

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} octobre 2015

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mmes Thalmann et Röthenbacher, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

D._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Alain Dubuis,
avocat à Lausanne,

et

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

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1, 17 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 LAI ; art. 87 al. 1
RAI**

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante du [...] née en [...], mariée et mère de famille, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en date du 22 novembre 1999.

Dans un rapport d'examen du 17 juin 2002, sur la base des différents rapports médicaux rassemblés dans le cadre de l'instruction de la demande précitée, le Dr F. _____, médecin au Service médical régional (ci-après : SMR) de l'AI, a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) entraînant pour limitations fonctionnelles des troubles majeurs de la concentration ainsi qu'un apragmatisme. Il a retenu une incapacité de travail totale à compter de mars 1999, en précisant qu'aucune amélioration significative de la situation n'était à attendre de la mise en œuvre de mesures médicales supplémentaires ou d'un reclassement professionnel.

Par décision du 30 septembre 2002, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} mars 2000, retenant qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, elle présentait une totale incapacité de travail et de gain.

B. L'OAI a entrepris une première révision de rente en août 2005. Après instruction, aux termes d'une fiche d'examen N° 4 du 21 mars 2006, le Dr S. _____, médecin au SMR, a constaté un état de santé stationnaire avec une « très modeste » évolution des troubles présents depuis 1999. Retenant le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, ce médecin a émis un pronostic réservé et relevé que l'assurée n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle, la mise en œuvre de mesures professionnelles n'étant en outre pas indiquée.

Par communication du 14 août 2006, l'OAI a signifié à l'assurée qu'après examen, son degré d'invalidité n'avait pas changé, de telle sorte que son droit à une rente entière d'invalidité était maintenu.

C. Une seconde révision d'office a été initiée par l'OAI en août 2009. Dans le cadre de l'instruction, l'office a interpellé le Dr V._____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant. Dans un rapport médical du 10 novembre 2009, le Dr V._____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques en 2001, en rémission, de syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire avec minime discopathie et arthrose en L5-S1 et d'hématurie macroscopique d'origine indéterminée en 2006. Sur le plan somatique, le médecin traitant précisait que sa patiente ne présentait aucune limitation fonctionnelle. Sur le plan psychiatrique, il notait une évolution favorable avec amendement des symptômes de la lignée dépressive et disparition des symptômes psychotiques, relevant que l'assurée présentait toujours une résistance au stress diminuée avec des difficultés de concentration et d'attention ainsi qu'une labilité émotionnelle. Sa patiente n'était plus suivie par un spécialiste, mais bénéficiait à sa consultation d'un soutien psychothérapeutique accompagné d'un traitement antidépresseur. Le Dr V._____ constatait encore que si la situation psychiatrique de sa patiente s'était très nettement améliorée, il lui était difficile de juger des répercussions sur sa capacité de travail, de sorte qu'une évaluation psychiatrique s'imposait.

Aux termes d'un avis du 8 juin 2010, le Dr H._____, médecin au SMR, a préconisé la mise en place d'un stage d'observation dans un Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après : COPAI), afin de déterminer la capacité de travail de l'assurée.

A la suite de la visite de l'Orif (COPAI) d'Yverdon-les-Bains par l'assurée le 29 novembre 2010, il a été renoncé à mettre en œuvre ledit stage. Dans un rapport médical du 29 novembre 2010 adressé à l'OAI, le Dr T._____, médecin-conseil auprès de l'Orif, a relevé ce qui suit :

« Cette assurée bénéficie d'une rente entière de l'AI depuis 2000, actuellement en cours de révision. Vous l'adressez au COPAI en

observation. Nous l'avons vue en pré examen le 23.11.2010, un maître d'atelier et moi-même, dans deux entretiens distincts. Lors de ces deux entretiens, Mme D._____ est inaccessible à l'anamnèse et aux explications. Après quelques minutes, elle fond en larmes et commence la description de l'état de santé déficient, à cause de la guerre, de ses neveux (les fils de son frère) restés au ...][...]. Entre deux crises de larmes, elle répète cette histoire en boucle et y revient malgré nos questions sur d'autres sujets. Lors de l'entretien avec le maître d'atelier, elle lui fait aussi allusion à des idées suicidaires. Elle se sent agressive, irritable. Ces pleurs se déclenchent de façon totalement inattendue, hors contexte et contrastent avec une attitude décidée pour les déplacements, les changements de positions, sa façon de prendre place (ou plutôt de prendre possession) de sa chaise avant même d'y avoir été invitée.

L'observation et le diagnostic sort de nos compétences, mais nous nous demandons s'il ne s'agit pas d'une décompensation de la symptomatologie psychotique déjà décrite antérieurement.

