureau ou dans une activité adaptée à son état de santé était de 50% depuis l'automne 2005. Il a en outre relevé que l'assurée ne présentait plus d'évitement phobique mais que son statut était néanmoins fragile.

Dans un avis médical du 28 août 2006, la Dresse G._____, du Service médical régional AI (ci-après : SMR), à [...], a estimé qu'il fallait suivre le rapport médical du psychiatre traitant et considérer que la capacité de travail de l'assurée s'élevait à 50% dans l'activité d'employée de bureau et dans une activité adaptée depuis l'automne 2005.

Lors d'un entretien du 15 janvier 2007 avec une collaboratrice de la division de réadaptation de l'OAI, l'assurée a exprimé le désir de reprendre une activité professionnelle, sans toutefois savoir dans quel domaine, au vu de ses années d'inactivité et de son manque d'expérience professionnelle.

Dans son rapport du 27 février 2007, cette division a estimé que l'assurée semblait encore très fragile psychiquement et que des doutes pouvaient être émis quant à une possible réinsertion dans l'économie. Un stage d'évaluation s'avérait nécessaire afin de vérifier s'il existait une activité adaptée dans l'économie et, dans l'affirmative, de déterminer laquelle.

b) Le 2 avril 2007, l'assurée a entamé, avec le soutien de l'OAI, un stage de trois mois au Centre X._____ (ci-après : Centre X._____, Centre X._____ ou Centre X._____).

Le 9 juillet 2007, l'Centre X._____ a établi un rapport de synthèse à l'attention de l'OAI à la suite du stage effectué par l'assurée. Il y est mentionné notamment ce qui suit :

« Appréciations générales

Mme K._____ a débuté son stage avec beaucoup d'anxiété par rapport aux exigences et au taux de présence prévu de 100%. Tout au long du stage, Mme K._____ s'est montrée intéressée à la réalisation des travaux pratiques, ainsi que par les cours théoriques. Elle a fait preuve de ponctualité et d'assiduité dans son travail.

Selon un certificat médical, la capacité de travail de Mme K._____ a été réduite dès le 10 avril à 50% jusqu'à la fin du stage.

(...)

Secteur socioprofessionnel

Mme K._____ était très angoissée à l'idée de commencer un stage au Centre X._____. Les premières semaines ont été difficiles pour Mme K._____. Elle a ressenti de fortes douleurs au niveau du dos ainsi que des nausées provoquées par le stress et les angoisses. Très vite, Mme K._____ s'est rendue (sic) compte que son taux d'activité à 100% était beaucoup trop élevé pour elle. Après deux semaines, Mme K._____ a eu moins d'angoisses et s'est bien intégrée au sein du groupe de formation. Toutefois, elle a toujours éprouvé autant de difficultés à travailler à 100%. Mme K._____ se sentait trop fatiguée et n'arrivait plus à se concentrer. De plus, elle

ressentait toujours de fortes douleurs au niveau du dos. Elle a donc pris rendez-vous avec son médecin qui a baissé son taux d'activité de 50%. Depuis Mme K._____ se sent nettement mieux. Ses douleurs se sont progressivement atténuées et son état de stress ainsi que ses crises d'angoisses ont fortement diminués voire disparus. Cependant, Mme K._____ a été victime d'une grosse crise d'angoisse en milieu de stage.

(...)

Conclusion

Au vu de ce qui précède, l'observation effectuée démontre que Mme K._____ est capable d'acquérir des connaissances théoriques et informatiques ainsi que de réaliser des travaux de qualité. Par ailleurs, Mme K._____ a manifesté un vif intérêt pour le domaine du bureau, pour l'utilisation de l'ordinateur et l'acquisition de connaissances informatiques plus poussées.

S'agissant d'un nouveau départ après une longue période sans activité lucrative, la capacité de travail de Mme K._____ est actuellement de 50%, mais les bonnes conditions (diminution de l'anxiété, envie d'apprendre, plaisir de travailler sur ordinateur) dans lesquelles elle a pu évoluer dans son stage nous font sérieusement penser qu'une augmentation de sa capacité de travail est envisageable.

Vu les exigences actuelles du marché de l'emploi, en particulier dans le domaine du bureau, et dans la mesure où l'on souhaite procurer à Mme K._____ des chances réelles de retrouver un emploi, il est indispensable de prévoir, d'une part, un réentraînement au travail et l'acquisition de connaissance informatiques attestées et, d'autre part, le suivi d'une formation menant à l'obtention d'un titre professionnel reconnu. »

c) Par communication du 21 août 2007, l'OAI a informé l'assurée que les conditions d'octroi de mesures professionnelles étaient réunies et que la formation d'aide-comptable auprès du Centre X._____ serait prise en charge du 20 août 2007 au 19 août 2009.

Dans un premier rapport relatif à cette formation, du 8 juillet 2008, le Centre X._____ a écrit en substance que la première année de formation s'était dans l'ensemble très bien déroulée.

Dans un deuxième rapport du 12 mars 2009, le Centre X._____ a écrit notamment ce qui suit :

« Secteur social

La deuxième année de formation de Mme K._____ se déroule bien. Le travail pratique lui plaît toujours beaucoup. Elle apprécie tout particulièrement avoir la responsabilité de mandats concrets.

Les cours théoriques ne lui posent pas de problème particulier. Elle aime apprendre de nouvelles matières et reste toujours aussi motivée.

Mme K. _____ a su s'adapter aux changements intervenus, notamment en ce qui concerne l'organisation des cours théoriques. Elle démontre ainsi les progrès réalisés pour s'habituer aux nouvelles situations.

Même si la conciliation entre sa vie professionnelle et sa vie privée lui demande beaucoup d'énergie, elle a bien réussi à organiser son temps afin de ne pas se laisser submerger par le travail et la fatigue.

Toutefois, Mme K. _____ reste une personne fragile qui a besoin de temps pour accepter les choses. L'approche de la fin de sa formation engendre un important stress. Elle se pose beaucoup de questions concernant son avenir professionnel. Elle peine à envisager simultanément la fin de sa formation, la préparation aux examens, les examens et la recherche d'un emploi. La période à venir l'angoisse beaucoup.

