

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 avril 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Neu et Métral, juges
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante, représentée par Me Vanessa Egli, avocate à Vevey,

et

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

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

E n f a i t :

A. D._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1959, sans formation, mariée et mère de trois enfants aujourd'hui majeures, a sollicité des prestations - en particulier l'octroi d'une rente - par demande reçue le 11 février 1998 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), à l'appui de laquelle elle a fait état de hernies discales existant depuis 1994.

Le 9 mars 1998, le Dr W._____, spécialiste en médecine générale, a posé les diagnostics de discopathie L5-S1 avec hernie médiane para-médiane gauche discrètement sub-luxée vers le bas, derrière le corps de L5, de lombalgies et cervicalgies.

Par rapport du 14 avril 1998, les Drs Q._____ et K._____, respectivement spécialiste en neurologie et médecin-assistante au Service de neurologie du V._____, ont posé les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif. Ils ont apprécié la situation de l'assurée de la manière suivante :

« [...]

Synthèse et conclusion

Mme D._____ se plaint depuis plusieurs années de douleurs diffuses cervico-dorso-lombaires, aux 4 membres et au thorax avec, à l'examen neurologique, d'importantes douleurs à la palpation des insertions des muscles nous faisant retenir le diagnostic de fibromyalgie. Ceci s'inscrit dans un contexte de troubles du sommeil, de tristesse avec pleurs fréquents et de nervosité correspondant très probablement à un état dépressif. Il n'y a pas d'argument, tant à l'anamnèse qu'à l'examen neurologique, pour un syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire surajouté. L'IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire d'octobre 94 révélait une discopathie L5-S1 avec hernie médiane et paramédiane gauche, ce qui n'explique pas les plaintes de la patiente. Nous ne retenons donc pas d'indication à répéter cet examen ni à prévoir une intervention chirurgicale. En revanche, la pratique d'un bilan inflammatoire afin d'exclure une fibromyalgie symptomatique d'un problème rhumatologique nous semble nécessaire. Du point de vue symptomatique, l'introduction d'amitriptyline à doses progressivement croissantes aurait comme bénéfice d'agir sur la

fibromyalgie comme sur l'état dépressif. Mme D. _____ nécessite à notre avis un soutien psychologique.

D'autre part, l'anamnèse de paresthésies à prédominance nocturne des deux mains peut faire évoquer un syndrome du tunnel carpien. Ceci n'étant actuellement pas la plainte principale et en l'absence de signes de Phalen et de Tinel positifs, et de déficit de la force ou de la sensibilité, nous ne proposons pas pour le moment de pratiquer une électro-neurographie. Si cette symptomatologie devait s'aggraver, ceci serait à réévaluer.

[...] »

Le 15 septembre 1999, le Dr W. _____ a posé les diagnostics de discopathie L5-S1 avec hernie médiane para-médiane gauche discrètement sub-luxée vers le bas, derrière le corps de L5, de lombalgies, de discopathie cervicale et d'état dépressif. Il a fait état d'une incapacité de travail totale du 1^{er} octobre au 9 décembre 1997, de 50 % du 10 décembre 1997 au 1^{er} mars 1998, puis à nouveau de 100 % à compter du 2 mars 1998.

Par décisions du 25 août 2000, l'assurée s'est vu reconnaître le droit à une rente fondée sur un degré d'invalidité de 89 % à compter du 1^{er} octobre 1998 ; la motivation de ces décisions était la suivante :

« [...]

Suite à des problèmes de santé, vous [l'assurée] n'avez pu reprendre une activité lucrative de manière suivie depuis le 1^{er} octobre 1997. Dès cette date, vous avez présenté des incapacités de travail et de gain de 100 et 50 %. A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 1^{er} octobre 1998, votre invalidité moyenne (calculée sur douze mois) est de 89 %.

A partir du 01.10.1998, vous avez droit à une rente de l'AI basée sur un degré d'invalidité de 89 %.

[...] »

b) Dans le cadre de la procédure de révision du droit à la rente intervenue d'office en 2002, l'assurée a indiqué par questionnaire du 13 juin 2002 que son état de santé était toujours le même. Par rapport du 25 juillet 2002 destiné à l'OAI, le Dr G. _____, médecin traitant, a indiqué que l'état de santé de l'intéressée était resté stationnaire et que celle-ci présentait des périodes algiques fréquentes, le pronostic étant

réservé. Le 9 septembre 2002, l'OAI a confirmé le maintien du droit à la rente fondée sur un degré d'invalidité de 89 %.

c) Dans le cadre d'une nouvelle procédure de révision du droit à la rente mise en œuvre d'office en 2005, l'assurée a précisé par questionnaire du 28 septembre 2005 que son état de santé demeurait le même. Le 3 novembre 2005, le Dr G._____, devenu spécialiste en médecine interne générale, a fait savoir à l'OAI que les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée étaient ceux de lombosciatalgies sur discopathie L5-S1, avec hernie médiane et paramédiane gauche, de fibromyalgie, de cervicalgies, de canal lombaire étroit L3-L4 et L4-L5, ainsi que d'état dépressif. Le pronostic demeurait réservé et la diminution de rendement était de 100 %. Par communication du 11 janvier 2006, l'OAI a maintenu le droit à la rente fondée sur un degré d'invalidité de 89 %, sans modification.

d) Dans le cadre d'une troisième procédure de révision du droit à la rente initiée d'office en 2010, l'assurée a confirmé par questionnaire du 1^{er} mars 2010 que son état de santé était toujours le même. Dans son rapport du 1^{er} avril 2010 à l'OAI, le Dr G._____ a derechef posé les diagnostics avec effets sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches sur hernie discale médiane et paramédiane gauche en L5-S1 et canal lombaire étroit en L3-L4 et L4-L5, de cervicalgies chroniques et d'état dépressif chronique, épisode actuel moyen, estimant qu'aucune reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail, n'était envisageable. Le pronostic était défavorable. Il a en outre relevé que, sur le plan psychique, l'état dépressif de l'assurée était relativement stable sous le traitement médicamenteux et les entretiens psychologiques. Les douleurs lombaires étaient fluctuantes avec blocage lombaire fréquent, mais l'intéressée n'avait cependant pas besoin d'un accompagnement régulier et permanent. Par communication du 12 avril 2010, l'OAI a maintenu le droit à la rente fondée sur un degré d'invalidité de 89 %, sans modification.