Sur le plan de l'observation professionnelle, nous sommes évidemment prêts à tenter malgré une collaboration de l'assurée à l'évidence déficiente au départ. Nous pensons cependant qu'un nouveau bilan psychiatrique serait utile avec éventuellement réévaluation du traitement et de l'indication à l'observation professionnelle. [...] »

Suivant la proposition des Drs N._____ et X._____ exprimée dans un avis du SMR du 4 janvier 2011, l'OAI a confié un mandat d'expertise au Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. A la suite d'un examen clinique du 28 mars 2011, le Dr M._____, dans son rapport d'expertise psychiatrique du 17 mai 2011, s'est notamment exprimé comme il suit :

« **A. Questions cliniques**

(...)

4. Diagnostics

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

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

- Statut après épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques en 2001, actuellement en rémission.
- Syndrome lombo-vertébral récurrent, sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires avec minime discopathie et arthrose facettaire postérieure L5-S1.
- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4).
- Personnalité frustrée (F60.8).

5. Appréciation du cas et pronostic

L'assurée est arrivée en Suisse avec son mari pour travailler en 1988, puis elle a vécu la guerre au ...][...] à distance mais tout en

étant informée des souffrances endurées par sa famille, notamment sa mère qui aurait été blessée grièvement. Dans ce contexte, l'assurée a développé un épisode dépressif important qui l'a amenée à consulter les services ambulatoires psychiatriques de ...][...] ; puis de la [...] où sur la base de tests psychologiques, le diagnostic de personnalité psychotique a été posé.

Il me semble important de pondérer ce diagnostic car il faut tenir compte du facteur socioculturel de l'assurée et que les tests psychologiques sont conçus pour des personnes présentant la même culture et niveau intellectuel que la moyenne européenne.

Dans tous les cas, les symptômes psychotiques ne sont pas clairement décrits dans les divers documents médicaux que vous m'avez transmis et je n'ai pas pu les objectiver lors de l'entretien.

Par contre, les symptômes dépressifs ont bien régressé, il ne reste qu'une tristesse fluctuante et des angoisses et surtout une tendance à la somatisation. En effet, l'assurée souffre de douleurs lombovertébrales et bien que le diagnostic de fibromyalgie n'ait pas été posé par le médecin de l'assurée, nous pouvons dire que par le comportement de l'assurée et l'évolution des douleurs nous sommes en présence d'un trouble somatoforme. Rappelons que selon la CIM-10, les caractéristiques essentielles de ces troubles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigations médicales persistantes en dépit de bilans négatifs répétés et des déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes physiques n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Même quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose habituellement à toute hypothèse supposant l'indication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La recherche d'une cause, physique ou psychologique, permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le patient comme pour le médecin.

Concernant les critères de gravité de Mayer-Blaser, nous constatons qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique. Probablement qu'il y a une cristallisation psychique étant donné la personnalité frustrée de l'assurée et ses mécanismes d'introspection retréints. Il s'agit d'une maladie chronique. L'assurée n'est pas suivie par un psychiatre ou par un psychologue depuis des années et selon le dosage plasmatique, elle ne prend pas les médicaments psychotropes à la dose prescrite. Il n'y a pas d'isolement social.

L'assurée semble maintenant plus régressive que déprimée avec des bénéfices secondaires non négligeables, toute la famille est autour d'elle et elle est ancrée dans un système de victimisation qui rendra difficile la mobilisation de l'assurée, étant donné le peu de ressources psychologiques dont elle dispose, pour qu'elle puisse travailler.

Malgré l'expérience difficile qu'elle a vécue pendant la guerre du ...][...] où se trouvait toute sa famille, nous ne pouvons parler d'un état de stress post-traumatique. Rappelons que selon la CIM-10, dans ce diagnostic, il faut que la personne ait l'impression de mourir

face à l'événement traumatique, alors que l'assurée a vécu la mort de ses compatriotes et la souffrance de sa famille par l'intermédiaire de la télévision donc sans être présente. Certainement que cela a favorisé le développement des angoisses et du trouble somatoforme chez l'assurée, d'autant plus qu'elle a peu de ressources psychologiques.

Sur le plan médico-théorique et du point de vue psychiatrique, l'assurée pourrait travailler dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles physiques décrites par son médecin, mais étant donné la position de victimisation de l'assurée et le peu de ressources dont elle dispose, je doute fortement qu'elle puisse travailler.

Le pronostic est défavorable.

B. Influences sur la capacité de travail

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

Du point de vue physique, éviter le port de charges de plus de 20 kg, éviter la position en porte-à-faux, favoriser les changements de positions fréquents.

Du point de vue psychique, si elle ne travaille pas, il n'y a pas de limitations. Mais dès le moment qu'elle sera confrontée aux situations vécues comme stressantes, l'assurée risque fortement de décompenser d'une manière dépressive.

Du point de vue social, aucune limitation.