Par ailleurs, Mme K. _____ ignore comment se positionner en tant que professionnelle. Elle craint de ne pas savoir se « débrouiller » dans le milieu économique et surtout de ne pas parvenir à faire face aux difficultés et au stress qu'imposent les exigences du monde du travail. Elle ne se sent pas prête à entrer dans l'économie cet été. Elle estime qu'il lui manque encore de la pratique.

A ce jour, Mme K. _____ n'a pas encore eu l'occasion d'effectuer un stage en entreprise, en raison de son taux d'activité restreint notamment et des impératifs des cours théoriques, ce qui lui manque considérablement. (...)

Un stage permettrait à Mme K. _____ de se confronter au monde économique, d'exercer en entreprise les connaissances pratiques acquises durant sa formation et lui donnerait confiance en ses capacités à exercer le métier d'aide-comptable.

Conclusion

En raison du taux d'activité réduit de Mme K. _____, sa pratique professionnelle n'a pu être exercée de manière optimale et, surtout, aucun stage en entreprise n'a pu être organisé. Au vu de ce qui précède et du manque de confiance de l'assurée, nous sollicitons une prolongation de la mesure en cours du 20.08.2009 au 31.12.2009, afin de consolider les bases professionnelles pratiques et d'optimiser ses perspectives de réinsertion professionnelle.

Les examens en vue de l'obtention du certificat interne [...] d'aide-comptable se dérouleront en juin 2009. La prolongation souhaitée se concentrerait donc essentiellement sur les aspects pratiques, en intensifiant l'exercice du métier d'aide-comptable, si possible sous la forme d'une formation en entreprise (temps de travail réparti entre le Centre X. _____ et un employeur en économie libre). »

Il ressort d'un rapport d'entretien du 7 mai 2009 établi par l'OAI avec l'assurée et des responsables du Centre X. _____ que cette dernière avait fait preuve d'une très bonne progression, tant au niveau

personnel (lié à l'amélioration de l'état de santé et une meilleure capacité de gestion des émotions et du stress) qu'au niveau professionnel. Sur le plan théorique, les résultats de l'assurée étaient excellents. Au niveau pratique, l'assurée s'était occupée de la comptabilité d'un magasin, à [...], à la satisfaction de la cliente (précision, rapidité, contact). Il s'agissait d'un mandat pratique réel, mais qui s'était effectué dans les locaux de l'Centre X. _____, donc sans une réelle intégration en entreprise.

Dans un troisième rapport du 13 juillet 2009 à l'attention de l'OAI, le Centre X. _____ a notamment écrit ce qui suit :

« Aspects socioprofessionnels

Durant cette période, nous avons confié à Mme K. _____ la tenue de mandats comptables de PME. Elle a notamment participé à la création de plans comptables, à l'imputation des pièces, à leur saisie informatique, à l'établissement de bilans et de comptes de résultats. Mme K. _____ a acquis les connaissances et la pratique nécessaires à l'exercice de la profession dans le domaine de la comptabilité. En outre, elle possède une bonne maîtrise des outils bureautiques (Word et Excel). Mme K. _____ a également des connaissances du logiciel Crésus en matière de comptabilité générale.

Au terme des examens théoriques portant sur les branches de français, droit, informatique, connaissances professionnelles et techniques quantitatives de gestion, nous lui délivrerons le certificat [...] d'aide-comptable lors de la cérémonie de fin de formation du 14 juillet 2009.

Mme K. _____ nous a donné entière satisfaction dans l'accomplissement des tâches qui lui ont été confiées et a entretenu de bons contacts avec notre clientèle, ses collègues, ainsi que ses responsables de formation.

Aspects sociaux

La deuxième année de formation de Mme K. _____ s'est très bien déroulée. Le travail pratique lui plaît beaucoup.

Mme K. _____ a également apprécié d'avoir la responsabilité de mandats concrets. Les cours théoriques ne lui ont pas posé de problèmes particuliers. Mme K. _____ est une personne qui aime apprendre de nouvelles matières et elle s'est toujours montrée très motivée par les cours enseignés au Centre.

Mme K. _____ a fait beaucoup de progrès durant sa formation au niveau de son adaptation aux nouvelles situations et à la gestion du stress que celles-ci peuvent induire. En effet, elle a vécu durant ces deux ans, beaucoup de changements tant au niveau professionnel que dans sa vie privée, sans que cela ait une répercussion sur sa formation. Après un petit temps d'adaptation, elle a su s'acclimater. De plus, même si la conciliation entre sa vie professionnelle et sa vie privée lui demande beaucoup d'énergie, elle a bien réussi à

organiser son temps afin de ne pas se laisser submerger par le travail et la fatigue. Mme K. _____ sait prioriser les choses et remettre à plus tard les tâches moins importantes, pour ainsi pouvoir faire les choses les unes après les autres.

Toutefois, Mme K. _____ reste quelqu'un de fragile, qui a besoin de temps pour accepter les nouvelles situations. A l'approche de la fin de sa formation, elle a ressenti plus de stress, qui a encore considérablement augmenté à l'approche des examens. Néanmoins, une fois de plus, Mme K. _____ a su par sa capacité à connaître ses besoins dans les situations difficiles, mettre en place les moyens nécessaires (infirmier en psychiatrie, prioriser les choses à faire, déposer ses soucis, etc.) afin de pouvoir gérer le stress. Son avenir professionnel la questionne beaucoup. Elle ignore comment se positionner en tant que professionnelle et ne sait pas comment elle peut se débrouiller dans le milieu économique et, surtout, si elle peut faire face au stress qu'impose le monde du travail. Ce sentiment est accentué par le fait que, selon Mme K. _____, il lui manque encore passablement de pratique.

Conclusion

Comme évoqué en début de formation déjà et au vu du taux d'activité restreint, une prolongation de la mesure en cours de 6 mois nous paraissait utile après le passage des examens finaux en juin, en vue de renforcer la pratique du métier. Durant cette prolongation, il se serait agi d'organiser, si possible, une insertion en entreprise par un stage.