B. En décembre 2012, une nouvelle procédure de révision a été mise en œuvre, dans le cadre de laquelle l'assurée a fait état par questionnaire du 17 décembre 2012 d'une situation inchangée. Le Dr G._____, dans son rapport à l'OAI du 15 janvier 2013, a une nouvelle fois posé les diagnostics avec effets sur la capacité de travail de lombosciatalgies gauches sur hernie discale médiane et paramédiane gauche en L5-S1 et canal lombaire étroit en L3-L4 et L4-L5, de « cervicale chronique » et de dépression chronique, épisode actuel moyen, estimant toujours qu'aucune reprise de l'activité professionnelle, respectivement une amélioration de la capacité de travail, n'était envisageable. L'incapacité de travail médicalement attestée dans la dernière activité exercée était de 100 % et le pronostic était réservé.

Le 6 mars 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il estimait nécessaire de la soumettre à un examen médical approfondi (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) afin de clarifier son droit aux prestations.

Dans son courrier du 6 février 2014 - adressé en copie à l'assurée -, l'OAI a fait savoir au Z._____ qu'à la suite de l'entrée en vigueur de la 6^e révision de l'assurance-invalidité le 1^{er} janvier 2012, les Offices AI avaient trois ans pour réexaminer les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Ils allaient procéder à une nouvelle évaluation du taux d'invalidité même si l'état de santé des personnes concernées ne s'était pas modifié depuis l'octroi de la rente. Ce nouvel examen devait être fait en tenant compte des critères restrictifs introduits par la jurisprudence du Tribunal fédéral pour juger du caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative.

L'assuré a été examinée les 20 et 21 mars 2014 par les Drs T._____, X._____ et L._____, respectivement spécialiste en médecine interne générale et en cardiologie, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Aux termes de leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du

13 juin 2014, ces médecins n'ont retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail de l'assurée. Sans effet sur celle-ci, ils ont retenu ceux de fibromyalgie dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 1998, de dysthymie, de céphalées de tension et de syndrome du compartiment antérieur des deux genoux depuis 2012. Ils ont ajouté que l'assurée disposait d'une capacité de travail totale au moment de l'évaluation. Pour le surplus, les experts du Z._____ ont notamment écrit ce qui suit (sic) :

« [...]

DONNÉES OBJECTIVES

[...]

STATUS RHUMATOLOGIQUE

Madame D._____, en salle d'attente, se lève péniblement de son siège et se déplace précautionneusement en boitant sur le membre inférieur gauche et portant son volumineux dossier radiologique. Le contact paraît bon en dépit de sa tristesse qu'elle affiche tout au long de l'entretien, sa collaboration paraît présente. Les réponses lors de l'anamnèse sont presque toujours digressives et peu informatives. Durant le déroulement de l'anamnèse, elle ne demande pas à changer de position.

Pour l'examen clinique, se déshabille seule, debout, sans recherche d'une stratégie antalgique particulière. Elle n'a manifesté que rarement, par des grimaces, défense et esquives lors des mobilisations passives articulaires. Les mobilisations actives ont été exécutées correctement.

L'interprétation de l'examen de l'appareil locomoteur est possible et adéquate.

[...]

SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Rappel de l'histoire médicale :

Madame D._____ est une assurée suisse d'origine [...] de 54 ans, mariée, mère de trois filles majeures. Sans formation professionnelle, elle a été active comme femme de chambre. Elle est au bénéfice d'une rente d'invalidité de 89 % depuis 1998. Cette rente a été octroyée pour un problème de lombalgies avec des troubles dégénératifs et des hernies discales et une fibromyalgie mentionnés dans un rapport médical du V._____ en 1998.

Les différentes révisions survenues depuis l'octroi de la rente ont toujours confirmé une incapacité de travail inchangée avec des diagnostics inchangés.

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan médecine interne, Madame D. _____ présente plusieurs troubles d'origine fonctionnelle, tel que côlon spastique, régurgitation acide œsophagienne, céphalées parfois accompagnées de vomissements, ainsi que montée tensionnelle et tachycardie au stress. Sa ménopause actuelle est mal supportée, malgré le traitement et elle souffre d'une petite incontinence à la toux.

Aucun de ces symptômes n'est grave, par ailleurs plusieurs d'entre eux, notamment le côlon spastique et les céphalées, sont régulièrement associées au syndrome fibromyalgique.

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

Sur le plan rhumatologique, Madame D. _____ décrit encore et toujours la symptomatologie douloureuse existante depuis 1997 qui occupe le squelette axial et la périphérie des membres supérieurs et inférieurs presque exclusivement à droite. Elle est importante la journée par les exacerbations qu'elle subit lors de mouvements répétitifs du tronc, de ports de charge de plus de 3 kg, des positions statiques prolongées de plus de 15 minutes. La nuit, elle la réveille fréquemment et l'empêche de se rendormir. En périphérie, les muscles et leurs attaches sont douloureux, des dysesthésies viennent encore aggraver la situation avec, à la main droite, des manifestations de perte de sensibilité et de force de préhension. Le membre inférieur droit est le siège d'une irradiation sciatique purement algique, sans phénomène de déficit radiculaire ou tronculaire. Cette sciatalgie est concomitante à un syndrome douloureux fémoro-patellaire déclenché à la marche (surtout en descente) et en charge dans les derniers degrés de l'extension.

Cette symptomatologie douloureuse ne répond à aucun des traitements médicaux habituels associant médication antalgique et physiothérapie, même à une cure thermale effectuée dans une station balnéaire de [...]. Les investigations effectuées auraient montré une hernie discale paramédiane droite L5-S1 partiellement luxée et un canal lombaire étroit en L3-L4 et L4-L5 visible sur un document datant du 03.02.1994 que nous n'avons pas eu à disposition.