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

Comme dit précédemment, du point de vue médico-théorique et étant donné la disparition des symptômes de l'épisode dépressif de 2001 qui avaient amené l'OAI-VD à lui octroyer une rente entière, l'assurée pourrait travailler. Rappelons que l'assurée n'est pas suivie par un psychiatre ni un psychologue et qu'elle ne prend vraisemblablement pas les médicaments psychotropes. Nous ne savons pas si sa compliance était bonne dans le passé.

Du point de vue psychiatrique, étant donné les tendances régressives de l'assurée, son rôle de victime, le peu de ressources psychologiques dont elle dispose et le risque de décompensation dépressive si elle est soumise à des situations de stress, je doute fortement qu'elle puisse reprendre une activité professionnelle.

(...)

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

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

En tenant compte de ce qui précède, les chances qu'une réadaptation aboutisse sont minimales étant donné l'attitude de victime de l'assurée. (...) »

Dans un avis médical du SMR du 21 juin 2011, suivant les constatations et conclusions du rapport d'expertise psychiatrique précité, le Dr N._____ a retenu l'absence de diagnostic invalidant et a considéré que l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail entière à compter de la rémission de l'épisode dépressif intervenue en novembre 2009, date du rapport médical de son médecin traitant.

Par décision du 28 septembre 2011, l'OAI a supprimé le droit à la rente au 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision de suppression. Dans un courrier du même jour, l'office a expliqué à l'assurée que selon le rapport d'expertise du Dr M._____, elle bénéficiait d'une totale capacité de travail dans son ancienne activité de co-gérante de restaurant.

Par l'entremise de l'avocat Alain Dubuis, l'assurée a déféré cette décision à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Dans un arrêt du 1^{er} octobre 2012 (dans la cause AI 294/11 - 326/2012), la Cour de céans a admis le recours et annulé la décision du 28 septembre 2011, renvoyant la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise pluridisciplinaire puis nouvelle décision. Le Tribunal a en substance retenu que les pièces au dossier étaient insuffisantes pour se prononcer valablement sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée postérieurement à la première révision d'office. Ils ne permettaient ainsi pas d'établir que l'état de santé de l'intéressée s'était notablement amélioré. L'aspect somatique n'avait jusqu'alors fait l'objet d'aucune investigation. S'agissait du plan psychiatrique, le rapport d'expertise du Dr M._____ était emprunt de contradictions dans le sens où tout à la fois, il retenait une absence de diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail, et indiquait que, du point de vue psychiatrique toujours, la capacité de travail pourrait ne pas être entière. Le rapport de l'expert psychiatre ne pouvait dès lors se voir reconnaître de valeur probante et nécessitait des éclaircissements. Le Tribunal a donc estimé qu'il appartenait à l'OAI de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, psychiatrique et rhumatologique.

D. Reprenant l'instruction du cas à la suite de l'arrêt du 1^{er} octobre 2012, l'OAI a mandaté les Drs W._____, psychiatre et psychothérapeute, et R._____, rhumatologue, auxquels il a confié l'expertise pluridisciplinaire ordonnée par la Cour de céans.

Le Dr W._____ a examiné l'assurée le 6 juin 2013. En préambule à son rapport d'expertise du 10 juin 2013, le psychiatre a précisé ce qui suit :

« Le présent examen doit être compris comme « le volet psychiatrique » d'une expertise bi-disciplinaire mandatée avec le Dr R._____, rhumatologue FMH à [...]. Le Dr R._____ convoquera l'assurée à une date ultérieure et l'appréciation bi-disciplinaire participera du rapport d'expertise du Dr R._____ ».

Au terme de son évaluation, l'expert psychiatre a retenu le seul diagnostic de dysthymie (F34.1), auquel il n'a attribué aucune répercussion sur la capacité de travail. Au chapitre de l'appréciation du cas, il s'est prononcé en ces termes :

« (...)

L'examen psychiatrique du 6 juin 2013 met en évidence :

- Les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, avec moral préservé, sans expression de tristesse ni d'irritabilité, ruminations existentielles sans idées noires, fatigabilité anamnétique, sans trouble de la concentration ou de mémoire, anhédonie partielle, sans repli social, sans perte d'estime d'elle-même, sommeil préservé par les médicaments, appétit conservé. Le tableau est particulier de par sa fluctuation, avec, à raison de 90% du temps, des moments où l'assurée se sent moins bien et s'isole, à raison de 10% du temps, des moments où elle se sent mieux et s'occupe de sa maison et de ses enfants.

L'intensité et la fluctuation du tableau évoquent le diagnostic de dysthymie où les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés, tout leur coûte et rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, dorment mal et perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui est le cas de notre assurée.

