

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 30 juillet 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : M. Merz et Mme Dessaux
Greffière : Mme Barman Ionta

* * * * *

Cause pendante entre :

G. _____, à Vevey, recourante,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. G. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1961, originaire de Turquie, sans formation professionnelle, a travaillé en qualité d'employée de nettoyage auprès de l'entreprise [...] SA dès septembre 1999. Le 18 janvier 2000, dans le contexte d'un accident de travail (chute d'une échelle), l'assurée a subi des contusions multiples. L'accident a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA), laquelle a pris en charge le traitement médical et alloué des indemnités journalières.

Le 4 avril 2000, l'assurée a été examinée par le Dr Q. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la CNA. A deux mois et demi de l'accident, l'assurée présentait un syndrome douloureux diffus cervico-dorso-lombaires irradiant sur l'ensemble du flanc gauche et de la fesse gauche, avec sensation de dysesthésies de l'ensemble du membre inférieur gauche. Le Dr Q. _____ faisait état de traits dépressifs et d'une surcharge pondérale non négligeable, et constatait que des éléments subjectifs, occupant le devant de la scène, contrastaient de manière étonnante avec des éléments objectifs plutôt pauvres. En l'absence de lésion organique objectivable, il proposait à la CNA de mettre un terme à ses prestations.

Une IRM (imagerie par résonance magnétique), pratiquée le 28 avril 2000, a mis en évidence une image de contusion avec déformation modérée vers l'avant de la première vertèbre coccygienne, compatible avec une fracture actuellement en cours de consolidation. Le Dr Q. _____, dans son rapport du 14 juin 2000, n'a pas contesté ce diagnostic mais a émis des doutes quant à la relation entre ce dernier et les plaintes de l'assurée. Il a admis une participation de la surcharge pondérale et des contraintes excessives dues à la morphologie raciale, ainsi qu'une extension des symptômes dans le temps.

Le Dr Q._____ a procédé à un nouvel examen de l'assurée le 4 juillet 2000. Dans son rapport daté du 5 juillet suivant, il relevait avoir constaté une nouvelle fois une nette discordance entre les éléments objectifs et subjectifs. Il s'agissait manifestement, selon lui, d'un cas où des facteurs extra-anatomiques étaient encore présents de manière floride, occupant le devant de la scène de manière prépondérante, voire exclusive. Il reconnaissait une pleine capacité de travail dès le lundi suivant son rapport, pour les seules suites de l'accident du 18 janvier 2000.

Par décision du 17 juillet 2000, la CNA a informé l'assurée qu'elle mettait fin au paiement des frais médicaux et à l'indemnité journalière, avec effet au 9 juillet 2000.

B. Le 12 février 2001, G._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente, en raison des douleurs dans le dos et le corps survenues à la suite de l'accident du 18 janvier 2000.

Interpellée par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), la CNA a transmis le dossier constitué en faveur de l'assurée.

Le 20 mars 2001, la Dresse T._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, cheffe de clinique adjointe à l'Hôpital [...], a adressé à l'OAI un rapport aux termes duquel les diagnostics de syndrome douloureux chronique à prédominance lombo-sacro-coccygienne dans un contexte post-traumatique, déconditionnement musculaire et important état anxio-dépressif, existant depuis janvier 2000, étaient reconnus comme affectant la capacité de travail. La Dresse T._____ exposait que les plaintes dépassaient largement les suites d'un banal accident et mentionnait une situation très complexe de syndrome douloureux chronique avec importante composante psychologique et difficulté d'adaptation chez une femme épuisée physiquement et dépassée par les soucis socio-économiques. L'incapacité de travail était totale et

s'expliquait surtout par des raisons tant physiques que psychologiques. La Dresse T._____ estimait qu'un examen psychiatrique complémentaire était nécessaire.

Le 1^{er} mai 2001, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de syndrome douloureux sacro-coccygien à la suite d'une chute sur le siège le 18 janvier 2000 avec éventuellement fracture coccygienne, trouble somatoforme douloureux et état dépressif, existant depuis le printemps 2000, affectant la capacité de travail. Les plaintes de l'assurée se traduisaient par des douleurs musculaires rachidiennes multiples. De l'avis du Dr S._____, un examen psychiatrique s'avérait utile.

Par avis du 20 août 2001, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a décidé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique, lequel a été réalisé le 16 novembre 2001 au SMR par le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport, établi le 27 décembre 2001, mentionnait les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) chez une personnalité dépendante à l'intelligence limite, et de trouble somatoforme douloureux. Le Dr B._____ exposait en outre ce qui suit:

« Appréciation du cas

Malgré son analphabétisme et ses capacités intellectuelles limitées, l'assurée a tenté de faire face à la situation issue de la séparation d'avec son mari. Elle a ainsi commencé une activité professionnelle pour subvenir aux besoins de sa famille. L'accident de travail, survenu dans ce contexte fragilisé, a marqué le début d'une évolution dépressive défavorable, malgré les traitements médicamenteux *lege artis* instauré par son médecin-généraliste. L'assurée continue à présenter des douleurs dans la région lombosacro-coccygienne et montre une importante régression dans ses contacts sociaux. Le tableau clinique qu'elle présente n'est pas celui d'une dépression réactionnelle, mais une évolution dépressive récurrente de type endogène, chez cette personnalité fragile et dépendante, à l'intelligence limite.

Capacité de travail exigible

Les troubles psychiatriques présentés par l'assurée constituent une atteinte durable à la santé au sens de l'article 4 LAI et justifient une incapacité de travail à 100% dans sa profession, pour une durée

indéterminée. La capacité de l'assurée n'est pas susceptible d'être améliorée par des mesures médicales. Au vu de la faiblesse de ses capacités intellectuelles, une réadaptation professionnelle est exclue. »

Dans un rapport d'examen du 7 janvier 2002, les Drs M._____ et J._____ du SMR ont estimé qu'il convenait de suivre l'appréciation du Dr B._____ tant sur le plan des diagnostics que de la capacité de travail. Elle a conclu que l'incapacité de travail, motivée par la problématique psychiatrique, reconnue et traitée comme telle d'emblée mais sans succès, se justifiait depuis le 18 janvier 2000.

Le 8 juillet 2002, l'OAI a rendu une décision d'octroi de rente d'invalidité, confirmant un projet du 10 janvier 2002. Il exposait que les différents renseignements en sa possession révélaient une incapacité de travail de longue durée depuis le 18 janvier 2000, à 100%. A l'échéance du délai d'attente d'une année, l'incapacité de travail et de gain étant toujours totales, une rente entière d'invalidité lui était accordée dès le 1^{er} janvier 2001.