La présente expertise constate avant tout un tableau clinique de douleurs multiples atypiques en absence de tout symptôme déficitaire. L'examen du rachis est grevé de nombreux signes de non organicité (Waddell et Hoover) et surtout de tous les trigger points de Yunus évoquant le diagnostic de fibromyalgie. Ce diagnostic est d'autant plus vraisemblable qu'il existe des plaintes annexes habituelles telles qu'un état de fatigue chronique, une maladie de reflux et une colopathie fonctionnelle. Les documents d'imagerie que nous avons eus à disposition ne montrent pas d'image de lésion anatomique, ni de condition d'allure inflammatoire susceptible d'expliquer les plaintes aussi importantes que l'assurée formule. Les clichés de contrôle des régions lombaires et cervicales, normales pour l'âge du sujet, ne révèlent aucune aggravation après presque 20 ans d'évolution.

Les mains sont normales et symétriques, il n'y a pas de perte significative de la force de préhension.

Compte tenu de ce qui précède, avec un syndrome douloureux chronique sans explication médicalement objectivable, en présence de signes d'amplification des symptômes.

Sur le plan psychique, Madame D. _____ vit en Suisse depuis de nombreuses années, le premier épisode d'atteinte à la santé remonte au début des années 1990, de manière documentée on retrouve des mentions d'une atteinte de l'humeur à partir de l'année 1998. C'est suite à un contexte algique chronique que l'expertisée aurait présenté de manière progressive l'apparition d'un trouble de l'humeur et ce serait au départ la problématique des douleurs lombaires qui a été à l'origine des premiers arrêts de travail alors que l'expertisée travaillait comme femme de chambre.

A l'anamnèse, les plaintes spontanées concernent d'abord les douleurs, il est aussi fait mention d'autres troubles somatiques, soit fourmillements dans les mains avec perte de force, vertiges et céphalées, fatigue intense, manque d'énergie.

Elle se décrit anhédonique, à rester dans sa bulle, voyant quasiment personne. Elle se sent inutile, rumine, a des sentiments de culpabilité par rapport au mari qui doit beaucoup travailler.

L'humeur n'est pas très bonne, il n'y a pas d'idées suicidaires, le sommeil est perturbé par les douleurs, la libido est basse, elle est inquiète par rapport à l'avenir et se sent pessimiste.

Madame D. _____ dit ne faire presque rien, par manque d'énergie et de plaisir. Elle ne lit pas, regarde de manière très épisodique la télévision, disant qu'elle n'arrive pas à se concentrer.

A l'observation, il s'agit d'une assurée faisant plus jeune, bien qu'en apparence d'un état général diminué, se déplaçant avec lenteur et difficulté. L'hygiène est conservée.

On relève de la tristesse, mais pas de signes en faveur d'une élévation pathologique de l'humeur. Il n'y a pas d'autres troubles mis en évidence, que ce soit notamment dans un registre anxieux ou psychotique. Il n'y a pas de trouble de la personnalité. Il n'y a pas de trouble cognitif.

L'anamnèse et l'observation ne sont pas totalement congruentes, il n'y a notamment pas les troubles cognitifs allégués, l'hygiène est préservée et l'habillement est correct, la tristesse n'apparaît pas très envahissante et importante. Ces premières constatations parlent contre un trouble dépressif grave. Il y a par contre un comportement de douloureux, le déplacement est lent et difficile, alors que selon le rhumatologue, il n'y a aucune justification objective. Il y a donc des facteurs d'amplification.

On notera qu'il n'y a pas de suivi psychiatrique et que le médecin généraliste est visité mensuellement, voire moins. Ce qui est peu s'il s'agissait d'un trouble de l'humeur sévère.

On retrouve par ailleurs les troubles habituels associés à la fibromyalgie, soit fatigue et divers troubles fonctionnels, notamment la colopathie.

En conclusion, la symptomatologie dépressive est légère au moment de l'examen, elle semble être fluctuante dans le temps, mais jamais vraiment sévère, ceci depuis 1998. Un diagnostic de dysthymie (F 34.1) selon les critères de la CIM-10 peut être retenu, il s'agit selon celle-ci d'un Abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger.

La fibromyalgie entre dans le cadre d'un trouble somatoforme. Dans le cas présent, la comorbidité psychiatrique est légère (dysthymie), par ailleurs, il n'y a pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas d'état psychique cristallisé, pas d'échec des traitements ambulatoires.

Il n'y a pas de perte de l'intégration sociale, car bien qu'elle dise vivre dans sa bulle, voyant quasiment personne, à un autre moment elle dit conserver des contacts réguliers avec les différents membres de sa famille, de même qu'avec une autre femme [...] qui vit dans le même immeuble. Il y a donc contradiction. Par contre, on notera qu'elle mentionne rester très dépendante de ses filles et de son mari qui font les courses, qui s'occupent des activités les plus lourdes physiquement, ce type de dépendance est habituel dans les troubles somatoformes.

[...] »

L'expertise du Z._____ a été complétée par des examens d'imageries effectués par le Dr J._____, spécialiste en radiologie. Par rapport du 21 mars 2014, celui-ci a conclu - au niveau de la colonne cervicale - à de discrets troubles dégénératifs C5-C6 et - au niveau de la colonne lombaire et du bassin - à de discrets troubles dégénératifs.

Par avis médical du 25 juin 2014, le Dr C._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions du rapport d'expertise du 13 juin 2014. La capacité de travail de l'assurée était donc entière sans baisse de rendement.

Par projet de décision du 15 janvier 2015, l'OAI a informé l'assurée de son intention de supprimer sa rente d'invalidité. La motivation de ce projet était la suivante :

« [...]

Résultat de nos constatations :

L'examen de la rente d'invalidité selon les dispositions finales de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) du 18 mars 2011 conclut que les diagnostics qui ont ouvert le droit à la rente sont liés à un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon nos constats médicaux, ils n'ont aucun fondement anatomique objectivable qui pourrait, du point de vue de la médecine des assurances, fonder une incapacité de travail durable. Il n'y a pas non plus de rattachement à une comorbidité psychiatrique ni de graves limitations fonctionnelles autres. Nous ne voyons pas d'autres critères susceptibles de mettre en doute avec une vraisemblance prépondérante la capacité à surmonter la douleur. Dès lors, vous ne remplissez à l'avenir plus les conditions du droit à une rente d'invalidité.