Selon les échanges en synthèse, la perspective d'un renforcement de la pratique est admise. En revanche, votre office estime que ce renforcement devra se concrétiser par un stage en entreprise hors Centre X. _____.

Après avoir réussi sa formation d'aide-comptable, Mme K. _____ quittera donc le Centre au terme de la mesure actuelle. L'assurée a su, tout au long de sa formation, se donner les moyens de la réussite grâce à sa volonté et à sa motivation. Ce fut très agréable de l'accompagner dans son parcours, même dans les moments plus difficiles où elle a gardé sa bonne humeur et son envie d'avancer. Sous réserve du manque d'expérience et de pratique évoqué plus haut et même si elle reste fragile, nous estimons que Mme K. _____ est en mesure d'assumer un emploi d'aide-comptable, à 50%, sans réduction de rendement, à condition d'éviter une trop grande exposition au stress. »

d) Par communication du 15 septembre 2009, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il prendrait en charge les frais d'un stage en qualité d'aide-comptable à 50% auprès du [...] pour la période allant du 14 septembre 2009 au 14 mars 2010. Entre novembre 2009 et février 2010, l'assurée a eu de multiples arrêts-maladie attestés par des certificats médicaux.

e) A la demande du Dr T. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, les Drs R. _____ et

M._____, respectivement chef de clinique et assistant auprès de la division de chirurgie maxillo-faciale du Centre hospitalier W._____, (ci-après : Centre hospitalier W._____), ont reçu l'assurée en consultation. Dans un rapport du 25 janvier 2010, ces spécialistes ont posé chez l'assurée le diagnostic de luxation méniscale antérieure non réductible bilatérale avec arthrose débutante bilatérale et relevé en outre que l'assurée présentait des dyskinésies orales et péri-orales associées à des dystonies massétériques probablement due à la prise prolongée de neuroleptiques.

Dans le formulaire 531 bis qu'elle a complété le 21 juin 2010, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % depuis 2000. Par courrier du même jour, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle renonçait à l'aide au placement en raison de son état de santé.

Dans un rapport médical du 15 juillet 2010, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suit l'assurée depuis avril 2010, a posé le diagnostic de trouble psychotique non organique et de dyskinésie tardive à la suite d'un traitement neuroleptique. Dans son anamnèse, ce spécialiste a estimé en substance que l'assurée présentait une symptomatologie anxieuse et dépressive ainsi que des phobies spécifiques handicapantes associées à un apragmatisme c'est-à-dire une incapacité de programmer et d'effectuer une quelconque activité ainsi qu'un ralentissement psychomoteur important, des troubles de la concentration et de l'attention, des troubles de la pensée ainsi que des dyskinésies tardives extrêmement importantes, empêchant toute activité professionnelle d'un point de vue médical. Il a enfin indiqué que l'activité exercée n'était plus exigible, le rendement étant réduit à 0%.

Par avis médical SMR du 30 juillet 2010, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie, a considéré en substance qu'il convenait de demander au Dr B._____ pour quelles raisons son avis divergeait de celui des réadaptateurs du Centre X._____ qui avaient conclu que l'assurée disposait d'une « capacité de travail de 50% sans diminution de rendement dans une activité pas trop stressante ».

Le 6 octobre 2010, Dr B. _____ s'est prononcé sur le rapport du Centre X. _____ en concluant ainsi :

« Madame K. _____ a réussi (sic) à fonctionner et à se débrouiller dans un milieu protégé, mais elle n'est pas du tout prête et « armée » pour fonctionner dans un milieu non protégé. Il est important de rappeler que Mme. K. _____ souffre d'une pathologie psychiatrique sévère étant au bénéfice d'un traitement lourd de l'Eponexa et de Sertraline avec une symptomatologie extrapyramidale extrêmement handicapante qui nécessite plusieurs consultations en neurologie au Centre hospitalier W. _____. »

Dans un avis médical du 27 octobre 2010, le Dr F. _____ a relevé ce qui suit :

« L'argumentation de Dr B. _____ n'est absolument pas convaincante. Elle s'articule autour de deux arguments :

1. La formation d'aide comptable se serait déroulée en milieu protégé. En dehors de ce milieu, l'assurée serait incapable de travailler. Les spécialistes en réadaptation sauront mieux que moi expliquer que l'ORIF est un centre de formation, et non pas un atelier protégé où des handicapés fournissent un travail occupationnel sans impératif de rendement. Une fois formé, l'assuré qui a réussi son stage est réputé pouvoir s'intégrer dans le monde du travail normal.
2. L'assurée n'a pas d'expérience professionnelle. Le manque d'expérience est la règle au terme d'une formation dans une nouvelle profession. On comprendrait mal qu'un jeune, au terme de son apprentissage, renonce à s'engager par manque d'expérience professionnelle.

Au vu de ce qui précède, nous maintenons que l'assurée présente une capacité de travail de 50% comme employée de bureau et dans toute autre activité adaptée, ceci en accord avec le Dr C. _____, psychiatre traitant jusqu'au début 2010, et avec les conclusions du stage [...]. »

Dans un projet de décision du 25 novembre 2010, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'elle conservait une capacité de travail de 50 % en tant qu'aide comptable ainsi que dans toute activité adaptée. Calculant le préjudice économique, l'OAI a abouti à un taux d'invalidité de 52.4 %.

Par courrier du 11 janvier 2011, l'assurée a fait part de ses objections en mettant notamment en exergue le fait que sa capacité à faire face à des situations de stress avait été largement sous-estimée, y compris par elle-même. Elle a également souligné le fait que si la formation à l'Centre X._____ s'était bien passée, il en avait été autrement pour les examens finaux, qui avait mis en évidence sa fragilité. Elle a relevé que son stage dans un cadre de travail réel avait dû être interrompu en raison de son incapacité à faire face au stress qu'une telle situation déclenchait chez elle. Elle a enfin conclu que ses problèmes récurrents face à des situations de stress représentaient un obstacle majeur et que ses atteintes à la santé - et non son manque d'expérience - l'incapacitaient au point de ne pouvoir envisager l'exercice d'une quelconque activité professionnelle.