C. Le 24 janvier 2006, G._____ a répondu à l'OAI, au moyen du "questionnaire pour la révision de la rente", que son état de santé était inchangé depuis l'octroi de la rente et qu'elle n'avait pas repris d'activité lucrative. Elle précisait, dans le formulaire relatif à son statut, qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% par nécessité financière.

Interpellé par l'OAI, le Dr S._____ a mentionné, dans un rapport du 23 avril 2006, que l'état de santé était stationnaire; il n'y avait pas de changement depuis son dernier rapport établi en 2001, l'assurée présentant toujours des douleurs musculaires multiples essentiellement para-rachidiennes, irradiant dans le membre inférieur gauche.

Par communication du 15 mai 2006, l'OAI a informé l'assurée qu'il maintenait le droit à la rente entière d'invalidité.

D. G._____ a rempli un nouveau "questionnaire pour la révision de la rente" le 9 juin 2011. Elle y mentionnait que son état de santé demeurait stationnaire.

Dans un rapport du 5 septembre 2011, le Dr S._____ a maintenu les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble somatoforme douloureux et d'état dépressif. L'état de santé de l'assurée était toujours stationnaire et l'incapacité de travail demeurait nulle, étant précisé que l'intéressée comprenait mal le français, était incapable de s'adapter et peu motivée.

En mars 2012, l'OAI a procédé à la révision du droit à la rente d'invalidité de l'assurée en se basant sur les dispositions finales de la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 18 mars 2011. A cet effet, il a informé l'assurée qu'une évaluation médicale était nécessaire et l'a convoquée à une expertise auprès du Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a adressé son rapport d'expertise à l'OAI le 21 juillet 2012. Il indiquait notamment ce qui suit:

« Apparemment, après l'attribution de la rente, il y a eu une stabilisation de la situation sociale avec l'arrangement intra familial décrit. L'assurée n'est de plus pas du tout isolée. En dehors de ses enfants et petits-enfants, elle entretient des contacts avec des connaissances en ville, des voisins et aussi avec sa famille d'origine. Même illettrée, elle s'est créée un système de repérage par prénoms, noms, numéros de téléphone et elle est apte à utiliser un téléphone portable.

Si du côté social il y a eu une sorte d'apprentissage et de reconditionnement à sa nouvelle situation de femme divorcée, elle est restée fixée sur les aspects somatiques et le déconditionnement physique décrit a persévéré. Tous les conseils donnés à l'époque de son traitement au [...] n'ont pas été suivis et elle semble avoir pris du poids. Dans notre examen, les plaintes étaient spontanément et essentiellement centrées sur les différentes atteintes douloureuses du corps et comme un état de fait. Il n'y avait pas de plaintes psychiques - psychiatriques proprement dites.

Visiblement, sur le plan psychique, il y a eu une amélioration. L'assurée s'est habituée à sa nouvelle situation, elle a fait ce que nous avons appelé ci-dessus un reconditionnement social et les antidépresseurs prescrits ont été arrêtés au plus tard au début de l'année 2009. Ici les informations du médecin traitant et de Mme G._____ sont concordantes.

Ce qui reste objectivement de l'état dépressif antérieur est aujourd'hui nettement amoindri. Nous avons vu et décrit une femme dans une présentation soignée et discrète, avec une féminité en retrait, légèrement ralentie, déconditionnée physiquement, mais dans un discours spontané. Notre examen s'est fait avec l'aide d'un interprète turque qui a montré une bonne capacité de s'exprimer, des propos assez précis mais aussi des moments évasifs, sans problème majeur de vocabulaire ou de la syntaxe. Il n'y avait pas de troubles cognitifs à observer même si on disait l'intelligence à la limite inférieure de la norme, l'expertisée n'a montré aucune faiblesse d'esprit, aucune suspicion de retard mental véritable, mais au contraire malgré tout une certaine débrouillardise.

Sur le plan affectif, elle était dans un mal-être diffus, avec des traits de morosité, un manque d'enthousiasme, nullement dans un état de tristesse prononcée et dans l'ensemble plutôt dysphorique. Nous avons pu aussi l'observer à certains moments avec de petits sourires et réactions amusées. Il n'y avait pas de fixation émotionnelle bien nette et sa physionomie montre une certaine inscription négative.

Si l'on prend l'ensemble de ces observations et éléments, nous arrivons à la conclusion que cet état dysphorique décrit correspond au mieux à ce que le code diagnostique décrit sous forme de dysthymie, à savoir des fluctuations d'humeur avec périodes de dépression mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour poser un diagnostic de trouble dépressif proprement dit. Avec un tel diagnostic, la personne reste habituellement capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est exactement le cas pour Mme G._____. Pour vérifier les choses encore une fois ou d'une autre manière, voici l'application des critères d'une dépression selon l'OMS :

TROUBLE DÉPRESSIF (F 32)

Selon OMS, critères pour la recherche (Classification internationale, Masson 1994)

Critères pour déterminer un épisode dépressif selon Classification Internationale des Maladies en vigueur, CIM-10, chapitre F 32, critères pour recherche, édités par l'OMS

- Conditions de base :
- G1 : épisode doit persister au moins deux semaines
 - G2 : absence de critères maniaques ou hypomaniaques
 - G3 : pas de substance psycho-active, pas de trouble mental organique

En parenthèses les critères du système AMDP cité, correspondants au plus près

CRITERE	DEFINITION	OBSERVATIONS pour la personne en question
B 1	Abaissment de l'humeur (tristesse), humeur dépressive, inhabituel, à degré nettement anormal, toute la journée, presque chaque jour, dans large mesure sans influence des circonstances, persistant au moins pendant 2 semaines (AMDP : 63)	Non, ceci n'est pas le cas, ni selon les descriptions de l'assurée ni selon les observations
B 2	Diminution constante et marquée de l'intérêt et du plaisir pour des activités auparavant agréables (AMDP : pas d'équivalent direct)	Quelques intérêts et plaisirs sont mentionnés
B 3	Perte de l'énergie, grande fatigabilité, diminution nette des activités habituelles (AMDP : 62, 80, 81, R 12)	Diminution de l'énergie, pas de perte ; un certain nombre d'activités existe
C 1	Perte de l'estime de soi et de la confiance en soi (AMDP : 71)	Certainement diminution de la confiance en soi
C 2	Sentiments injustifiés de culpabilité ; culpabilité excessive ou inappropriée (AMDP : 73)	Non
C 3	Pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires ; comportement suicidaire (AMDP : 46, 95)	Non
C 4	Diminution aptitude à penser ou se concentrer (AMDP 11,12)	Non
C 5	Modification psychomotricité : agitation ou ralentissement (signalée ou observée) (AMDP : 80-84), échelle de ralentissement EDR	Léger ralentissement psychocorporel, mais passablement influencé par aspect corporel
C 6	Perturbation du sommeil importante (AMDP : échelle somatique 101-105)	Non
C 7	Modification appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante (AMDP : échelle somatique 106)	Non