Vous avez été convoquée pour un entretien à nos bureaux et notre spécialiste en réadaptation vous a rencontrée pour vous proposer une mesure d'évaluation, avec poursuite du versement de la rente pendant la durée de la mesure (au maximum deux ans).

[...] »

Le 4 février 2015, l'OAI a informé l'assurée que les conditions pour une prise en charge des mesures de réinsertion étaient remplies et que, par conséquent, il prendrait en charge les frais liés à un entraînement à l'endurance auprès de [...] du 4 février au 31 juillet 2015.

Le 16 février 2015, l'assurée, représentée par Me Vanessa Egli, a fait valoir ses objections au projet de suppression de rente. Elle a complété ses déterminations le 3 mars 2015, en faisant pour l'essentiel valoir que dans la mesure où elle était actuellement âgée de plus de 55 ans et percevait une rente depuis presque 17 ans, les conditions posées dans les dispositions finales de la 6^e révision de l'AI ne lui étaient pas applicables. Elle a ajouté que les conclusions du rapport d'expertise du 13 juin 2014 étaient arbitraires et ne pouvaient être suivies.

Le 18 octobre 2016, l'OAI s'est déterminé sur les arguments soulevés par l'assurée les 16 février et 3 mars 2015, en maintenant sa position.

Par décision du 19 octobre 2016, l'OAI a confirmé la suppression de la rente d'invalidité de l'assurée.

C. Par acte du 23 novembre 2016, D._____, toujours représentée par Me Egli, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation, une rente entière continuant à lui être octroyée, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction. Dans un premier moyen, la recourante a contesté que les dispositions transitoires de la 6^e révision lui soient applicables, estimant que l'intimé n'était dès lors pas fondé à réexaminer son droit à la rente. Dans un autre moyen, elle a soutenu que l'expertise mise en œuvre auprès du Z._____ présentait des lacunes, que c'était en particulier de façon arbitraire que les experts avaient retenu que son état dépressif n'était que léger, et que quoi qu'il en soit, dans l'éventualité où il fallait considérer que l'intimé devait bien procéder à un réexamen de la situation, la décisions entreprise devrait dans tous les cas être annulée pour qu'un complément d'instruction soit mis en œuvre sur son état de santé actuel et l'évolution de ses troubles dépressifs depuis 1998. Elle a en outre requis que l'effet suspensif soit restitué à son recours.

En complément à son recours, le 25 novembre 2016, la recourante a produit un rapport du 24 novembre 2016 destiné à son conseil, par lequel les Dresses E._____ et P._____, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin praticienne au Centre de Psychiatrie Intégré de la Fondation [...], ont posé les diagnostics d'épisode dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec symptômes somatiques, de trouble de la personnalité à traits dépendants et de probable syndrome douloureux somatoforme persistant. Elles ont précisé que le premier traitement de l'intéressée remontait à 1999, que le deuxième avait débuté en mai 2004 et que le troisième et actuel traitement durait depuis mai 2015. Dans le cadre de ce dernier, la recourante avait un suivi de psychothérapie auprès de « Mme [...] » à un rythme hebdomadaire et un suivi psychiatrique auprès de la Dresse P._____ à un rythme trimestriel, ce dernier ayant débuté le 1^{er} novembre 2016. Elle bénéficiait en outre

d'un suivi somatique auprès de son médecin de famille une à deux fois par mois. Par ailleurs, malgré l'instauration du traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré depuis l'été 2015, l'état de santé de l'intéressée évoluait sur un mode chronique avec des péjorations lors d'événements stressants. Les Desses E._____ et P._____ ont ajouté ce qui suit (sic) :

« [...]

Lors de la dernière consultation (17.11.2016) :

La patiente présente une symptomatologie anxio-dépressive dans un contexte de dégradation progressive d'un état dépressif chronique qui s'est péjorée lors de la révision de la rente AI.

Mme D._____ se plaint de douleurs généralisées et constantes qui affectent le dos, les bras, l'abdomen et surtout les jambes, des céphalées, des vertiges et palpitations. Malgré le traitement antalgique, l'intensité des douleurs ne diminue pas. La patiente se plaint également des insomnies et une thymie abaissée accompagnée de pleurs incessants, un retrait social dans le contexte d'un deuil pathologique et d'une relation conflictuelle de couple.

Evaluation de la capacité de travail de Mme D._____ (si possible) :

Mme D._____ souffre d'épisodes dépressifs récurrents qui se manifestent par une grande fatigue, une profonde démotivation, des problèmes de sommeil, des ruminations et des sentiments d'impuissance face aux conflits de couple.

Parmi les limitations fonctionnelles psychiques, nous pouvons mentionner entre autre : des difficultés relationnelles, des difficultés dans la gestion des émotions (manifeste par une thymie abaissée accompagnée par des pleurs fréquents), une grande fatigabilité, des difficultés liées aux tâches administratives et ménagères, des difficultés d'organisation et de planification, une hypersensibilité au stress avec un risque de décompensation dépressive et anxieuse ainsi qu'une limitation d'adaptation au changement.

Selon notre évaluation, la capacité de travail de Mme D._____ est fortement entravée et ceci de manière prolongée. Sur la base des entretiens et de l'anamnèse, il nous est difficile de nous prononcer quant à une capacité de travail résiduelle qui pourrait être évaluée de manière plus efficace à l'aide de mesures proposées par l'AI. La patiente, de son côté, estime être en incapacité totale de travail ce qui est soutenu par la psychothérapeute.

Selon notre avis, son état psychique actuel, sur un fond de personnalité à traits dépendants, ne permet pas à la patiente de fournir une prestation de qualité dans un milieu professionnel. Par ailleurs, une reprise de travail pourrait péjorer son état de santé.

[...] »

Par décision du 28 novembre 2016, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au

23 novembre 2016, notamment par l'assistance d'office d'une avocate en la personne de Me Egli.