- Une absence de symptomatologie anxieuse significative d'un diagnostic particulier et incapacitant, avec éléments en faveur d'angoisses itératives qui passent seules, sans élément en

faveur d'agoraphobie, de claustrophobie, de phobie sociale, de la lignée obsessionnelle, l'assurée mentionne des éléments en faveur de crises d'anxiété généralisées (tension anxieuse, palpitations, sensations d'oppression thoracique et de boule dans la gorge) à raison d'une fois par semaine, ce qui signe un tableau d'intensité moyenne, n'ayant pas, selon les critères CIM-10, de valeur incapacitante.

- Une absence de signe floride de la série psychotique et de critère CIM-10 de trouble de la personnalité.
- La présence d'un tableau algique affectant l'hémicorps gauche, sans grande intensité ni détresse.

L'existence d'une symptomatologie algique pourrait faire envisager un diagnostic de trouble somatoforme, mais manquent alors l'intensité des plaintes et la détresse ; cependant, ce tableau algique doit, pour ce qui concerne l'appréciation de son hypothétique aspect incapacitant, être apprécié selon les critères de sévérité de la jurisprudence, à savoir :

- L'existence d'une comorbidité psychiatrique manifeste qui n'est pas retrouvée dans la mesure où l'intensité d'un tableau de dysthymie ne peut participer d'une comorbidité.
- Une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, l'assurée est au bénéfice d'une rente AI entière depuis 2000 mais elle a cessé tout suivi psychiatrique dès 2003 et le rapport médical du médecin généraliste traitant de 2009 confirme une amélioration de la symptomatologie.
- Une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est pas retrouvée.
- Un état psychique cristallisé est probable.
- L'échec au traitement ne peut être retenu dans la mesure où d'une part, le traitement psychiatrique a permis une amélioration suffisante qui a motivé l'arrêt des consultations dès 2003, et les rapports du médecin généraliste traitant qui suit l'assurée depuis, mentionnent eux-aussi une amélioration symptomatique.
- L'ensemble des critères de sévérité de la jurisprudence n'étant pas réunis, nous ne pouvons envisager l'aspect incapacitant de ce tableau algique.

Nous avons pris bonne note du rapport d'expertise psychiatrique, en date du 17 mai 2011, sous la signature du Dr M. _____, et sommes frappé par la similitude d'appréciation tant symptomatique que diagnostique et nous sommes en accord avec cette appréciation contenue dans ce rapport quant à l'absence de symptomatologie psychiatrique incapacitante. La situation clinique relatée dans ce rapport d'expertise M. _____ du 17 mai 2011 est strictement superposable avec celle que nous relatons dans le présent rapport.

Notre examen clinique n'a pas montré de signe de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble de la personnalité morbide, de syndrome douloureux somatoforme persistant incapacitant, de perturbation de

l'environnement psychosocial ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Nous n'avons pas d'autre diagnostic à proposer.

Sur le plan psychiatrique nous pouvons donc conclure que l'examen psychiatrique du 06 juin 2013 ne met pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. En-dehors d'un suivi psychiatrique, nous reprendrons la date de l'expertise psychiatrique M. _____ du 17 mai 2011 comme date d'amélioration.

L'appréciation bi-disciplinaire participera du rapport d'expertise de Dr R. _____.

Les limitations fonctionnelles

Aucune sur le plan psychiatrique

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

L'assuré est au bénéfice d'une rente AI entière depuis 2000

Comment le degré de capacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Amélioration

Concernant la capacité de travail exigible

- Dans l'activité habituelle : sur le plan psychiatrique, 100% dès le 17 mai 2011 (rapport d'expertise psychiatrique M. _____)
- Dans une activité adaptée : sur le plan psychiatrique, 100% dès le 17 mai 2011 (rapport d'expertise M. _____)
- Nous ne voyons pas de raison médicale à une réadaptation professionnelle. »

Le 21 août 2013, le Dr R. _____ a procédé à son tour à l'examen clinique de l'assurée. Dans son rapport d'expertise du 26 août 2013, qu'il a défini comme le « *volet rhumatologique de l'expertise bi-disciplinaire menée conjointement avec le Dr W. _____, avec lequel avait au demeurant été échangé un entretien bi-disciplinaire le « 27.08.2013 »* (sic) », il a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire - minime arthrose facettaire L5-S1. Son examen a également mis en évidence un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec diminution du seuil de tolérance à la douleur (en présence de 16/18 points de fibromyalgie positifs) et des cervicobrachialgies récurrentes communes, auxquels il n'a toutefois reconnu aucun effet invalidant. L'expert rhumatologue fait notamment état des éléments suivants :

« (...)

3. CONSTATATIONS OBJECTIVES

Observation de l'assuré durant l'examen :

Lorsqu'on vient la chercher en salle d'examen, l'assurée se lève d'un bloc, sans signaler de douleur, elle suit l'expert dans le cabinet sans boiterie, durant l'anamnèse, elle reste assise pendant 2,5 heures sans se lever et sans opter de position antalgique.

Elle se dévêt et se rhabille de manière fluide, elle se couche et se relève de manière fluide en exprimant la douleur de manière modérée.