Classification des dépressions selon gravité

Dépression légère	2 critères B	Total au moins 4
Dépression moyenne	2 critères B	Total au moins 6
Dépression grave	3 critères B	Total au moins 8

Résumé, conclusions : Les critères pour un état dépressif chronique ne sont pas remplis

Il ressort ici encore une fois très clairement que nous ne nous trouvons pas du tout dans un état dépressif cliniquement défini. Indirectement, ceci est confirmé encore par l'absence de traitement spécifique à tous les niveaux (pharmacothérapie, psychothérapie, psychiatre, etc.)

Pour ce qui concerne le trouble douloureux somatoforme, il y a effectivement continuité des plaintes douloureuses. L'application des critères pour savoir s'il s'agit d'une atteinte éventuellement invalidante, montre ceci :

Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), critères

Selon les critères du Tribunal Fédéral des Assurances pour déterminer la présence d'un trouble somatoforme à valeur invalidante, éléments de l'OMS et expérience clinique

CRITERE	OBSERVATIONS pour la personne en question
1. Comorbidité psychiatrique importante (gravité, acuité, durée) ?	Non, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique importante
2. Affection corporelle chronique (en dehors TSD, sans rémission durable) ?	Il y a des affections corporelles dont l'importance semble mineure selon les descriptions du dossier
3. Perte d'intégration sociale (dans toutes les manifestations de la vie) ?	Non, la réduction du périmètre est liée au manque d'intégration
4. Etat psychique cristallisé (sans évolution possible au plan thérapeutique) ?	Non, ce n'est pas le cas ; l'état de l'assurée a évolué positivement
5. Processus défectueux de résolution de conflit ?	Hypothèse psychanalytique difficile à vérifier
6. Echec de traitements conformes aux règles de l'art ?	Non, le traitement a eu un effet positif
7. Attitude coopérative de la personne (effort et motivation) ?	Non, il y a passivité et démotivation
8. Divergences entre symptômes décrits et comportement observé ?	Oui
9. Caractéristique des douleurs vague ou différenciée ?	Tendance vague
10. Efforts thérapeutiques validés ou invalidés ?	Plutôt invalidés
11. Collaboration, compliance de la personne ?	Pas d'avis
12. Conflits émotionnels importants ?	Non
13. Facteurs psychosociaux et culturels dominants ?	Oui
14. Appréciation actuelle dans situation conflictuelle ?	Non

Pondération, conclusions : Les critères pour un aspect invalidant ne sont pas remplis

Si nous pouvons donc retenir le diagnostic tel quel (avec une dominance de la plainte douloureuse), il y a clairement absence de comorbidité psychiatrique, et absence de critères invalidants.

Lors de l'étude de ce cas, nous avons constaté à nouveau la présence de nombreux facteurs extra médicaux. Il y a ici à mentionner :

- différents facteurs sociaux,
- déconditionnement professionnel,
- absence de scolarisation,
- analphabétisme et faible expérience professionnelle,
- plaintes relatives aux symptômes,
- aménagement familial particulier,
- manque de motivation,
- passivité,
- une certaine solitude.

Force est de constater que tous ces facteurs ne peuvent pas entrer dans la détermination de la capacité de travail.

En finalité, nous nous trouvons donc devant un double constat : d'une part nous n'avons pas tiré les mêmes conclusions de la situation de 2000 - 2002 que notre confrère psychiatre, d'autre part, il y a objectivement une amélioration de la situation. Notre constat est totalement à contre-courant de la conception personnelle de l'assurée, de son aménagement familial, du confort et de la stabilité qui s'est créée avec la rente, également à contre-courant des appréciations de son médecin traitant. Avec la distance, il est devenu aussi claire que l'hypothèse d'un état dépressif endogène était erronée.

VIII. Diagnostic et conclusions :

Avec l'ensemble des éléments discutés, ainsi que nos analyses effectuées et après pondération de tous les éléments, nous retenons sur le plan diagnostique psychiatrique actuellement

1. **Dysthymie/dysphorie** (F34.1 - CIM-10)
2. **Syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique majeure** (F45.4 - CIM-10).

Le tout se situe dans une évolution régressive de long terme avec déconditionnement surtout physique et professionnel. Les constats quant à la capacité de travail ne peuvent de ce fait être que théorique : vu l'absence de diagnostic sévère et invalidant, il y a théoriquement un postulat de capacité de travail. Si l'on imagine l'assurée dans des activités qu'elle a auparavant assumées, activités non qualifiées dans l'hôtellerie et les nettoyages, rien ne nous empêche de la visualiser exécuter celles-ci sur la plan purement psychique.

Il est pour nous impossible de se déterminer avec précision sur le déroulement du passé, il existe ici uniquement le fait que l'arrêt des antidépresseurs a eu lieu au plus tard au début de l'année 2009. Nous situons l'amélioration psychique décrite au plus tard dans cette période. »

L'expert a conclu que les diagnostics n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, laquelle était entière sur le plan psychiatrique.

Par avis du 9 août 2012, le Dr Z. _____ du SMR s'est rallié à l'appréciation du Dr F. _____, considérant que la capacité de travail dans le domaine de compétence de l'assurée était entière depuis le début 2009 au plus tard.

Lors d'un entretien du 1^{er} octobre 2012, un spécialiste en réadaptation a exposé à l'assurée la possibilité de bénéficier de mesures de nouvelles réadaptation (ci-après: MNR). Au terme de son rapport initial, le spécialiste mentionnait l'absence de motivation à la réadaptation de la part de l'assurée ainsi que le problème de la langue et de la cristallisation de sa vie en fonction de son état de santé.

Le 2 octobre 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de suppression de rente d'invalidité. Il relevait qu'à la suite de l'entrée en vigueur de la 6^e révision de l'assurance-invalidité, une révision du droit à la rente avait été faite, et apportait les considérations suivantes:

« Vous êtes au bénéfice d'une rente d'invalidité depuis 2001, et d'après les informations médicales en notre possession, vous souffrez d'un trouble somatoforme douloureux persistant.