Dans sa réponse du 10 janvier 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il s'est notamment référé à un avis médical du 6 janvier 2017 produit en annexe, par lequel le Dr C._____ du SMR a estimé que le tableau clinique ressortant du rapport du 24 novembre 2016 des Dresses E._____ et P._____ n'était pas plus grave que celui décrit par les experts du Z._____ en juin 2014. Un épisode dépressif moyen n'était pas de nature à justifier une incapacité de travail durable et ce degré de gravité de dépression était identique à celui retenu par le Dr G._____ dans son rapport du 15 janvier 2013. La dysthymie retenue par les experts semblait maintenant se fondre dans le « TSD/fibromyalgie et un trouble de la personnalité existant depuis l'adolescence par définition ». Le Dr C._____ a ajouté que le rapport du 24 novembre 2016 ne fournissait aucun indice d'une aggravation notable et durable de l'état de santé entre l'expertise mise en œuvre auprès du Z._____ en 2014 et la décision querellée du 19 octobre 2016. Il a indiqué maintenir sa position.

Dans sa réplique du 2 février 2017, la recourante a confirmé ses conclusions et a notamment fait valoir une violation des obligations d'instruction de l'intimé et une violation de son droit d'être entendue.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures.

Par envoi du 3 avril 2017, la liste des opérations effectuées par Me Egli a été produite.

La cause a été reprise par un nouveau juge instructeur au début de l'année 2018.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des Offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1, 58 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

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 (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1) ; 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 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le bien-fondé de la suppression de la rente entière d'invalidité accordée à la recourante

depuis le 1^{er} octobre 1998, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé d'aboutir à une telle conclusion. La recourante conteste pour l'essentiel que les dispositions transitoires de la 6^e révision lui soient applicables. Dans un autre moyen, elle fait valoir que son état de santé ne s'est pas amélioré, mais s'est même aggravé, si bien qu'une suppression de sa rente d'invalidité n'est pas justifiée.

3. A titre liminaire, il est relevé que la recourante se prévaut d'un grief de nature formelle, à savoir celui de violation de son droit d'être entendue, au motif que l'intimé aurait violé ses obligations d'instruction. La violation du droit d'être entendu entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours au fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2), de sorte que l'existence d'une telle violation doit normalement être déterminée à titre préalable. Cependant, le grief de la recourante se confondant en l'occurrence avec le fond, il sera analysé ci-après en même temps que celui d'une instruction incorrectement menée dont l'intéressée se plaint également.

4. 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 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).

5. 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 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 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_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

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 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p.106 consid.3b/bb et cc ; TF 8C_407/2014 du 23 mars 2015 consid.4.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), 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 différente et contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 3.4.1).

6. a) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1) ou la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4).

b) Selon la jurisprudence applicable à l'époque où l'expertise du Z._____ a été réalisée, une telle atteinte était présumée ne pas entraîner d'incapacité de travail durable (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait en effet une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2 ; aussi ATF 139 V 547 consid. 6 et 8). Notre Haute Cour avait toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur

constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et avait établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (« critères de Foerster »). Parmi ces critères, on devait retenir, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvait constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2 ; 130 V 352 consid. 3.3.1). Au sein des autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinent, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupaient 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 352 consid. 2.2.3). Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituaient généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne faisaient pas l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 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 consid. 3.3 et références citées).

c/aa) Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et référence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et

introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

bb) La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

cc) Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4).

Cette grille comprendra un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il sera également tenu compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et référence citée).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprendra également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le

comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et référence citée).

dd) Dans la mesure où les experts ont retenu, sur la base des anciens critères, que la fibromyalgie/le trouble somatoforme douloureux affectant la personne assurée ne présentait aucun caractère incapacitant, il convient d'examiner si l'application de la nouvelle jurisprudence conduit à une appréciation différente. Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante ; il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8 et référence citée).

7. 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 (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 (ATF 112 V 372 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b ;

TF 9C_181/2011 du 9 décembre 2011 consid. 6.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-veillesse 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 (ATF 133 V 108 consid. 5 ; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TF 9C_181/2011 du 9 décembre 2011 consid. 6.1).

Le Tribunal fédéral a considéré que la sévérité accrue avec laquelle le caractère raisonnablement exigible de la poursuite d'une activité lucrative en cas de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique était désormais apprécié, ensuite de l'ATF 130 V 352 - applicable à l'époque où l'expertise du Z._____ a été réalisée -, ne justifiait pas une révision du droit à une rente qui avait été allouée antérieurement. Il n'était ainsi pas conforme à la législation en vigueur de supprimer une rente allouée en raison d'un tel syndrome au motif que l'application de nouveaux critères jurisprudentiels conduirait désormais à apprécier différemment le caractère raisonnablement exigible de la reprise d'une activité lucrative par la personne titulaire de la rente, son état de santé étant par ailleurs resté inchangé (ATF 135 V 201).

b) A la suite de cette jurisprudence, le législateur a adopté, dans le cadre de la 6^e révision de la LAI (modification du 18 mars 2011 de la LAI), des dispositions finales entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012. L'al. 1 de la let. a de ces dispositions finales prévoit que les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires

et sans constat de déficit organique doivent être réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de 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 » sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (ATF 139 V 547 consid. 10.1 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 5.2 ; 8C_436/2013 du 23 janvier 2014 consid. 4 ; 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.

Dans une précision de jurisprudence, le Tribunal fédéral a ensuite considéré qu'il n'avait exclu l'application de la let. a al. 1 des

dispositions finales de la 6^e révision, en cas de rente allouée en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires, d'une part, et d'atteintes à la santé objectivables, d'autre part, les deux types d'atteintes étant distincts, que si et dans la mesure où la rente pouvait être fondée sur ces dernières atteintes à la santé (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3 ; sur l'évolution de la jurisprudence). Enfin, le Tribunal fédéral a ajouté, dans un arrêt 9C_121/2014 du 3 septembre 2014 (consid. 2.6), qu'en cas d'imbrication étroite du syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et des autres atteintes à la santé ayant fondé l'octroi initial d'une rente d'invalidité, l'application de la let. a al. 1 des dispositions finales de la révision 6a reste exclue, à moins que les atteintes objectivables n'aient joué qu'un rôle secondaire, renforçant uniquement les effets du syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires.