Elle descend et remonte 2 étages d'escaliers sans allégation douloureuse et sans s'aider de la rampe.

(...)

APPRECIATION DU CAS

Nous sommes confrontés à une assurée de [...] ans, d'origine [...], en Suisse depuis 1988, détentrice d'un permis C, mariée et mère de 3 enfants, dont deux majeurs, sans formation professionnelle, ayant travaillé de 1990 à 1996 comme femme de ménage puis de 1996 à 1998 comme aide-cuisinière dans un restaurant. Elle bénéficie suite à une expertise psychiatrique, de l'octroi d'une rente AI à 100% depuis 1998 [recte : 2000].

Du point de vue médical, elle n'est pas connue pour des antécédents personnels majeurs, hormis une hystérectomie et des ATCD [antécédents] psychiatriques cités dans l'expertise médicale du Dr W._____. Elle signale l'apparition de douleurs lombaires basses depuis 2000 qui s'exacerbent en 2011 sans facteur traumatique déclenchant. Actuellement, elle se plaint toujours de cervicobrachialgies, d'omalgies et de lombalgies basses associées à des douleurs poly et périarticulaires fluctuantes et migrantes d'allure mécanique et entraînant une impotence fonctionnelle dans ses activités de la vie quotidienne et l'empêchant d'envisager toute reprise d'une activité professionnelle.

Le status de ce jour met en évidence un syndrome cervico-lombaire et lombovertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. L'examen des épaules est rassurant, il n'y a pas de signe de tendinopathie ou de signe de conflit, Il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire ou systémique.

L'examen frappe cependant par la présence de douleurs poly et périarticulaires probablement imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec nette diminution du seuil de tolérance à la douleur.

Du point de vue paraclinique, le bilan radiographique effectué jusqu'à ce jour est rassurant, il n'y a pas de trouble dégénératif significatif hormis une minime arthrose facettaire postérieure L5-S1 peu significative. L'ultrasonographie des épaules est dans les normes. Il n'y a pas de tendinopathie ou de collection liquidienne intra-articulaire ou au niveau de la bourse.

Du point de vue thérapeutique, l'assurée devrait bénéficier d'une prise en charge en physiothérapie sous forme de mobilisation segmentaire douce, progressive, active et passive avec étirements des différents groupes musculaires à sec et surtout en piscine sous forme de balnéothérapie avec application de jet-massages.

Une médication antalgique, voire myorelaxante, pourrait améliorer la symptomatologie douloureuse. L'introduction d'une médication

tricyclique pourrait permettre de rehausser le seuil de tolérance à la douleur.

L'utilisation d'une ceinture lombaire lors des longs déplacements et le port de charges en porte-à-faux pourrait être proposée.

Concernant son exigibilité, du point de vue rhumatologique, il n'y a que peu d'argument pouvant justifier une incapacité de travail tant du point de vue clinique que paraclinique. L'activité d'aide de cuisine estimant qu'elle doit effectuer des ports de charges en porte-à-faux avec long bras de levier, sa capacité de travail peut être estimée à 80%. Dans une activité adaptée, en limitant les ports de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10kg, sa capacité de travail peut être entière.

Du point de vue bi-disciplinaire, après discussion avec le Dr W. _____, en tenant compte de l'aspect rhumatologique et psychiatrique dans son ancienne activité d'aide de cuisine sa capacité de travail est estimée à 80% et dans une activité adaptée, à 100%.

Force en effet est de constater une certaine discordance entre l'ampleur de la symptomatologie douloureuse, l'impotence fonctionnelle qu'elle entraîne dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle. Il n'y a pas d'amyotrophie, il n'y a pas de déconditionnement musculaire, il n'y a pas de trouble sensitivomoteur, l'assurée s'habille, se déshabille, se meut, descend et monte 2 étages d'escaliers sans allégation douloureuse et de manière fluide.

REPONSES AUX QUESTIONS

(en regard de l'appréciation consensuelle ci-dessus)

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

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

Du point de vue qualitatif :

L'assurée présente une limitation concernant le port de charges répétitif en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10kg.

Du point de vue quantitatif :

Sa capacité de travail dans son activité antérieure d'aide de cuisine est estimée à 80%.

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

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

L'assurée n'a plus repris d'activité professionnelle vu qu'elle est détentrice d'une rente entière depuis 1998 [recte : 2000].

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

Cf. B1.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ?

Oui.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Non, il n'y a pas de diminution de rendement à faire valoir.

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

En août 2011, on assiste à une recrudescence de douleurs lombaires basses.

En novembre 2011, soit 3 mois après cet épisode, le *statu quo ante* a probablement été atteint.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? L'assurée n'a pas repris d'activité professionnelle vu qu'elle est détentrice d'une rente depuis 1998 [recte : 2000] et qu'elle ne peut se projeter dans un avenir professionnel quelconque.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

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

Oui. Des mesures de réadaptation pourraient être envisageables.