Selon nos observations, vous n'avez pas de suivi psychiatrique, ni de traitement antidépresseur depuis plusieurs années ; par conséquent - dans le cadre de la révision de votre rente - une expertise psychiatrique a été mandatée afin de déterminer si cette affection était de nature à engendrer une limitation durable de votre capacité de travail.

Le rapport d'examen y relatif est convaincant et selon l'expert, suivi dans cet avis par le Service médical régional AI (SMR), vous ne présentez pas de comorbidité psychiatrique à votre trouble somatoforme douloureux : cette atteinte ne peut donc pas être considérée comme invalidante au sens de l'AI.

Ce qui signifie que les conditions d'octroi ne sont plus remplies et que la rente doit être supprimée.

C'est pourquoi notre spécialiste en Réadaptation vous a rencontrée, en présence de votre fille, pour vous proposer la mise en place de mesures de nouvelle réadaptation, avec poursuite du versement de la rente pendant la durée de la mesure (au maximum pendant deux ans).

Ceci afin de vous soutenir dans la démarche de reprise d'une activité. Vous avez décliné cette proposition, estimant que votre état de santé ne vous le permettait pas. »

Selon une note d'entretien du 29 octobre 2012 du service de réadaptation de l'OAI, l'assurée a mentionné une aggravation de son état de santé et l'impossibilité de reprendre le travail. Il lui a été indiqué que le mandat réadaptation allait être fermé le jour même, ce qu'elle n'a pas contesté.

L'assurée s'est opposée au projet de suppression de rente le 30 octobre 2012, alléguant ne pas être d'accord avec l'évaluation de l'expert psychiatre. Elle mentionnait que d'autres rapports allaient être adressés prochainement à l'OAI.

Le 26 novembre 2012, en l'absence d'élément susceptible de modifier sa position, l'OAI a rendu une décision conforme au projet de suppression de rente, laquelle prenait effet au 1^{er} janvier 2013.

E. G._____ a formé recours contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 27 décembre 2012, concluant à sa réforme en ce sens que le droit à une rente d'invalidité soit maintenu. Elle fait valoir que son état de santé psychique ne s'améliore pas, précisant être suivie à D._____.

A l'appui de son recours, elle a produit notamment les pièces suivantes:

- un rapport du 14 février 2012 adressé au Dr S._____ par le Dr K._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, dont il résulte notamment ce qui suit:

« J'ai eu l'occasion de voir à ma consultation ta patiente susnommée le 06.02.2012 pour les affections suivantes:

- Douleurs poly et péri-articulaires diffuses et migrantes sur probable syndrome polyinsertionnel récurrent.
- Cervicobrachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire.

Mme G._____ signale depuis 2 ans, l'apparition de douleurs poly et péri-articulaires touchant les épaules, les coudes, les poignets, ainsi que les péri-hanches et les genoux. Elle signale également des paresthésies au niveau des pulpes digitales tant des mains que des pieds. Ses douleurs sont d'allure mécanique et entraînent une impotence fonctionnelle dans ses activités de la vie quotidienne.

Au status, la marche est fluide, les mouvements d'antéversion sont harmonieux, l'examen segmentaire met en évidence une hypomobilité cervicale diffuse, l'examen des épaules met en évidence un arc douloureux à 90° en abduction, cependant peu spécifique, les tests de Job, Paté, Yokum et Gerber sont négatifs. Les tests de conflits sont négatifs. L'examen des mains ne met pas en évidence de signe de synovite ou de ténosynovite, la force de préhension est conservée.

Du point de vue paraclinique, le bilan sanguin ne met pas en évidence de syndrome inflammatoire, il n'y a pas de carence martiale mais un trouble vitaminique D 32. Les FR et anti-corps anti-CCP sont négatifs. Les anti-DNA sont dans les normes.

L'ultrasonographie des épaules est rassurante, il n'y a pas de signe de tendinopathie, l'ultrasonographie des mains et des chevilles sont dans les normes, il n'y a pas de signe de synovite, il n'y a pas de réhaussement au doppler.

La radiographie des mains et des pieds est rassurante, il n'y a pas de signe d'érosion ou de trouble dégénératif significatif, la radiographie des cervicales met en évidence une inversion de la

courbure cervicale avec spondylose antérieure significative en C5-C6, et une légère diminution du trou de conjugaison ddc.

Dès lors, les douleurs poly et péri-articulaires sont probablement imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec signe de polyinsertionite positif pour lequel je préconiserai une approche sous forme de bains de Paraffine pour les mains et exercices de décontraction.

Une prise en charge en balnéothérapie pourrait être rediscutée en fonction de l'évolution. Une médication de type myorelaxante le soir associée à l'application de bains au Soufrol à domicile est de mise. »

- un rapport du 11 septembre 2012 adressé au Dr S. _____
par le Dr K. _____, qui indique ce qui suit:

« J'ai eu l'occasion de revoir à ma consultation ta patiente susnommée le 06.09.2012 pour les affections suivantes:

- Douleurs facialgies plantaires G sur probable nodulose fibreuse.
- Crampes digitales sur probablement déconditionnement musculaire.
- Lombopygalgies et cervicalgies chroniques.

Mme G. _____ a bénéficié d'une substitution vitaminique D associée à une prise en charge physiothérapeutique régulière sous forme de thérapie manuelle concernant le rachis tant lombaire que cervicale. L'évolution est caractérisée par une fluctuation de la symptomatologie douloureuse rachidienne. Le 24.05.2012, elle a bénéficié d'une infiltration de l'émergence du nerf d'Arnold à D avec évolution favorable. Actuellement, elle se plaint essentiellement de douleurs plantaires G ainsi que de tendance à des crampes digitales tant des mains que des pieds.

Le status de ce jour met en évidence au niveau du pied, une nodulose plantaire au niveau du tiers distal du fascia plantaire G ainsi qu'une douleur à l'insertion calcanéenne à D. L'examen des mains est rassurant, il n'y a pas de signe de Gaenslen, il n'y a pas de signe de synovite ou de ténosynovite. L'examen du rachis met en évidence une hypoextensibilité du fascia lata avec douleurs en ses diverses insertions.