Dans un avis médical du 26 janvier 2011, le Dr F._____ a confirmé son appréciation en affirmant que le stage au Centre X._____ avait démontré que l'assurée était capable de travailler à mi-temps dans une activité adaptée.

Par décision du 7 mars 2011, l'OAI a procédé à la réduction de la rente entière qui avait été versée jusque-là à l'assurée pour la remplacer par une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2011.

D. Par acte du 5 avril 2011, l'assurée a recouru contre la décision précitée, en concluant à sa réforme en ce sens que le droit à la rente entière devait être maintenu sans changement.

Pour l'essentiel, l'intéressée a considéré qu'il convenait de suivre l'avis du Dr B._____ (et non celui du Dr F._____) qui attestait d'une péjoration de son état de santé. Elle a en outre souligné que les conclusions du Dr B._____ ne contredisaient pas la teneur des rapports du Centre X._____ mais les complétaient dans la mesure où la possibilité d'une péjoration de son état de santé en cas de « trop grande exposition au stress » avait été réservée depuis le début des mesures de réadaptation professionnelle.

Dans sa réponse du 26 mai 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Par arrêt du 24 avril 2012, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours, estimant ne pas pouvoir statuer en toute connaissance de cause sur la nature et l'ampleur exacte des troubles psychiques dont souffrait l'assurée ni sur leur impact sur sa capacité de travail. Elle a également constaté que l'office n'avait pas instruit sur les diagnostics posés par les Drs R. _____ et M. _____ le 25 janvier 2010. En conséquence, elle a renvoyé le dossier à l'OAI pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Cette expertise a été confiée au Centre L. _____ (ci-après : Centre L. _____) et les Drs D. _____, spécialiste en psychiatrie, P. _____, spécialiste en neurologie, et V. _____, spécialiste en médecine interne générale, ont rendu leur rapport le 12 août 2013. Ce rapport se termine ainsi :

« SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Rappel de l'histoire médicale :

Madame K. _____ est une expertisée suisse, d'origine française, divorcée en 1997 et remariée en 2001, mère de deux enfants adultes. Elle est en incapacité de travail depuis février 1994. Elle bénéficie d'une rente AI pour raisons psychiatriques depuis fin 1996. Elle est sans formation professionnelle, mais a travaillé pendant plusieurs années comme aide de bureau sans CFC. Elle a dû ensuite interrompre cette activité professionnelle en raison de l'apparition de troubles psychiques importants ayant nécessité plusieurs hospitalisations et de nombreux traitements antidépresseurs et neuroleptiques.

Par la suite, l'état de santé psychique de Madame K. _____ s'est amélioré permettant une formation d'aide-comptable à l'Centre X. _____ de 2007 à 2009 au terme de laquelle une aide à l'emploi a été mise en place. Malheureusement, elle a dû interrompre toute activité professionnelle en raison, dit-elle, de l'apparition de nouveaux troubles.

Bien que l'expertisée ne soit pas très claire à ce propos, il ressort de l'étude des dossiers médicaux que Madame K. _____ présenterait de longue date des troubles mandibulaires, notamment dans le cadre de parasomnies comportant un bruxisme avec également une limitation d'ouverture complète de la bouche. En raison d'une parodontose, elle a dû subir l'ablation de toutes les dents de sa

mâchoire avec confection d'une prothèse ; cette ablation a été vécue de façon très pénible. En 2009, cette prothèse a été changée et il a également été confectionné une prothèse incomplète de la mandibule. Depuis septembre 2009 surtout, les éléments précités semblent s'être significativement aggravés par l'apparition d'une contracture de la musculature massétérenne associée à des dyskinésies orales et péri-orales, en raison desquelles la patiente a tout d'abord été examinée par le service de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital d' [...], puis du Centre hospitalier W._____. Sur le plan maxillo-facial, il a été retenu les diagnostics de luxation méniscale antérieure non réductible bilatérale et d'arthrose débutante bilatérale, n'expliquant néanmoins pas l'ensemble du tableau clinique.

Au vu des constatations des spécialistes maxillo-faciales, Madame K._____ a été adressée tout d'abord au Dr N._____, neurologue, puis au Pr H._____, responsable de la consultation des mouvements anormaux du service de neurologie du Centre hospitalier W._____. Ces spécialistes ont retenu le diagnostic de dyskinésies orofaciales en relation avec l'utilisation préalable d'antidépresseurs et de neuroleptiques. Ils n'ont pas écarté non plus l'hypothèse d'une participation psychique aux troubles des dysfonctions maxillo-faciales déjà diagnostiquées.

Le Pr H._____ a introduit un traitement de Leponex qui a, aux dires actuels de la patiente, significativement amélioré la situation, permettant une ouverture un peu meilleure de la bouche et diminuant grandement les mouvements involontaires. Une tentative d'arrêt du Leponex a été suivie de la réapparition/réaggravation des troubles de telle sorte que ce traitement a été réintroduit, pris actuellement à raison de deux fois un comprimé de 25 mg par jour.

Malgré l'amélioration de la situation sur le plan maxillo-facial/neurologique, Madame K._____ n'a jusqu'ici pas repris d'activités professionnelles.

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, il n'y a pas de plaintes spontanées significatives, l'anamnèse systématique relève quelques troubles banals, le status est dans la norme.

Il n'y a aucune justification à une incapacité de travail.

Sur le plan neurologique, Madame K._____ se plaint de la persistance de troubles oro-faciaux avec une limitation importante de l'ouverture de la bouche pouvant par moment être douloureuse, gênante pour boire, manger, mastiquer, parler. Persistent également des phénomènes dyskinétiques oro-faciaux modérés et intermittents. Le traitement actuel comporte Leponex 25, deux fois un comprimé par jour, Sertraline et Temesta.

L'examen clinique neurologique révèle une nette limitation de l'ouverture de la bouche, sans provocation de douleurs, sans luxation évidente à la palpation des ATM et sans douleurs importantes également à la pression des ATM. On note en outre à l'examen la présence intermittente/occasionnelle de quelques mouvements dyskinétiques oro-faciaux relativement modestes. Pour le reste, l'examen neurologique est sans aucune anomalie, notamment sans autre élément évocateur de phénomènes dystoniques/dyskinétiques.