Une intelligence normale, la bonne maîtrise du français et son âge constituent des facteurs de bon pronostic.

La diminution du seuil de déclenchement à la douleur avec douleurs polyinsertionnelles douloureuses et la conviction d'une invalidité à vie constituent des facteurs de mauvais pronostic.

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

2.1 Si oui par quelles mesures ?

Oui, en diminuant les ports de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10kg et lui proposant l'utilisation d'une ceinture lombaire.

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

Du point de vue rhumatologique et psychiatrique, bonne.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?

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 ?

Cf. 2.1

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée ?

A 100% (accueil, vente d'objets légers).

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ?

Dans une activité professionnelle adaptée, du point de vue rhumatologique, l'assurée ne devrait pas présenter de diminution de rendement. »

Dans un avis du SMR du 2 octobre 2013, le Dr N. _____ a fait siennes les conclusions des experts, retenant comme seule atteinte affectant durablement la capacité de travail le syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe d'atteinte radiculaire irritatif ou déficitaire,

associé à une minime arthrose facettaire L5-S1, à défaut de toute pathologie psychique. L'atteinte somatique reconnue ne faisait toutefois pas obstacle à l'exercice à 100% depuis novembre 2011 d'une activité adaptée, ne nécessitant pas le port de charge de plus de 10 kg répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier.

Selon le rapport initial de révision d'office du 16 décembre 2013, la division de réadaptation de l'OAI a proposé à l'assurée un réentraînement au travail dans une activité proche de son activité habituelle ou dans l'industrie légère. Aux termes d'une note d'entretien du 12 février 2014, l'assurée a décliné cette proposition, au motif qu'elle ne s'en sentait pas capable et n'était pas bien.

Par projet de décision du 13 mars 2014, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il entendait supprimer sa rente d'invalidité au 31 octobre 2011, au motif que, selon les conclusions de l'expertise bi-disciplinaire des Drs W._____ et R._____, elle présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, incluant toutes les activités légères dans le domaine de la production et des services. Procédant à la comparaison des revenus sans et avec invalidité, respectivement de 40'291 fr. 15 et de 48'429 fr. 33, l'office a conclu que l'intéressée ne subissait aucun préjudice économique du fait de son atteinte à la santé.

L'assurée s'étant opposée à ce projet, sans toutefois faire valoir d'observations à son encontre, l'OAI l'a confirmé dans une décision du 9 mai 2014.

E. Par acte du 11 juin 2014, toujours représentée par Me Alain Dubuis, D._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de l'OAI du 9 mai 2014, concluant à son annulation et à la poursuite du versement d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 octobre 2011. En substance, elle fait grief à l'intimé de s'être livré à une constatation inexacte des faits ainsi qu'à une mauvaise application du droit, la décision dont est litige étant

selon elle incompréhensible et dénuée de toute analyse de son atteinte psychiatrique. Alléguant que, selon les constatations du Dr W._____, sa situation au plan psychique n'a pas évolué depuis l'évaluation du Dr M._____ en 2011, elle estime que le risque de décompensation en cas de reprise du travail est toujours présent. Elle soutient au demeurant qu'il ressort des constatations des deux experts psychiatres que le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle est défavorable, que le risque de décompensation en découlant est fort et que les chances de succès d'une réadaptation professionnelle sont minimales. Ces éléments, ajoutés à son âge et au fait qu'elle ne dispose d'aucune formation et de connaissances sommaires de la langue française, doivent conduire selon elle au maintien de la rente d'invalidité entière allouée depuis le 1^{er} mars 2000.

Par décision du 12 août 2014, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 11 juin 2014, soit l'exonération des frais de justice et l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Alain Dubuis.

Dans une réponse du 4 septembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée, dont il estime la motivation suffisante, dans la mesure où elle fait référence aux expertises mises en œuvre et à leurs conclusions. L'intimé ne voit aucun motif de s'éloigner des conclusions de l'expert W._____, lequel retient une pleine capacité au plan psychiatrique, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, dès le 17 mai 2011. Se fondant sur la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'OAI réfute au surplus toute influence sur l'évaluation de la capacité de travail de critères tels que l'âge, l'absence de formation ou le manque de connaissances linguistiques, relevant au demeurant que la recourante n'était âgée que de [...] ans au moment où les éléments médicaux au dossier permettaient d'établir son aptitude à exercer une activité lucrative (à savoir le 26 août 2013, date du rapport d'expertise du Dr R._____).

Invitée à répliquer, la recourante n'a pas procédé plus avant.

Le 12 mai 2015, la juge instructrice a invité Me Dubuis à produire sa liste des opérations, requête à laquelle celui-ci a donné suite le 19 mai suivant.

E n d r o i t :

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (Art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

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

c) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent (art. 60 al. 1 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable.