Dès lors, devant la présence de facialgies plantaires, je préconiserais l'utilisation de semelles plantaires de type Viscopspot, de procéder à quelques séances de physiothérapie avec onde courte et de garder en réserve une infiltration sous contrôle ultrasonographique en fonction de l'évolution et ce d'ici 10 jours. »

- un rapport du 14 septembre 2012 adressé au Dr S. _____
par le Dr K. _____, qui pose le diagnostic de douleurs plantaires droite et gauche sur syndrome de Morton - affaissement des voûtes plantaires, et indique ce qui suit:

« Mme G. _____ signale toujours la persistance de douleurs au niveau plantaire antérieur ddc, prédominant à D, devenant de plus en plus importantes et entraînant une impotence fonctionnelle dans ses déplacements limitant le périmètre de marche à ½ heure. Les douleurs sont d'allure mécanique et ne répondent que partiellement à un TTT de physiothérapie.

Au status, l'examen des pieds met en évidence un affaissement des voûtes plantaires transverses avec présence d'un corps en regard de la IIème MTP D. Le signe de Gaenslen est positif, la palpation de l'espace intercapitaire des II-IIIèmes rayons est douloureux et reproduit la symptomatologie douloureuse.

Dès lors, devant la présence d'un syndrome de Morton inséré dans un contexte d'affaissement de la voûte plantaire, je me suis autorisé à effectuer une infiltration intercapitaire des II-IIIèmes rayons à D et à poser un K-Tape à G et ce à visée de test thérapeutique.

Je l'ai encouragée à continuer à utiliser la semelle plantaire en silicone de type viscoped qu'elle a déjà et à poursuivre une médication d'AINS. »

- un certificat médical du 5 décembre 2012 du Dr H. _____, spécialiste en diabétologie et endocrinologie, attestant que la recourante présente un diabète nouveau de type II depuis le 9 octobre 2012 et reçoit un traitement adéquat de même que des mesures d'hygiène de vie.

Dans sa réponse du 28 février 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il indique se rallier à l'avis médical du 12 février 2013 du Dr Z. _____, dont il résulte notamment ce qui suit:

« Certificat médical du Dr H. _____ du 5.12.2012 : le Dr H. _____ atteste que l'assurée présente un diabète de type 2 traité depuis octobre 2012.

Ce document est clairement insuffisant pour justifier une incapacité de travail quelconque.

Rapport du Dr K. _____ du 14.2.2012 : fait état de « douleurs poly et péri-articulaires diffuses et migrantes sur probable syndrome polyinsertionnelle récurrent, et de cervicobrachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire ». La clinique est peu spécifique, avec une hypomobilité cervicale diffuse et des douleurs des épaules en abduction à 90°. Les tests sanguins sont normaux. L'imagerie montre des troubles statiques et dégénératifs modérés de la colonne cervicale. Le médecin conclut à un syndrome polyinsertionnel douloureux (équivalent d'une fibromyalgie ou d'un

trouble somatoforme douloureux persistant) pour lequel il propose un traitement conservateur (bains, myorelaxants).

En l'absence de comorbidité psychiatrique, le trouble somatoforme douloureux et ses équivalents ne constituent pas une atteinte invalidante au sens de l'AI.

Rapport du Dr K. _____ du 14.9.2012: mentionne des « douleurs plantaires D et G sur syndrome de Morton - affaissement des voûtes plantaires » traitées par infiltration et port d'une semelle en silicone.

Cette atteinte n'est pas à l'origine d'une incapacité de travail durable.

Rapport du Dr K. _____ du 11.9.2012: retient des « douleurs faciales (sic) plantaires G sur probable nodulose fibreuse, crampes digitales sur probablement déconditionnement musculaire, lombopyalgies et cervicalgies chroniques » pour lesquelles des semelles plantaires et de la physiothérapie sont proposés.

Même remarque que ci-dessus. »

Le 4 avril 2013, la recourante a requis la mise en œuvre d'un « bilan psychique et physique » par un médecin neutre, désigné par la Cour de céans. Elle produit en outre un consilium psychiatrique de la Dresse N. _____, cheffe de clinique à D. _____, rédigé le 11 février 2013. Il en résulte notamment ce qui suit:

« Observation clinique

Femme de 51 ans vêtue sobrement et à l'hygiène soignée. Le faciès est figé hormis des grimaces de douleurs lorsque Mme bouge dans son siège. Le langage spontané est pauvre et on relève des réponses « à côté ». La plainte concerne un sentiment de « tête gelée », une irritabilité et des douleurs. On retient également un vécu persécutoire avec l'impression que les gens la regardent bizarrement. Mme rapporte des réveils nocturnes et le sentiment de ne pas s'être reposée le matin. Il y a également des bruits que Mme entend sans qu'il s'agisse d'authentiques hallucinations auditives. L'humeur est selon Mme variable, cliniquement elle paraît émoussée. Mme ne sort que très peu de son domicile et évite les endroits où il y a beaucoup de monde. Elle n'entretient pas de relations hormis avec ses deux enfants. Elle décrit une inactivité quasi-totale, n'ayant aucun loisir et les tâches ménagères et administratives sont assurées essentiellement par ses enfants.

Diagnostic (CIM 10)

Schizophrénie simple (F 20.6)

Probable épisode dépressif en 2001 (F 32)

Difficultés liées à l'éducation et à l'alphabétisation (Z 55)

Discussion et proposition thérapeutique

Mme G._____ est une femme de 51 ans présentant un état psychique qui s'est péjoré insidieusement à la suite d'événements de vie (accident de travail, décès du père, divorce), laissant apparaître un apragmatisme important et une dépendance croissante à ses enfants pour la vie quotidienne. Au vu du tableau présenté, passablement aspécifique mais néanmoins invalidant et chronique, nous avons retenu un diagnostic de schizophrénie simple chez une personne présentant un illettrisme.

Le diagnostic retenu n'implique pas un traitement spécifique, nous proposerions néanmoins l'introduction d'une médication telle que Truxal (cp 15 mg, 3x/j. max, en réserve) pour aider Mme au niveau de l'irritabilité. Par ailleurs, Mme G._____ se plaint d'entendre des bruits ne relevant pas d'une problématique psychiatrique, nous suggérerions donc un examen ORL. »

Dans sa duplique du 30 avril 2013, l'OAI a considéré que l'avis de la Dresse N._____ reposait sur une appréciation différente d'une situation médicale identique et ne pouvait, en conséquence, être suivi. Il produisait un avis SMR du 23 avril 2013, signé par le Dr Z._____, lequel considérait que le diagnostic de schizophrénie était sujet à caution dans la mesure où les symptômes mentionnés étaient aspécifiques et pouvaient fort bien relever d'une pathologie dépressive ou dysthymique. Il relevait que le Dr F._____ avait formellement et expressément écarté une schizophrénie dans son rapport de juin 2012, et proposait que l'expert se prononce sur le rapport de la Dresse N._____.