Sur le plan maxillo-facial/neurologique, il apparaît clairement que Madame K._____ présente une double pathologie, soit une pathologie mécanique caractérisée par une luxation méniscale antérieure non réductible bilatérale avec arthrose débutante bilatérale empêchant une ouverture complète de la bouche et d'autre part une forme de dyskinésie orofaciale tardive pouvant avoir été favorisée par les troubles maxillo-faciaux et le bruxisme dont souffrait préalablement Madame K._____, mais très vraisemblablement en relation avec l'usage antérieur d'antidépresseurs et de neuroleptiques. Il est possible également que certains facteurs psychiques contribuent à l'importance des troubles et surtout à leur répercussion sur la vie professionnelle et personnelle de Madame K._____.

Sur le plan thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement actuellement en cours, sans autre, ceci sous la direction du Pr H._____.

Sur le plan de la capacité de travail, les troubles maxillo-faciaux et la dystonie oro-faciale tels que constatés actuellement, ne représentent pas en eux-mêmes une cause d'incapacité de travail significative dans une activité adaptée telle que celle d'aide-comptable. Les troubles précités représentent par contre une incapacité de travail dans une activité nécessitant un usage important de la parole, une activité à forte composante représentative.

Sur le plan psychique, l'assurée a effectué une formation d'aide-comptable en 2009 avec succès mais n'a pas pu assumer un emploi également en raison de ses troubles psychiques. Cette tentative de reprise de travail se soldant par un échec semble l'avoir profondément affectée. Dans le rapport de synthèse d'Centre X._____ du 9 juillet 2007, on décrit que Madame K._____ a souffert de stress, d'angoisses, qu'elle était très exigeante, se mettait la pression, manquait de confiance en elle-même.

L'expertisée a été hospitalisée en hôpital psychiatrique 6 mois en 1994 pour phobies d'impulsion, état dépressif réactionnel à des conflits de couple. Durant le séjour, le diagnostic de structure de la personnalité prépsychotique a été posé. Ce diagnostic ressort de tests psychologiques projectifs se référant au cadre théorique psychanalytique. Depuis, elle a toujours bénéficié d'un suivi spécialisé (psychothérapie cognitive et comportementale) et d'un traitement psychotrope (Seropram jusqu'à 60 mg/j, Nozinan et benzodiazépines entre autres). Elle a aussi eu deux autres hospitalisations. Le traitement actuel (depuis deux ans environ) consiste en de la Sertraline 100 mg/j, du Leponex 50 mg/j (traitement introduit en raison des dyskinésies sur neuroleptiques) et du Temesta 4 mg/j. Elle voit sa psychiatre une fois par mois.

Elle se plaint d'une symptomatologie anxieuse et dépressive légère secondaire à son anxiété: humeur dépressive lorsqu'elle est seule et doit affronter quelque chose qui l'inquiète, estime basse depuis son adolescence, pessimiste, fatigue ; depuis quelques années environ trois crises de panique par an d'une durée de 30 minutes, évite de s'éloigner d'un cercle de sécurité et de faire des activités sortant de sa routine, car cela provoque un stress et une anxiété qui peut dégénérer en crise de panique, évite par exemple de conduire sur autoroute et de prendre les transports en commun. Depuis 1997, elle ne souffre plus de phobies (foule, ascenseur, rester ou sortir

seule, conduire, phobies d'impulsions hétéro- et auto-agressives, mal se conduire en public), et lorsqu'elle est stressée, elle peut avoir des compulsions de vérification qui n'excèdent pas les 20 minutes par jour. Elle n'a aucun symptôme pouvant évoquer un trouble bipolaire ou psychotique.

En ce qui concerne sa personnalité, elle se décrit comme ayant une mauvaise estime d'elle-même depuis son adolescence, comme si elle ne méritait pas le bonheur. Elle a été mariée une quinzaine d'années avec un homme qui était dénigrant. Elle a réussi à (sic) se séparer de cette relation décrite comme malsaine. Mais, mis à part ce qui précède, aucun trait patent de personnalité pathologique n'a été décelé.

La description des activités quotidiennes montre qu'elle reste active et libre de circuler dans son cercle de sécurité (les villages avoisinant le sien). Elle peut actuellement rester et sortir seule, conduire sur de petits trajets. Elle ère (sic) toutes les activités ménagères à son rythme, elle fait ses tâches administratives. Elle fait de l'ordinateur plusieurs heures par jour (surfe sur internet, fait des jeux, lit, visionne des films). Elle s'occupe de son jardin. Au niveau social, elle évite en partie les contacts sociaux, car elle se sent gênée par les mouvements de sa mâchoire. Néanmoins, elle continue à fréquenter ses amis une fois tous les trois mois, a des contacts superficiels avec ses voisins, voit ses enfants et a une bonne relation avec son deuxième mari.

L'examen psychiatrique est dans les limites de la norme, des dyskinésies orales et une tristesse sont observées. Il n'est pas constaté de troubles cognitifs, ni de ralentissement, ni des signes d'angoisse durant notre entretien, par contre Madame K. _____ a dû se faire accompagner par son mari à [...].

Le dosage plasmatique de Sertraline montre un taux se situant dans l'intervalle de référence, par contre la clozapine est nettement en dessous de l'intervalle (0,28 mmol/l pour un intervalle se situant entre 1,07 et 1,84).

En conclusion, le diagnostic qui nous paraît actuellement le plus évident est celui d'agoraphobie avec trouble panique, qui semble s'être amélioré depuis quelques années, mais qui est encore à l'origine de nombreux évitements. En fait, en dehors d'un cercle de sécurité et d'activités routinières, l'expertisée s'angoisse rapidement et cela peut aboutir à des attaques de panique. C'est vraisemblablement ce qui s'est passé lors de la tentative de reprise de travail en 2009. Actuellement l'expertisée a trouvé un équilibre psychique plus ou moins satisfaisant, mais qui reste précaire.