8. a) En l'espèce, l'intimé a rendu les premières décisions d'octroi de rente fondée sur un degré d'invalidité de 89 % en août 2000, avec effet au 1^{er} octobre 1998, sur la base de rapports médicaux rapportant une fibromyalgie, un état dépressif, une discopathie L5-S1 avec hernie médiane para-médiane gauche discrètement sub-luxée derrière le corps de L5, des lombalgies, ainsi que des cervicalgies (cf. rapports des 9 mars 1998 et 15 septembre 1999 du Dr W._____ et rapport du 14 avril 1998 des Drs Q._____ et K._____). Cette rente a été maintenue à la suite d'une procédure de révision en 2002 (cf. communication de l'OAI du 9 septembre 2002), le Dr G._____ ayant considéré que l'état de santé de la recourante était stationnaire (cf. rapport du 25 juillet 2002). La rente a derechef été maintenue à la suite de la procédure de révision initiée en 2005 (cf. communication de l'OAI du 11 janvier 2006), les diagnostics posés par le Dr G._____ avec répercussions sur la capacité de travail étant ceux de lombosciatalgies sur discopathie L5-S1, avec hernie médiane et paramédiane gauche, de fibromyalgie, de cervicalgies, de canal lombaire étroit L3-L4 et L4-L5, ainsi que d'état dépressif (cf. rapport du 3 novembre 2005). Enfin en 2010, l'intimé a une nouvelle fois procédé à la révision de la rente, qu'il a maintenue (cf. communication du 12 avril 2010), les diagnostics posés avec effets sur la capacité de travail étant ceux de lombosciatalgies gauche sur hernie discale médiane et

paramédiane gauche en L5-S1 et canal lombaire étroit en L3-L4 et L4-L5, de cervicalgies chroniques et d'état dépressif chronique, épisode actuel moyen (cf. rapport du 1^{er} avril 2010 du Dr G._____).

b) Comme l'a mentionné l'intimé le 6 février 2014 dans son courrier au Z._____ adressé en copie à la recourante, la procédure de révision ouverte fin 2012 l'a été dans le cadre d'un réexamen de rente selon les dispositions finales de la 6^e révision de l'AI. L'on observe en premier lieu qu'une procédure de révision ordinaire selon l'art. 17 LPGA est en effet exclue, dans la mesure où, à tout le moins jusqu'à l'expertise du Z._____ du 13 juin 2014 des Drs T._____, X._____ et L._____, les rapports médicaux au dossier ne mettent pas en évidence de modification essentielle de l'état de santé de l'intéressée, le Dr G._____ posant les mêmes diagnostics et faisant la même appréciation de la situation de sa patiente que dans le cadre des procédures de révision antérieures.

c) La rente a été octroyée à l'origine à la recourante sur la base du rapport détaillé du 14 avril 1998 des Drs Q._____ et K._____, lesquels ont fait état d'une fibromyalgie et d'un état dépressif. Ces médecins ont en particulier relevé que les douleurs diffuses dont se plaignait la recourante depuis plusieurs années leur faisaient retenir le diagnostic de fibromyalgie. Ceci s'inscrivait dans un contexte de troubles du sommeil, de tristesse avec pleurs fréquents et de nervosité correspondant très probablement à un état dépressif. Les Drs Q._____ et K._____ ont estimé qu'il n'y avait pas d'argument, tant à l'anamnèse qu'à l'examen neurologique, pour un syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire surajouté. En outre, une IRM lombaire d'octobre 1994 révélait une discopathie L5-S1 avec hernie médiane et paramédiane gauche, ce qui n'expliquait cependant pas les plaintes de l'intéressée. Ainsi, ces médecins n'ont pas retenu d'indication à répéter cet examen ni à prévoir une intervention chirurgicale. Ils ont par ailleurs estimé que l'anamnèse de paresthésies à prédominance nocturne des deux mains pouvait faire évoquer un syndrome du tunnel carpien. Cependant, la plainte principale de la recourante ne relevant pas de ce syndrome et en l'absence de

signes de Phalen et de Tinel positifs, ainsi que de déficit de la force ou de la sensibilité, ils n'ont pas proposé de pratiquer une électro-neurographie ; la situation devrait être réévaluée si cette symptomatologie devait s'aggraver.

Il ressort de ce qui précède que les Drs Q. _____ et K. _____ ont expliqué les douleurs de la recourante, retenues comme incapacitantes, par une fibromyalgie accompagnée d'un état dépressif, et non par une éventuelle atteinte somatique, telle que la discopathie L5-S1 avec hernie médiane et paramédiane gauche révélée par IRM lombaire d'octobre 1994. C'est donc à juste titre, dès lors que la rente a été accordée sur la base de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, que l'intimé s'est posé la question d'une révision de la rente selon les dispositions finales de la 6^e révision de l'Al.

d/aa) A titre préliminaire, 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 6^e révision de l'Al. En effet, lors de l'ouverture de la procédure de révision, en décembre 2012, la recourante, née le [...] 1959, n'avait pas atteint l'âge de 55 ans et n'était pas au bénéfice de la rente depuis plus de quinze ans (ATF 139 V 442 et 140 V 15).

C'est donc à bon droit que l'intimé a procédé au réexamen du droit à la rente de la recourante.

bb) Afin d'examiner si les conditions posées par le Tribunal fédéral pour procéder à la révision de la rente litigieuse (cf. consid. 7b *supra*) étaient réunies, l'intimé a mis en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire auprès du Z. _____. Dans leur rapport d'expertise du 13 juin 2014, les Drs T. _____, X. _____ et L. _____ n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant, ne mentionnant que les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de fibromyalgie dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 1998, de dysthymie, de

céphalées de tension et de syndrome du compartiment antérieur des deux genoux depuis 2012.