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, 110 V 48, consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante au maintien de sa rente d'invalidité au-delà du 31 octobre 2011. Se pose plus singulièrement la question de savoir si son état de santé a connu une amélioration conduisant à une modification notable du taux d'invalidité fondant son droit aux prestations jusqu'à cette date.

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 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 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins ; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un

taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, 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 doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine ; 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 consid. 2.2), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), des atteintes non objectivables de la colonne cervicale (ATF 136 V 279 consid. 3) ou encore des pathologies présentant un ensemble de symptômes comparables (ATF 139 V 547 consid. 2.2 ; 137 V 64 consid. 1.2 ; 131 V 49 consid. 1.2).

Selon cette jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; cf. aussi ATF 139 V 547 consid. 6 et 8). Le Tribunal fédéral 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, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 ; 131 V 49 consid. 1.2 ; 139 V 547 consid. 9). 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, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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).

Par arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a toutefois modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. La présomption, selon laquelle ces syndromes pouvaient être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible, a été abandonnée. La capacité de travail réellement exigible des personnes concernées devra être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurées, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini (ATF 141 V 281).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux ou des documents 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 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 ; I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et les références citées).

Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles et procède librement à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant 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 liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. 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, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

5. Selon 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. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA.

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4, 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 368 consid. 2 ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1,). En l'occurrence, il s'agit donc de comparer les faits tels qu'ils prévalaient au moment de la précédente révision, soit en août 2006, à l'issue de laquelle le droit à la rente avait été maintenu sur la base d'un taux d'invalidité inchangé, et les circonstances régnant à l'époque de la décision de suppression de rente du 28 septembre 2011.

6. a) Dans le cas d'espèce, l'intimé retient que, depuis le 17 mai 2011, la recourante a recouvré une totale capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, d'ordre somatique. Toujours selon l'OAI, il ne prévaut plus aucune affection psychiatrique susceptible de porter atteinte à la capacité de travail. Les perspectives de gain de l'intéressée dans une telle activité adaptée dépassant le revenu auquel elle aurait pu prétendre sans atteinte à la santé dans son ancienne activité, elle ne subit plus de préjudice économique du fait de son état de santé, de sorte que sa rente doit être supprimée.

De son côté, la recourante soutient que de l'avis du Dr W._____, sa situation au plan psychique n'a pas évolué depuis l'expertise psychiatrique diligentée par le Dr M._____ en 2011, de sorte que l'avis du premier expert psychiatre, selon lequel le risque de décompensation en cas de reprise du travail, prévaut toujours et peut être qualifié de « fort ». Elle soutient également que les deux experts psychiatres s'entendent sur le fait que le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle est défavorable et que les chances de succès d'une réadaptation professionnelle sont minimes. Elle estime dès lors que sa rente d'invalidité doit être maintenue.

Il incombe à la Cour de céans d'examiner si un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité de la recourante s'est produit entre août 2006, date de la précédente réévaluation de la situation de l'assurée au cours de la première révision d'office, et septembre 2011, date de la première décision de suppression de rente dans le cadre de la présente, et seconde, procédure de révision.

b) Aux termes d'une appréciation bi-disciplinaire effectuée à l'issue de leurs examens cliniques respectifs, les experts W._____ et R._____ ont retenu, eu égard aux aspects psychiatriques et rhumatologiques, une capacité de travail de 80% dans l'ancienne activité d'aide de cuisine, et de 100% dans une activité adaptée, évitant les ports de charges répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10 kg (cf. rapport du Dr R._____ du 26 août 2013, p. 9).

aa) Traitant du volet psychiatrique de l'expertise bi-disciplinaire diligentée par l'intimé, le Dr W._____ n'a formellement posé que le diagnostic de dysthymie, qu'il a estimée sans répercussion sur la capacité de travail. S'il n'a pas mentionné le trouble somatoforme douloureux au titre des pathologies retenues, il ne l'a pas non plus clairement exclu. Dans son rapport d'expertise du 10 juin 2013, le Dr W._____ a en effet indiqué que : « *L'existence d'une symptomatologie algique pourrait faire envisager un diagnostic de trouble somatoforme, mais manquent alors l'intensité des plaintes et la détresse ; cependant, ce tableau algique doit, pour ce qui concerne l'appréciation de son hypothétique aspect incapacitant, être apprécié selon les critères de sévérité de la jurisprudence* », tout en précisant ensuite que « *L'ensemble des critères de sévérité de la jurisprudence n'étant pas réunis, nous ne pouvons envisager l'aspect incapacité de ce tableau algique* » (cf. rapport d'expertise du Dr W._____ p. 7). Ce faisant, l'expert adopte une position qui manque de clarté. Dans un premier temps, en effet, il paraît exclure le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, en raison de l'absence de plaintes intenses et de détresse. A cet égard déjà, on peut douter que cela tienne lieu de motivation suffisante pour l'exclusion du diagnostic. Dans un second temps, et paradoxalement, il examine si les critères posés par