Dans ses déterminations du 27 mai 2013, la recourante a réitéré sa requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire neutre, eu égard aux divergences et argumentations du Dr Z._____.

La juge instructeur a invité le Dr F._____ à se déterminer sur le rapport du 11 février 2013 de la Dresse N._____. Le 19 août 2013, le Dr F._____ s'est prononcé comme suit:

« Suite à votre demande de me positionner par rapport à l'écrit de D._____ du 11.2.2013, j'ai repris le dossier de Mme G._____ et je peux vous dire ceci :

Le plus surprenant est l'apparition du diagnostic de schizophrénie simple. Il s'agit ici d'une notion de grande pathologie et qui n'est à mon avis pas du tout étayée. Selon la définition CIM en vigueur, il s'agit d'un trouble avec

- survenue insidieuse et progressive de bizarreries de comportement,
- incapacité de répondre aux exigences de la vie en société,
- diminution globale des performances,
- absence d'idées délirantes, ni d'hallucinations,
- présence d'au moins une année de symptômes dits « négatifs »,
- évolution vers une désinsertion sociale croissante avec vagabondage, inactivité, perte d'intérêts, absence de projets et retrait social important.

Les thérapeutes de D._____ ont effectué un consilium psychiatrique, il n'y a donc pas de suivi et/ou observation sur la durée. Dans les « observations cliniques » on trouve des plaintes de l'assurée et sa vision subjective des choses. Les thérapeutes énumèrent ce que Madame G._____ leur a dit : « son vécu..., ses impressions..., son sentiment..., elle décrit..., les choses selon Mme... ».

Dans les observations proprement dites il y a les notions suivantes : « vêtue sobrement..., hygiène soignée, faciès figée, grimaces de douleurs, langage pauvre, réponse à côté ». Ces notions ne permettent absolument pas de faire une déduction diagnostique comme mentionnée. Ce qui est établi dans le paragraphe « discussion » est de ce fait une pure interprétation.

Un des critères concerne les « symptômes négatifs ». On entend ici les éléments suivants :

- ralentissement psychomoteur,
- hypoactivité,
- émoussement affectif,
- passivité et manque d'initiative,
- pauvreté du discours,
- pauvreté de la communication non verbale,
- manque de soins,
- performances sociales médiocres.

Lors de mon examen je n'ai pas constaté de ralentissement pathologique (vérifié avec l'échelle EDR) et une partie du léger ralentissement était due aux problèmes corporels. Elle était activement participante et présente dans la relation. Une oscillation émotionnelle a bien existé avec variations entre moments de tristesse, dysphorie, neutralité et sourire. Plus l'entretien avançait, plus la vie émotionnelle était perceptible. Je n'ai donc pas constaté d'émoussement. De mon côté, il n'y avait donc pas de symptomatologie négative.

Les informations sociales obtenues lors de l'expertise étaient beaucoup moins dramatiques que décrites par D._____. Il s'agit évidemment d'une personne dans une situation particulière et atypique pour la Suisse. Elle est illettrée, avec son divorce elle a perdu un repère important et ceci l'a mis dans une dépendance de ses enfants.

Mais elle s'est créée aussi un petit système d'orientation, elle sort régulièrement et elle s'occupe régulièrement de ses petits enfants. Il y a ici aussi le témoignage de son médecin que j'ai cité et qui disait avoir vu régulièrement Mme G._____ se promener avec une poussette en ville. Elle a évoqué des relations avec des amis à Vevey et des voisines. Elle regarde la télévision et elle s'occupe de son ménage. Elle a activement argumenté pourquoi elle a fait le choix de rester en Suisse.

J'ai constaté un important nombre de facteurs extramédicaux (dont fait partie l'analphabétisme) que j'ai résumé sur la page 20 de mon rapport. Même s'il est possible de saisir « empathiquement » la situation particulière et difficile de l'assurée, il n'est à mon avis pas juste de la transformer dans une pathologie psychiatrique.

De ce fait, basé sur l'ensemble de mon étude de ce cas et de mes arguments, je ne vois aucune raison de modifier mes appréciations. »

Dans ses déterminations du 10 septembre 2013, l'intimé a confirmé ses conclusions.

La recourante a produit céans une attestation rédigée par sa fille, laquelle mentionnait que si sa mère avait effectivement gardé ses enfants de temps en temps par le passé, ces derniers étaient à la garderie depuis le début du mois d'août, sa mère n'étant plus en mesure d'assurer leur prise en charge. Elle ajoutait que la recourante faisait « son petit ménage » et qu'elle et son frère venaient régulièrement l'aider.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1)

s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 69 al. 1 let. a LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

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

En l'occurrence, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il convient d'entrer en matière sur le fond.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression, par voie de révision, de la rente entière d'invalidité accordée à la recourante depuis le 1^{er} janvier 2001, avec effet au 1^{er} janvier 2013, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé d'aboutir à

une telle conclusion. La recourante allègue pour l'essentiel que son état de santé psychique ne s'est pas amélioré, si bien qu'une suppression de sa rente d'invalidité n'était pas justifiée.

3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins en moyenne durant une année sans interruption notable; un degré d'invalidité de 40% donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 LAI).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge, s'il y a recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de

l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, 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 (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents

pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

5. Il convient d'examiner si, comme l'a retenu l'intimé, la suppression de la rente d'invalidité se justifiait.

a) Conformément à 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. 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 non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (cf. ATF 112 V 372 consid. 2b et 112 V 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

Le point de savoir si un 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 repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5 ; cf. voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; cf. TF 9C_181/2011 du 9 décembre 2011 consid. 6.1).

b) Selon l'al. 1 de la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6^e révision de l'AI, premier volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies.

L'al. 4 de la let. a des dispositions finales précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen.