Il y a tout d'abord lieu de constater que le diagnostic de fibromyalgie dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant a été retenu compte tenu d'un tableau clinique de douleurs multiples atypiques en l'absence de tout symptôme déficitaire. L'examen du rachis était en effet grevé de nombreux signes de non organicité (Waddell et Hoover), et tous les trigger points de Yunus évoquaient le diagnostic de fibromyalgie. Les experts ont par ailleurs fait référence aux investigations effectuées antérieurement et qui auraient montré une hernie discale paramédiane droite L5-S1 partiellement luxée et un canal lombaire étroit en L3-L4 et L4-L5, censés être visibles sur un document datant du 3 février 1994 qu'ils n'ont cependant pas eu à disposition. Ils ont toutefois indiqué que les documents d'imagerie qu'ils ont eus à disposition ne montraient pas d'image de lésion anatomique, ni de condition d'allure inflammatoire susceptibles d'expliquer les plaintes importantes que la recourante formulait, et que les clichés de contrôle des régions lombaires et cervicales étaient normaux pour l'âge du sujet et ne révélaient aucune aggravation après presque vingt ans d'évolution. Sur ce dernier point, le Dr J. _____ n'a en effet fait état que de discrets troubles dégénératifs (cf. rapport du 21 mars 2014). Les douleurs exprimées par la recourante n'ont ainsi pas pu être médicalement objectivées. En particulier, les médecins n'ont pas constaté d'hernie discale paramédiane droite L5-S1 partiellement luxée ou de canal lombaire étroit en L3-L4 et L4-L5, raison pour laquelle ces diagnostics n'ont pas été retenus.

Cela étant, le trouble somatoforme douloureux n'est pas mentionné dans les diagnostics avec effet sur la capacité de travail. Dans leur rapport, les experts ont toutefois relevé un syndrome douloureux chronique sans explication médicalement objectivable, en présence de signes d'amplification des symptômes. A cet égard et aux termes du status rhumatologique, l'expert concerné a constaté que, durant le déroulement de l'anamnèse, la recourante n'avait pas demandé à changer de position. En outre, pour l'examen clinique, elle s'était déshabillée seule,

debout, sans recherche d'une stratégie antalgique particulière. Les mobilisations actives avaient été exécutées correctement et, lors des mobilisations passives articulaires, l'intéressée n'avait manifesté que rarement des douleurs par des grimaces, défenses ou esquives. Sur le plan rhumatologique, l'expert a constaté que la recourante n'avait pas de perte significative de la force de préhension. Sur le plan psychique, les experts ont décrit l'intéressée comme faisant plus jeune que son âge - bien qu'en apparence d'un état général diminué - et se déplaçant avec lenteur et difficulté. Ils ont ajouté ne pas relever de signes en faveur d'une élévation pathologique de l'humeur, de troubles de la personnalité ou d'autres troubles, que ce soit notamment dans un registre anxieux ou psychotique. Ils ont estimé que l'anamnèse et l'observation n'étaient pas totalement congruentes, en ce sens qu'il n'y avait notamment pas les troubles cognitifs allégués, que l'hygiène était préservée et l'habillement correct et que la tristesse n'apparaissait pas très envahissante et importante. Ces éléments parlaient contre un trouble dépressif grave. Cette appréciation était par ailleurs confirmée par le fait qu'il n'y avait pas de suivi psychiatrique et que le médecin généraliste était visité mensuellement, voire moins, ce qui était peu s'il s'agissait d'un trouble de l'humeur sévère. On retrouvait en outre les troubles habituels associés à la fibromyalgie, à savoir des céphalées, une fatigue et divers troubles fonctionnels, notamment une colopathie. Pour ces raisons, les médecins ont conclu au fait que la symptomatologie dépressive était légère au moment de l'examen et qu'elle semblait être fluctuante dans le temps, mais jamais vraiment sévère, ceci depuis 1998. Ils ont dès lors posé le diagnostic de dysthymie. Ainsi, concernant la fibromyalgie entrant dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux, une comorbidité psychiatrique légère a été retenue. Les experts ont relevé que, par ailleurs, il n'y avait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas d'état psychique cristallisé et pas d'échec des traitements ambulatoires. Enfin, contrairement aux déclarations de la recourante, le contexte social était relativement bien conservé. L'intéressée avait en effet indiqué conserver des contacts réguliers avec une autre femme qui vivait dans le même immeuble, ainsi qu'avec les différents membres de sa famille. Une dépendance à l'égard de ses filles et de son mari pour les

courses et les activités les plus lourdes physiquement avait été relevée – qualifiée d’habituelle dans le cadre de troubles somatoformes par les médecins –, faisant par-là ressortir le soutien dont elle bénéficiait dans son réseau social.

Force est de constater que, en sus des éléments pertinents de l’anamnèse de la recourante et d’une analyse minutieuse des pièces du dossier, les experts ont fait part de leurs conclusions non sans procéder à une discussion étayée du cas d’espèce après avoir examiné cliniquement l’intéressée et pris en compte ses plaintes. En particulier, les experts ont clairement exposé les motifs conduisant à retenir que l’état dépressif n’était que léger. On ajoutera que l’analyse opérée par les experts est en outre en accord avec la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de syndrome douloureux somatoforme (cf. consid. 6c *supra*). De fait, l’importance des plaintes de la recourante, et partant de son trouble somatoforme douloureux, ne concorde pas avec les constatations objectives des experts, ce qui amène à retenir un phénomène d’exagération des symptômes. En outre, l’application de la grille d’évaluation de la capacité résiduelle de travail établie par le Tribunal fédéral plaide en défaveur d’une incapacité de travail. A ce sujet et en particulier, il ressort notamment de l’expertise que la comorbidité est légère – en ce sens que le trouble fibromyalgique n’est pas associé à une psychopathologie incapacitante –, que le suivi médical est négligé par la recourante et que le contexte social est relativement conservé, permettant ainsi de relativiser la répercussion de l’atteinte dans les différents domaines de la vie de l’intéressée.

Compte tenu de ce qui précède, on retiendra que le rapport d’expertise du 13 juin 2014 des Drs T._____, X._____ et L._____ remplit tous les critères requis par la jurisprudence fédérale pour se voir accorder pleine valeur probante. Il y a donc lieu de se rallier à leurs conclusions selon lesquelles la recourante dispose d’une capacité de travail totale, au demeurant confirmée par le Dr C._____ (cf. rapport du 25 juin 2014).