Le traitement de Sertraline semble donc être du moins partiellement efficace. Le traitement de Leponex est prescrit hors indication, probablement pour tenter de diminuer les dyskinésies tardives ou comme anxiolytique majeur. D'autres molécules ont été proposées pour traiter les dyskinésies tardives : pyridoxine (vitamine B6), clonazepam, tetrabenazine, clonidine. Des rémissions spontanées sont parfois possibles (jusqu'à 24% des cas) 5 ans après l'apparition des dyskinésies.

Sans constituer une cause d'incapacité de travail à proprement parler, le trouble anxieux dont souffre Madame K. _____ peut être source de diminution de rendement, estimé à 30% en raison des crises d'angoisses plus ou moins importantes que peut déclencher

une activité professionnelle et qui peuvent fortement nuire à sa capacité de concentration, à sa flexibilité intellectuelle et peut enfin être source de découragement et de perte de confiance. Les déplacements peuvent être également une source de fortes angoisses, si le lieu de travail se situe en dehors de son cercle de sécurité. Par ailleurs, les dyskinésies tardives dont elle souffre lui font redouter les interactions sociales ceci pourrait rendre plus difficile une intégration dans une équipe ou les contacts avec la clientèle. Cette évaluation est à notre avis superposable à celle consignée dans le rapport de synthèse de l'Centre X. _____ en juillet 2007.

RÉPONSES AUX QUESTIONS DE L'OFFICE D'ASSURANCE INVALIDITE

A *Questions cliniques*

1. Anamnèse

Anamnèse professionnelle et sociale

Évolution de la maladie et résultats des thérapies

Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection

actuelle

Cf. ci-dessus.

2. *Plaintes et données subjectives de l'assuré(e)*

Cf. ci-dessus.

3. *Status clinique*

Status physique et psychique (en cas de troubles somatoformes, prière d'établir une analyse précise des symptômes et respectivement des douleurs)

Résultats des tests avec la méthode utilisée

Cf. ci-dessus.

4. *Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)*

4.1 *Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?*

- Agoraphobie avec trouble panique (F40.01). Existant depuis 1993.
- Dyskinésie orofaciale tardive modérée, présente depuis 2009 environ.

4.2 *Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?*

- Luxation méniscale antérieure non réductible bilatérale avec arthrose débutante bilatérale de l'ATM.
- Bruxisme, depuis 1995.
- Status après avulsions dentaires complètes du maxillaire avec confection d'une prothèse en 2003, changée en 2009 ; avulsions dentaires partielles mandibulaire avec confection d'une prothèse partielle en 2009.
- Obésité de classe I depuis 2010.

5. Appréciation du cas et pronostic

Cf. ci-dessus.

B. Influences sur la capacité de travail

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

Sur le plan physique

Limitation pour boire, manger, mastiquer et parler notamment en public. Gêne sociale également liée aux mouvements involontaires intermittents de la face et de la bouche.

Sur le plan psychique et mental

Les crises d'angoisses et l'anxiété peut fortement nuire à sa capacité d'attention, à la flexibilité intellectuelle, découragement devant la tâche et perte de confiance dans ses capacités.

Sur le plan social

La gêne dans les contacts sociaux provoquée par les dyskinésies tardives pourrait rendre plus compliqué son intégration dans une équipe et nuire aux contacts avec la clientèle par l'anxiété et les évitements que cela peut avoir tendance à provoquer.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

jusqu'ici ?

2.1 *Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée*

Par une diminution du rendement.

2.2 *Description précise de la capacité résiduelle de travail*

La capacité de travail est complète.

2.3 *L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?*

Oui à plein temps.

2.4 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?*

Oui, estimé à 30%.

2.5 *Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?*

Depuis environ courant 1993

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

Cela s'est progressivement mais lentement amélioré, sans toutefois disparaître complètement.

3. *En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ?*

Oui, mais il lui faudra probablement un temps d'adaptation plutôt long dans un environnement tolérant.

C. *Influences sur la réadaptation professionnelle*

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

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants

1. *la possibilité de s'habituer à un rythme de travail*
2. *l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social*
3. *la mobilisation des ressources existantes*

Si non, pour quelles raisons ?

Oui. Comme il était proposé dans le rapport de juillet 2007 de l'ORIF il faudra probablement à l'expertisée passer par un stage de réentraînement au travail afin qu'elle puisse retrouver une confiance en soi et la consolider.

2. *Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?*

2.1 *Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)*

Non, le traitement actuel paraît adéquat.

2.2 *A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?*

Maintenir une pleine capacité de travail.

3. *D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?*

3.1 *Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?*

Oui, mais en évitant les activités nécessitant les contacts avec la clientèle et les déplacements hors zone dans laquelle l'assurée se sent en sécurité.

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

A plein temps.

3.3 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?*

30%.

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

Remarques et/ou autres questions. »

Dans un avis du 23 août 2013, le Dr F. _____ s'est rallié à l'avis des experts, relevant qu'idéalement, l'activité proposée devrait éviter des contacts fréquents avec la clientèle et les déplacements hors de la zone dans laquelle l'assurée se sent en sécurité.

Dans un rapport du 27 novembre 2013, le Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie, écrit ce qui suit au conseil de l'assurée :

« Du point de vue psychiatrique, la situation de Madame K. _____ reste très précaire.

Elle bénéficie d'un lourd traitement psychiatrique qui nécessite une prise de sang chaque mois, afin de vérifier la non-toxicité du traitement.

La patiente reste extrêmement fragile et vulnérable aux différents facteurs de stress de la vie courante.

Le moindre changement dans ses habitudes est susceptible d'induire un état de crise, voire une décompensation de son état psychique.

Il est totalement illusoire d'imaginer que Madame K. _____ puisse un jour travailler.

Dans son parcours de vie, elle n'a jamais tenu une place de travail plus de six mois, avant de tomber malade.

Une réinsertion a été tentée, se soldant par un échec.

La patiente fait actuellement un effort intense pour vivre tout simplement.