Le Tribunal fédéral a tout d'abord jugé que trois conditions doivent être réalisées pour que puisse avoir lieu une révision du droit à la rente fondée sur l'al. 1 de la let. a des dispositions finales, étant précisé qu'il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. Premièrement, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement « ausschliesslich ») en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Ce n'est que si cette condition est remplie qu'une procédure de révision fondée sur les dispositions finales peut être introduite. Deuxièmement, au moment de la révision, seul un tel diagnostic doit exister ; il convient également d'examiner si l'état de santé s'est dégradé et si un autre diagnostic peut être posé en se fondant, cas échéant, sur une expertise. Enfin, il faut vérifier si les « critères de Foerster » (cf. consid. 6b/cc *infra*) sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 139 V 547 consid. 10.1 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 5.2, 8C_436/2013 du 23 janvier 2014 consid. 4 et 8C_505/2013 du 8 janvier 2014 consid. 4.1). L'application de l'al. 1 de la let. a des dispositions finales découle exclusivement de la nature de

l'atteinte à la santé ayant fondé le droit à la rente. Il n'y a pas lieu d'étendre l'application de cette réglementation par analogie aux cas dans lesquels il existe une pathologie objectivée, mais où l'on peut se demander si celle-ci justifie l'intégralité des plaintes exprimées par le patient (cf. TF 8C_738/2013 du 8 avril 2014 consid. 3.1.2.1 et TF 9C_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2.3).

Dans un arrêt récent, le Tribunal fédéral a déclaré « préciser » cette jurisprudence en ce qui concerne la première condition, à savoir que la let. a al. 1 des dispositions finales de la LAI est également applicable lorsque la rente n'a pas été allouée exclusivement en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (TF 8C_74/2014 du 16 mai 2014). Le Tribunal fédéral a considéré qu'il fallait séparer le syndrome sans pathogenèse des autres affections dont l'assuré était atteint, dans la mesure où une telle séparation est possible (cf. « Lassen sich solche von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden », TF 8C_74/2014 *op. cit.*, consid. 6.2.3 *in fine*). Ainsi, dans cet arrêt destiné à la publication, où l'assuré était atteint d'un trouble somatoforme et d'un trouble somatique (en l'espèce rhumatologique) à raison de 37%, le Tribunal fédéral, après avoir constaté que le trouble somatoforme n'était pas invalidant, a supprimé la rente, le taux de 37% étant insuffisant pour ouvrir le droit à la rente.

c) En l'occurrence, il convient de relever que les circonstances du cas particulier ne tombent pas sous le coup des motifs d'exclusion prévus à l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI. En effet, lors de la procédure de révision, la recourante, née en 1961, n'avait pas atteint l'âge de 55 ans et n'était pas au bénéfice de la rente depuis plus de quinze ans. En outre, si elle a certes répondu au « questionnaire pour la révision de la rente » en juin 2011, le réexamen devait se faire, dès le 1^{er} janvier 2012, en application des règles prévues par les dispositions finales (ch. 1017 CFD [sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011, valable dès le 1^{er} janvier 2013]), comme l'en a informé l'OAI en mars 2012.

6. Au moment de la décision initiale d'octroi de la rente entière d'invalidité en juillet 2002, la recourante présentait selon le rapport du Dr B._____ du 27 décembre 2001 un trouble dépressif récurrent et un trouble somatoforme douloureux entraînant une incapacité de travail totale dès le mois de janvier 2000. La Dresse J._____ s'est ralliée à ces conclusions. L'OAI s'est fondé sur ces rapports et a dès lors alloué une rente entière à la recourante.

a) Lors de la décision attaquée, sur le plan somatique, dans son certificat médical du 5 décembre 2012, le Dr H._____ mentionne que la recourante souffre d'un diabète de type 2 depuis octobre 2012 et reçoit un traitement adéquat et des mesures d'hygiène de vie. Il ne mentionne pas d'incapacité de travail. Comme le relève à juste titre le Dr Z._____, ce certificat médical est clairement insuffisant pour justifier une quelconque incapacité de travail.

Dans son rapport du 14 février 2012, le Dr K._____ fait état de douleurs poly- et péri-articulaires diffuses et migrantes sur probable syndrome polyinsertionnel récurrent et de cervicobrachialgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Il relève que les examens pratiqués se sont révélés rassurants, ne faisant apparaître aucun signe de tendinopathie, synovite, érosion ou trouble dégénératif significatif, hormis une imagerie qui a révélé des troubles statiques et dégénératifs modérés de la colonne cervicale. Ce spécialiste en rhumatologie impute les douleurs à un syndrome polyinsertionnel douloureux, soit une fibromyalgie ou un trouble somatoforme douloureux persistant selon le Dr Z._____ ; ce dernier considère qu'en l'absence de comorbidité psychiatrique, ce trouble ne constitue pas une atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Dans ses rapports des 11 et 14 septembre 2012, le Dr K._____ mentionne une fluctuation de la symptomatologie douloureuse rachidienne et énonce des douleurs plantaires droite et gauche et un affaissement des voûtes plantaires, traitées par infiltration et port d'une semelle en silicone. Il énonce une impotence fonctionnelle dans les

déplacements de l'assurée, limitant le périmètre de marche à 30 minutes, mais n'évoque aucune autre limitation fonctionnelle ni une quelconque incapacité de travail.

Sous réserve de la fibromyalgie, laquelle doit être examinée selon les mêmes critères que les troubles somatoformes douloureux (cf. consid. 6b *infra*), il ressort de ces éléments qu'aucune pathologie somatique n'est à considérer comme une atteinte incapacitante. Comme les Drs H._____ et K._____, le Dr Z._____ ne retient pas d'incapacité de travail les troubles énoncés n'engendrant pas de limitations fonctionnelles justifiant une telle incapacité de manière durable.

b) Reste à examiner s'il existe un trouble psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail de la recourante.

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. Pour déterminer si tel est le cas, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou - comme condition alternative - qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence).

aa) S'agissant du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, retenu par le Dr B._____ en novembre 2001, l'expert F._____ s'est écarté de ce diagnostic au profit de celui de dysthymie. Il explique que l'état dysphorique présenté par l'expertisée correspond mieux à ce que le code diagnostique décrit sous forme de dysthymie, savoir des

fluctuations d'humeur avec périodes de dépression mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour poser un diagnostic de trouble dépressif proprement dit. Il précise qu'avec un tel diagnostic, la personne reste habituellement capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est exactement le cas de la recourante. De surcroît, il mentionne avoir examiné les critères de la CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes) permettant de retenir l'existence d'un trouble dépressif. Cet examen l'a conforté dans son appréciation ; il apparaissait clairement que l'on ne se trouvait pas dans un état dépressif cliniquement défini, ce qui était en outre confirmé indirectement par l'absence de traitement spécifique à tous les niveaux (pharmacothérapie, psychothérapie, psychiatre, etc.). Il situe l'amélioration de l'état de santé de la recourante début 2009, soit lors de l'arrêt des antidépresseurs.