cc) Le rapport des Dresses E._____ et P._____ du 24 novembre 2016, produit en procédure de recours, n'est pas de nature à remettre en question les conclusions de cette expertise. Tout d'abord, le fait que la recourante ait désormais un suivi médical plus soutenu ne remet pas en cause la constatation selon laquelle elle a négligé son suivi médical. En effet, le suivi de psychothérapie a débuté en été 2015, soit postérieurement au rapport d'expertise du 13 juin 2014 au sein duquel cette négligence avait été relevée. Le comportement de la recourante a ainsi été influencé par la procédure en matière d'assurance en cours (cf. consid. 6c/cc *supra*). Ensuite, force est de constater que les Dresses E._____ et P._____ ne disposent pas du titre de spécialiste en psychiatrie. Ainsi, même si ces médecins travaillent au sein d'un service psychiatrique, les diagnostics posés sont sujets à caution dès lors que, conformément à la jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6 ; TF 9C_80/2011 du 17 octobre 2011). On relèvera en outre que ces médecins ne sauraient se prévaloir d'un suivi régulier de la recourante. Il ressort en effet du rapport du 24 novembre 2016 que la Dresse P._____ n'avait vu qu'une seule fois l'intéressée au moment de la rédaction dudit rapport, soit le 1^{er} novembre 2016, aucun suivi effectué par le Dresse E._____ n'y étant évoqué par ailleurs. A toutes fins utiles, il est constaté que le suivi psychothérapeutique débuté en été 2015 est opéré par « Mme [...] », qui n'est pas médecin.

Cela étant et en ce qui concerne la teneur du rapport du 24 novembre 2016, on relève que les Dresses E._____ et P._____ ont notamment rapporté les plaintes de la recourante, au sujet desquelles il a cependant été retenu ci-dessus un phénomène d'exagération des symptômes (cf. consid. 8d/bb *supra*). A cet égard, on ne décèle pas, dans le rapport, une confrontation entre ces plaintes et des constatations objectives effectuées par les médecins, contrairement à ce qui a été fait par les experts. Au demeurant et quoi qu'il en soit, le tableau clinique ressortant du rapport du 24 novembre 2016 n'apparaît pas plus grave que celui décrit par les experts et ne fait dès lors pas ressortir une péjoration

de l'état de santé de la recourante. Le fait qu'un épisode dépressif moyen ait été relevé dans ledit rapport n'est pas de nature à contredire l'expertise ; les experts ont en effet relevé le caractère fluctuant dans le temps de la symptomatologie dépressive et ont uniquement exclu l'existence d'épisodes de degré sévère. On relèvera d'ailleurs qu'un épisode dépressif moyen avait déjà été retenu par le Dr G. _____ dans son rapport du 15 janvier 2013, dont les experts ont eu connaissance. Aucun élément objectif ne vient dès lors invalider le raisonnement des experts et, partant, le diagnostic de dysthymie, lequel ne saurait justifier une incapacité de travail. Concernant le diagnostic de trouble de la personnalité à traits dépendants, il est constaté que les Dresses E. _____ et P. _____ ne se prononcent pas sur une incapacité de travail qui en découlerait.

Enfin, il y a lieu de rappeler que, conformément à la jurisprudence (cf. consid. 5 *supra*) et contrairement à ce que semble soutenir la recourante, il n'appartenait pas à l'intimé de démontrer pour quelles raisons le rapport des Dresses E. _____ et P. _____ du 24 novembre 2016 n'était pas pertinent, mais bien à l'intéressée d'apporter des éléments objectifs et médicalement attestés qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts. Or, le rapport du 24 novembre 2016 ne fournit aucun indice d'une aggravation notable et durable de l'état de santé de la recourante depuis le rapport d'expertise du 13 juin 2014.

dd) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la situation médicale de la recourante a été établie à satisfaction et de manière convaincante par les experts, ne laissant pas subsister de doutes, ce que n'ont fait que confirmer les deux avis médicaux du Dr C. _____ des 25 juin 2014 et 6 janvier 2017. L'intimé était par conséquent légitimé à rendre la décision litigieuse sans plus amples mesures d'instruction (sur l'appréciation anticipée des preuves ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2 ; TF 8C_660/2015 du 24 février 2016 consid 4.1).

Les griefs de la recourante tirés d'une instruction incomplète et d'une violation de son droit d'être entendu doivent ainsi être rejetés.

e) Il est constant que la rente d'invalidité de la recourante lui a été octroyée par décisions du 25 août 2000 en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (cf. consid. 8c *supra*) et qu'aux termes de l'expertise probante des Drs T._____, X._____ et L._____, ce diagnostic subsiste (cf. consid. 8d *supra*). L'application de la nouvelle jurisprudence applicable en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (cf. consid. 6c *supra*) ne permet cependant pas de retenir que la fibromyalgie de la recourante présenterait un caractère invalidant (cf. consid. 8d *supra*). Au surplus, aucune atteinte à la santé, médicalement objectivée ou non, susceptible de justifier une incapacité de travail chez l'intéressée, ne ressort du rapport d'expertise du 13 juin 2014 (cf. consid. 8d *supra*).

En définitive, compte tenu de ce qui précède et en application de l'al. 1 de la let. a des dispositions finales entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 dans le cadre de la 6^e révision de la LAI (modification du 18 mars 2011) et de la jurisprudence fédérale y relative (cf. consid. 7b *supra*), l'intimé était légitimé à réviser la rente d'invalidité de la recourante par la décision litigieuse, en la supprimant.

9. a) Au vu de ce qui précède, les conclusions de la recourante sont mal fondées et c'est à juste titre que l'intimé a supprimé sa rente d'invalidité. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée. En outre, la requête d'effet suspensif est sans objet, compte tenu du présent arrêt sur le fond.

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 cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé

en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 ; 91 et 99 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'elle est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] ; art. 18 al. 5 LPA-VD).

En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1, 91 et 99 LPA-VD), pas plus que l'intimé en sa qualité d'assureur social (ATF 127 V 205).

La recourante bénéficie par ailleurs, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Vanessa Egli (art. 118 al. 1 let. c CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD). La liste des opérations de cette dernière a été adressée à la Cour de céans le 3 avril 2017 et totalise 8 heures 45. Vérifiée d'office, cette liste doit être approuvée. L'indemnité d'office sera dès lors fixée à 1'757 fr. 05 (débours par 51 fr. 90 et TVA par 130 fr. 15 compris). La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD).

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser, dès qu'elle est en mesure de le faire, les frais de justice et l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat (art. 123 al. 1 CPC ; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Vanessa Egli est arrêtée à 1'757 fr. 05 (mille sept cent cinquante-sept francs et cinq centimes), débours et TVA compris.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Vanessa Egli (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).

Le greffier :