Si on l'oblige de travailler, l'échec est programmé et certain. »

Par lettre du 6 décembre 2013, l'office a mis en demeure l'assurée de lui confirmer qu'elle acceptait la capacité de travail de 100 % avec baisse de rendement de 30 % dans une activité adaptée et de collaborer pleinement tout au long des mesures qui seront mises en place. A défaut de réponse ou en cas de réponse négative, l'office avertissait l'assurée qu'il mettrait un terme à l'instruction de son droit à des mesures professionnelles et qu'il évaluerait son taux d'invalidité en tenant compte d'une activité de travail de 70 % dans sa profession d'employée de bureau ce qui aboutirait à la suppression de la rente.

Dans un nouveau courrier du 15 janvier 2014 au conseil de l'assurée, le Dr B. _____ s'exprime ainsi :

« Je suis Madame K. _____ à mon Cabinet depuis le 1^{er} avril 2010.

La patiente souffre d'un trouble psychiatrique extrêmement handicapant avec une première décompensation à l'âge de trente ans nécessitant une longue hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de Z. _____ ainsi qu'un traitement neuroleptique qui a induit une dyskinesie tardive sévère et difficilement traitable.

Concernant cette dyskinesie tardive, Madame K. _____ est suivie par le Professeur H. _____, neurologue au Centre hospitalier W. _____.

Actuellement, Madame K. _____ présente un ralentissement psychomoteur, une anhédonie, une diminution de l'élan vital, des phobies d'impulsion, des troubles de la concentration et de l'attention, ainsi que des troubles formels de la pensée sous forme de rétrécissement de la pensée, sauts du coq à l'âne et des associations relâchées. Nous notons également un apragmatisme.

Dans ce cadre Madame K. _____ est dans l'incapacité à effectuer une quelconque activité professionnelle. L'incapacité de travail est évaluée à 100 %. L'état de santé de Madame K. _____ depuis le mois de mars 2011 est resté stationnaire et l'incapacité de travail actuel s'élève à 100 %.

Il est également à noter que Madame K. _____ a bénéficié d'une rente AI à 100 % depuis plus de dix ans et a déjà effectué une réinsertion professionnelle qui a échoué en raison d'un état psychique défaillant. Il est tout à fait contre-indiqué de pousser Madame K. _____, à tout prix, à se réinsérer professionnellement. Madame K. _____ devrait bénéficier clairement d'une AI à 100 %. »

Dans un avis du 13 mars 2014, le Dr J. _____ du SMR estime que le Dr B. _____ a une évaluation différente, plus empathique, d'une même situation que celle des experts.

Par lettre du 17 mars 2015, l'office a de nouveau adressé à l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, une sommation en ce sens qu'un délai lui était imparti pour confirmer par écrit qu'elle souhaitait bénéficier de mesures de réinsertion professionnelle et qu'elle collaborerait pleinement tout au long des mesures mises en place.

Dans un projet de décision du 7 mai 2015, l'office a annoncé à l'assurée son intention de supprimer la rente puisqu'elle présentait une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle avec une diminution de rendement de 30 %, l'incapacité de travail et de gain s'élevant dès lors au même taux.

L'assurée a produit un nouveau rapport du 29 juin 2015 du Dr B. _____ libellé comme suit :

« Depuis le mois de janvier 2014, l'état de santé de ma patiente s'est péjorée sous forme de ruminations anxieuses et d'une symptomatologie dépressive, qui s'aggrave depuis quelques mois.

Cette aggravation est en lien étroit avec le projet de suspension de la rente AI.

Madame K. _____ reste extrêmement fragile du point de vue psychiatrique et il est totalement illusoire de vouloir réinsérer la patiente dans le monde du travail. Un essai de réinsertion professionnelle va décompenser avec certitude l'état psychique de ma patiente, avec un risque majeur d'une hospitalisation en milieu psychiatrique voire d'un geste auto-agressif.

Il est important de rappeler que Madame K. _____ a déjà bénéficié d'une réinsertion professionnelle à l'Centre X. _____ et que cette tentative s'est soldée par un échec. Après le stage à l'Centre X. _____, ma patiente a trouvé par elle-même un nouveau stage auprès de la [...], comme employé (sic) de bureau et aide comptable, ce stage s'est malheureusement soldé par un échec, en raison d'angoisses importantes et paralysantes, perdant tous ses moyens.

A noter que suite à ce stage auprès de la [...], la patiente a commencé à manifester des symptômes extra-pyramidaux, induits par les angoisses ressenties durant le stage. Ce trouble neurologique est actuellement pris en charge par le Professeur H. _____, au Centre hospitalier W. _____.

Ce qu'il faut également rappeler, est le fait que Madame K. _____ a déjà été hospitalisée en milieu psychiatrique, à [...] pendant plus que six mois. Par la suite, elle a été suivie pendant des nombreuses années par un psychiatre installé à [...]. Pendant les années qui ont suivi l'hospitalisation la patiente est restée dans un état de souffrance psychique extrêmement important, souffrant de phobies, étant complètement isolée socialement, avec une idéation suicidaire importante.

Madame K. _____ est inapte à 100% à effectuer une quelconque activité professionnelle ou de réinsertion professionnelle. »

Dans un avis du 17 juillet 2015, le Dr S. _____, du SMR, a considéré que le courrier du 29 juin 2015 du Dr B. _____ n'amenait aucun élément nouveau depuis l'expertise de 2013. Il relève en particulier que l'aggravation relatée « en lien étroit avec le projet de suspension de la rente AI » est un trouble réactionnel à un événement social qui disparaîtra avec le temps et non l'aggravation d'empêchements prenant leurs racines dans la sphère médicale. Selon le Dr S. _____, ces éléments sont à rattacher au trouble anxieux décrit dans l'expertise qui explique que ce sont justement ces troubles qui justifient une baisse de rendement de 30 %.

Par décision du 3 novembre 2015, l'OAI a confirmé son projet du 7 mai 2015 de suppression de rente, en relevant en particulier que selon le rapport d'expertise, la capacité de travail de la recourante était de 100 % avec une diminution de rendement de 30 % et qu'une mesure de réinsertion avait été proposée à la recourante qui l'avait refusée estimant ne plus pouvoir travailler.