Compte tenu des motifs convaincants évoqués par l'expert, il y a lieu de retenir que depuis 2009, le trouble dépressif récurrent s'est amendé, seul subsistant le diagnostic de dysthymie, cette affection n'entraînant pas d'incapacité de travail.

bb) Dans son rapport du 11 février 2013, la Dresse N. _____ a posé le diagnostic de schizophrénie simple. L'expert F. _____ auquel ce rapport a été soumis a indiqué que ce diagnostic n'était pas du tout étayé. Après avoir rappelé la définition de ce trouble selon la CIM-10, ce que n'a pas fait la Dresse N. _____, il a relevé que les critères décrits n'étaient pas réalisés. Parmi ceux-ci, pour que ce diagnostic puisse être posé, il faut la présence d'au moins une année de symptômes dits négatifs. Or d'une part cette praticienne a effectué un consilium, donc pas de suivi et pas d'observations sur la durée, d'autre part, le rapport se limite à mentionner les plaintes de la patiente et les observations cliniques ne permettent pas de conclure au diagnostic posé. Enfin, l'expert n'a pas constaté de symptomatologie négative. La recourante a certes une situation sociale particulière compte tenu de son illettrisme, la perte de ses repères à cause de son divorce et une dépendance vis-à-vis de ses enfants. Le diagnostic

de difficultés liées à l'éducation et à l'alphabétisation ne relève toutefois pas de l'assurance-invalidité. En outre, comme le relève l'expert, la recourante s'est créée un petit système d'orientation, s'occupe régulièrement de ses petits-enfants et a des relations avec des amis et ses voisines.

En définitive, au contraire de celles de la Dresse N._____, les conclusions de l'expert sont motivées et convaincantes. Il n'y a dès lors pas lieu de retenir le diagnostic de schizophrénie simple.

Quant au diagnostic de probable épisode dépressif évoqué par cette praticienne, il a été réfuté par le Dr F._____ dans le cadre de son expertise, au terme d'explications convaincantes comme exposé ci-dessus.

cc) En ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux ou la fibromyalgie, selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les références citées), de tels troubles n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Elle a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (« critères de Foerster »). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un

processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (TF I 506/04 arrêt du 22 février 2006). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert; ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact ; ATF 131 V 49).

Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 *in fine*), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/06 du 31 janvier 2007 et la jurisprudence citée).

Comme on l'a vu aux consid. 6 b) aa) et bb) ci-dessus, seul le diagnostic de dysthymie doit être retenu, lequel n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Il n'y a donc pas de comorbidité psychiatrique importante.

Quant aux autres critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permet d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail, ils ne sont pas non plus réalisés. On ne voit pas que la recourante

réunisse en sa personne plusieurs de ces critères (ou du moins pas dans une mesure très marquée) qui fondent un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Certes, celle-ci présente en sus du syndrome douloureux somatoforme persistant des affections corporelles, mais dont l'importance est mineure selon les descriptions du dossier et n'entravent pas sa capacité de travail (cf. consid. 6a *supra*). Il n'y a pas non plus de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie puisqu'il y a eu une stabilisation de la situation sociale avec un arrangement intra familial et que, selon le descriptif qu'a fait la recourante lors de l'expertise de 2012, elle entretient, en dehors de ses enfants et petits-enfants, des contacts avec des connaissances en ville, des voisins et sa famille d'origine, et s'est créée un système de repérage de manière à pouvoir utiliser un téléphone portable. Dans son rapport du 21 juillet 2012, l'expert mentionne que la recourante s'est habituée à sa nouvelle situation de femme divorcée et a fait, ce qu'il a appelé, un reconditionnement social. Cela étant, on ne voit pas au dossier que chez la recourante, l'apparition du trouble somatoforme douloureux résulterait d'une libération du processus de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). L'expert ne fait mention d'aucune source de conflit intrapsychique ni situation conflictuelle extrême permettant d'expliquer le développement du syndrome douloureux et son aboutissement jusqu'à une interruption totale de toute activité lucrative. Enfin, il n'y a pas non plus d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. A cet égard, on relèvera que le Dr S._____, interpellé par le Dr F._____ dans le cadre de l'expertise, a mentionné l'absence de prescription d'antidépresseur depuis le début de l'année 2009, la recourante n'étant pas venue pour renouveler les prescriptions.

Il résulte de ce qui précède que sur le plan psychiatrique, la recourante ne présente aucune atteinte invalidante, sa capacité de travail étant entière dans les activités professionnelles assumées auparavant. Les conclusions de l'expertise du Dr F._____, confirmées par son complément du 19 août 2013, doivent dès lors être suivies, étant précisé

qu'elle souscrit aux réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante (cf. consid. 4 *supra*). Ces rapports décrivent clairement de manière fouillée tous les points importants, l'appréciation de la situation médicale est bien expliquée et les conclusions de l'expert sont parfaitement motivées. Les raisons pour lesquelles une dysthymie et un syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique majeure, selon la terminologie de la CIM-10, sont les mieux à même de décrire la psychopathologie de la recourante font l'objet d'une démonstration convaincante. Il en va de même des raisons pour lesquelles l'expert considère que l'on peut écarter d'autres troubles psychiatriques, en particulier des signes de trouble dépressif.

c) Il résulte de ce qui précède que le seul diagnostic existant lors de la procédure de révision en plus de celui de dysthymie qui n'entraîne pas d'incapacité de travail est celui de trouble somatoforme douloureux, soit une atteinte sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Les conditions de la let. a al. 1 des dispositions finales étaient ainsi remplies, l'intimé pouvait, par conséquent, sur la base de cette disposition, supprimer le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

7. L'instruction du dossier permettant dès lors de statuer en toute connaissance de cause, tant sur le plan psychique que somatique, on ne voit pas, dans ce contexte, ce qu'une expertise pourrait apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire. En effet, l'autorité peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction si, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne peuvent plus modifier cette appréciation (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il sera dès lors renoncé à la mise en œuvre d'un « bilan psychique et physique » tel que demandé par la recourante.

8. a) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que les conditions d'octroi de la rente d'invalidité ne sont plus remplies, de sorte

que l'intimé était fondé à supprimer la rente d'invalidité le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision du 26 novembre 2012 (art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI).

Le recours doit par conséquent être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Ceux-ci, arrêtés à 400 fr., doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 26 novembre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument de justice de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- G. _____
- 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 :