le Tribunal fédéral pour reconnaître un effet incapacitant à un tel trouble sont réunis (cf. consid. 3b supra), pour parvenir à la conclusion que tel n'est pas le cas. En procédant ainsi, le Dr W._____ laisse inversement penser que le trouble somatoforme douloureux est avéré, mais qu'il est dénué de tout effet incapacitant. Cette seconde hypothèse est corroborée par le fait que le Dr W._____ évoque une similitude d'appréciation tant symptomatologique que diagnostique avec le Dr M._____, précisant que la situation clinique relatée par le premier expert psychiatre le 17 mai 2011 est strictement superposable à celle mentionnée dans son propre rapport (cf. rapport d'expertise du Dr W._____, p. 7). Or, dans son rapport d'expertise du 17 mai 2011, le Dr M._____ avait posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, qu'il avait toutefois classé dans les atteintes sans effet sur la capacité de travail, les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître un effet incapacitant n'étant pas réalisées (cf. rapport d'expertise du Dr M._____, p. 14s.). En définitive, le Dr W._____ ne s'est pas prononcé de façon claire et motivée sur l'existence, ou non, d'un trouble somatoforme douloureux ; il semble en réalité l'avoir exclu en procédant à une appréciation juridique du cas. Or, le caractère restrictif de la jurisprudence en matière d'incapacité de travail en présence de tels troubles, qui dans l'intervalle a au demeurant subi des modifications (cf. TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015 ; cf. consid. 3b supra), ne saurait servir de motivation à l'exclusion du diagnostic en lui-même. Au vu de leur manque de clarté, les conclusions de l'expert psychiatre ne peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. à cet égard ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a). Pour ce motif déjà, le dossier ne permet pas de statuer sur la question litigieuse, à savoir si l'état de santé de la recourante a subi une modification conduisant à une amélioration notable de son invalidité au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

bb) Dans le cadre du volet rhumatologique de l'expertise bi-disciplinaire, le Dr R._____ a retenu avec effet sur la capacité de travail un syndrome lombovertébral récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire avec une minime arthrose facettaire L5-S1. L'expert a également mis en évidence, sans répercussion sur la capacité de travail,

des cervicobrachialgies récurrentes communes ainsi qu'un syndrome polyinsertionnel douloureux avec diminution du seuil de tolérance de la douleur, relevant 16/18 points de fibromyalgie positifs. Le rapport du Dr R._____ ne contient cependant aucune motivation s'agissant de la raison pour laquelle il n'a été reconnu aucun effet incapacitant au syndrome polyinsertionnel douloureux, malgré les 16/18 points de fibromyalgie diagnostiqués positifs. Or, une telle motivation s'imposait d'autant plus que ledit syndrome fait partie des affections dont l'éventuel effet invalidant doit être examiné selon les mêmes critères que ceux applicables au trouble somatoforme douloureux. L'expertise bi-disciplinaire nécessite ainsi également d'être complétée sur ce point, compte tenu du récent revirement de jurisprudence fédérale quant au caractère incapacitant de telles affections (cf. consid. 3b supra, in fine).

c) A la lumière des éléments exposés ci-avant, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à savoir si la recourante présente des atteintes de nature à influencer sa capacité de travail.

7. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. art. 42 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff, in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Tel est le cas en l'espèce.

Il convient dès lors de renvoyer le dossier à l'intimé, afin qu'il fasse préciser le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Si celui-ci devait être retenu par l'expert psychiatre, son effet incapacitant devrait

alors être examiné à la lumière de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral (TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015 ; commentée par Thomas Gächter/Michael E. Meier, Schmerz-rechtsprechung 2.0, in : Jusletter du 29 juin 2015 ; cf. également Lettre circulaire du 7 juillet 2015 AI n° 334 de l'Office fédéral des assurances sociales). Il appartiendra également à l'intimé de solliciter l'expert rhumatologue, afin qu'il se détermine sur le caractère incapacitant du syndrome polyinsertionnel douloureux avec diminution du seuil de tolérance de la douleur, compte tenu des 16/18 points de fibromyalgie diagnostiqués positifs, ceci également à la lumière de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral précitée.

8. a) La décision attaquée doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision, après complément d'instruction sur le plan médical au sens des considérants.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (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. 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, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 11 al. 1 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, les dépens sont arrêtés à 2'000 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui succombe (cf. art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD). Ces dépens couvrent une éventuelle indemnité d'assistance judiciaire, sur laquelle on peut donc renoncer à statuer plus précisément.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 9 mai 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'intimé.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à D._____ le montant de 2'000 fr. (deux mille francs), TVA comprise, 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 :

- Me Alain Dubuis (pour la recourante),
- 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 :