Dans la lettre d'accompagnement de cette décision, l'OAI a écrit que l'expertise du Centre L. _____ remplissait tous les réquisits jurisprudentiels. Il a expliqué que le Dr B. _____ attestait d'une incapacité totale de travail de l'assurée dès le début de son suivi en 2010, sans faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés des experts, lesquels n'avaient pas confirmé le diagnostic d'un trouble de nature psychotique. Il a encore relevé que l'assurée avait refusé les mesures professionnelles proposées et qu'elle avait été informée des conséquences d'un tel refus.

E. Par acte du 4 décembre 2015, K._____ recourt contre la décision précitée, en concluant à son annulation, une rente entière continuant à lui être servie.

Par réponse du 18 janvier 2016, l'intimé conclut au rejet du recours.

Par duplique du 29 janvier 2016, la recourante maintient ses conclusions.

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'AI (art. 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'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56, 58 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).

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

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA) devant l'autorité compétente, le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des 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 ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si la recourante a encore droit à une rente d'invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle 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).

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.

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

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 LPGGA. 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).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, 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. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V

256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

5. L'art. 17 al. 1 LPGA prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée 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). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5, 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

6. a) En l'occurrence, la recourante bénéficie d'une rente d'invalidité entière depuis mai 1997, soit depuis plus de 18 ans au moment où la décision litigieuse a été rendue. Cette situation a été révisée à trois reprises et à chaque fois, le psychiatre traitant a fait part d'une amélioration de l'état de santé de la recourante, l'incapacité de travail restant toutefois totale. En automne 2005, le psychiatre traitant de la recourante a attesté d'une capacité de travail dans une activité d'employée de bureau ou adaptée de 50 % en relevant que la recourante ne présentait plus d'évitement phobique. C'est à la suite de ce constat que la formation de la recourante à l'Centre X. _____ a débuté puis que la décision du 7 mars 2011 réduisant la rente entière à une demi-rente a été

prise, décision annulée pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire.

Cette expertise, bien structurée, aborde tous les points qui méritaient un éclaircissement sur le plan de la médecine interne, neurologique et psychiatrique. Elle précise notamment, pour chaque domaine, l'impact des atteintes de la recourante sur sa capacité de travail. Elle tient également compte de l'anamnèse et des plaintes de la recourante et contient des conclusions motivées, de sorte qu'elle remplit les réquisits de la jurisprudence pour lui conférer une pleine valeur probante.

Les experts parviennent en particulier à la conclusion que sur le plan de la médecine interne, il n'y a aucune justification à une incapacité de travail. Sur le plan neurologique, les troubles maxillo-faciaux et la dystonie oro-faciale ne représentent pas une cause d'incapacité de travail si ce n'est dans une activité nécessitant un usage important de la parole ou une activité à forte composante représentative.

Quant au plan psychiatrique, les experts ont posé le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique. Ils relatent une amélioration de cette pathologie depuis quelques années. Ils soulignent toutefois que ce trouble est à l'origine de nombreux évitements, la recourante s'angoissant rapidement - ce qui pouvait aboutir à des crises de panique - en dehors d'un cercle de sécurité et d'activités routinières. Les experts font le constat que la recourante a retrouvé un équilibre psychique plus ou moins satisfaisant mais qui reste précaire. Dans la discussion, les experts écrivent que la description des activités quotidiennes montre que la recourante reste active et libre de circuler dans son cercle de sécurité, c'est-à-dire dans les villages avoisinant le sien. Quand il s'est agi de déterminer la capacité de travail résiduelle de la recourante, les experts ont estimé que celle-ci était complète dans l'activité habituelle avec une diminution de rendement de 30 % en raison des crises de panique. A la question de savoir si d'autres activités étaient possibles, les experts ont répondu par l'affirmative mais en évitant les activités nécessitant les

contacts avec la clientèle et les déplacements hors zone dans laquelle la recourante se sent en sécurité, c'est-à-dire les villages avoisinant le sien. En définitive, même s'il résulte de l'ensemble de l'expertise que la recourante reste fragile dans toutes circonstances en dehors de son cercle de sécurité, il y a lieu de retenir, en suivant cette expertise qui a pleine valeur probante, que la recourante dispose d'une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 30 % dans toute activité dans sa zone de sécurité et sans contact avec de la clientèle.

Cela ne signifie pas pour autant que le recours doive être rejeté.

b) En effet, la notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de gain sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG,

lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_984/2008 du 4 mai 2008 consid. 6.2; I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328) (TF 9C_659/2014).

En l'occurrence, la recourante habite [...] et son cercle de sécurité est limité aux villages avoisinant. Dans ces conditions, on ne saurait considérer que des possibilités de travail réalistes existent pour la recourante. A cela s'ajoute le fait que sa dernière activité professionnelle concluante remonte à 1994 et que, hormis la formation Centre X. _____ achevée en 2009, la seule tentative de reprise d'une activité lucrative dans l'économie libre s'est soldée par un échec en raison de sa santé psychique fragile (ce que confirment par ailleurs les experts en p. 13 de leur rapport). La recourante accuse également un manque d'expérience et de pratique professionnelles puisque cela fait maintenant bientôt dix ans qu'elle a obtenu son diplôme d'aide-comptable. Les éléments précités conduisent au constat qu'une reprise d'activité semble totalement utopique compte tenu de la zone extrêmement restreinte dans laquelle elle peut espérer trouver une activité professionnelle sans contact avec de la clientèle.

En définitive, il y a lieu d'admettre que l'état de santé de la recourante s'est certes amélioré mais pas au point que celle-ci puisse être capable de travailler sous l'angle du marché équilibré du travail.

7. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la recourante continuant à percevoir une rente d'invalidité entière.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de constatation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice. Le montant des frais est fixé en

fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative] ; RSV 173.36.5.1).

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 3 novembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, K._____ continuant à percevoir une rente d'invalidité entière.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés 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 K._____ le montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Inclusion Handicap, Me Florence Bourqui (pour K. _____),
- 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 :