

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mai 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Di Ferro Demierre et Durussel, juges
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

O. _____ ([...]), à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. a) O._____ (auparavant : [...]: [ci-après : l'assurée ou la recourante), originaire d'ex-Yougoslavie, est née en [...]. Elle est mariée et mère de trois enfants nés en [...],[...] et [...]. Arrivée en Suisse en 1983, elle est titulaire d'un permis d'établissement. Elle a travaillé à plein temps depuis 1983, en particulier comme ouvrière pour N._____ du mois de novembre 1991 jusqu'au mois de février 2000.

En mars 2001, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en alléguant souffrir de maux de tête et de douleurs sur tout le côté gauche du corps depuis le mois d'octobre 1999, entraînant une incapacité de travail depuis le 1^{er} mars 2000. Son médecin traitant, le Dr U._____, spécialiste en médecine interne générale, a fait état de «douleurs somatiformes au niveau de l'hémicorps gauche et de céphalées tensionnelles [...] depuis 1½ à 2 ans». Sa patiente s'était plainte de douleurs semblables au niveau de l'hémicorps droit environ trois ans auparavant, toutefois moins importantes et sans incapacité de travail à l'époque. Les douleurs actuelles interdisaient tout effort, y compris les travaux ménagers, et entraînaient une incapacité de travail totale depuis le 1^{er} mars 2000. Les examens pratiqués n'avaient pas permis de déceler une origine somatique objectivable aux douleurs, qui étaient résistantes à tout traitement, sous réserve d'une légère diminution sous Aulin® (rapport du 26 mai 2001 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud [ci-après : OAI ou l'intimé]). Dans un rapport du 20 juillet 2001 à l'assurance-maladie perte de gain [...], ce même médecin a posé les diagnostics de troubles somatiformes de l'hémicorps gauche et de céphalées tensionnelles, en ajoutant cependant que si l'origine des douleurs n'avait pas pu être établie de manière tout à fait précise, il semblait bien qu'il s'agissait de «douleurs squelettique étant donné que la symptomatologie [était] améliorée par des AINS et [que les] examens hématochimiques [étaient] parfaitement normaux».

L'OAI a mandaté le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour une expertise. Dans un rapport du 12 novembre 2002, ce médecin a posé les diagnostics de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques, ainsi que de trouble dysthymique. Il a décrit comme suit les plaintes de l'assurée :

« **2.B. Plaintes de l'assurée :**

L'expertisée indique que cela fait 2 ans et demi qu'elle ne se sent pas bien. Elle se sent triste, pas tous les jours, mais ne pleure pas pour ne pas inquiéter ses enfants. Elle ne se sent pas coupable et n'a pas de projet précis pour se suicider, même si parfois elle y pense. Mme O._____ parle également de ses problèmes de sommeil. Elle met environ 2 à 3 heures pour s'endormir et a un sommeil perturbé avec de fréquents réveils. A ces réveils, elle souffre de maux de tête et n'arrive plus à se rendormir. Elle reste cependant couchée sur son lit sans dormir et se lève vers 6 heures le matin pour réveiller ses enfants.

L'assurée se plaint de douleurs diffuses et continues dans l'hémicorps gauche. Ces douleurs sont présentes depuis 2 ans et demi et se localisent à la tête, dans la colonne vertébrale, dans les jambes et aux talons. Les douleurs sont présentes presque tous les jours, mais il arrive qu'elles soient absentes 2 à 3 jours par mois. Elle ressent constamment des picotements et a des lourdeurs dans tout le corps. Elle explique qu'elle prend régulièrement un médicament et va se coucher pour rester au calme. Lors de crises qui peuvent durer de 3 à 4 jours, elle reste toute la journée au lit, ayant mal partout. Elle dit avoir un manque de forces constant, ne pas avoir d'énergie et se sentir tout le temps fatiguée.

L'appétit de l'assurée est actuellement conservé, mais elle a eu par manque d'appétit une perte de poids d'environ 7 kilos au cours de l'année 2001. Actuellement, le poids est stable. Lorsque les crises de douleurs sont trop fortes, l'expertisée ne mange pas sinon elle vomit. La libido est conservée. Les oublis sont très fréquents. Elle a également de la peine à rester concentrée plus de quelques minutes et n'aime pas regarder la télévision. Elle indique une abulie totale. Depuis l'été 2002, l'expertisée s'inquiète à propos de sa santé, car elle ne comprend pas ce qu'elle a. Il lui arrive de penser qu'elle a un cancer mais son médecin traitant parvient à la rassurer. Elle indique une baisse globale de sa motivation et de son élan vital.

Madame O._____ n'aime pas sortir et reste beaucoup seule à la maison. Elle indique une irritabilité au bruit qui l'empêche de se rendre dans les grands magasins où elle souffre de bouffées de chaleur. Elle n'a pas de peine à respirer et n'a pas de picotements ou les mains moites. Elle n'a pas peur des gens mais a plutôt peur d'un malaise. Elle n'a jamais présenté une attaque de panique.

Elle se plaint également d'avoir des vertiges en cas de fortes crises, mais elle ne tombe pas. Elle explique alors qu'elle se couche tout de suite pour éviter la chute. Elle n'a pas de mal à respirer, ne se sent

pas oppressée et n'a pas de palpitations. Elle ne souffre pas de douleurs au ventre ni d'une sensation de nœud au thorax ou au ventre. L'assurée considère inefficace l'ensemble de ses traitements. »

Au terme de l'expertise, le Dr H._____ a constaté que les atteintes à la santé psychique entraînaient une incapacité de travail de l'ordre de 70 % du 1^{er} mars 2000 jusqu'au début de l'année 2003, puis une incapacité de travail de 50 % dans toute activité professionnelle, «en tenant compte de la forte motivation de l'expertisée à reprendre une activité lucrative et en cas d'application des mesures thérapeutiques [proposées]». Ces mesures thérapeutiques consistaient en la poursuite du suivi par le médecin traitant, sous traitement médicamenteux antidépresseur.

Le 25 novembre 2002, le Dr R._____, médecin au sein du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a proposé de constater une incapacité de travail de 100 % du 1^{er} mars 2000 au 31 décembre 2002, puis une incapacité de travail de 50 %, dans toute activité professionnelle, en raison des atteintes constatées par le Dr H._____.

Par décision du 25 juin 2003, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2001, puis une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2003.

b) Lors d'une première procédure de révision de rente, l'OAI a demandé un nouveau rapport médical au Dr U._____. Celui-ci a fait état d'un état de santé stationnaire, avec des douleurs somatiformes au niveau de l'hémicorps gauche, des céphalées tensionnelles chroniques et un syndrome lombo-vertébral lombaire (rapport du 24 novembre 2003). L'OAI a ensuite procédé à quelques mesures d'instruction avant d'ordonner une nouvelle expertise par le Dr H._____. Dans un rapport du 11 février 2005, ce médecin a constaté une aggravation du tableau somato-algique et tymique depuis la dernière expertise, se manifestant principalement par des migraines importantes, des douleurs à l'hémicorps gauche, des symptômes conversifs et une perte de l'élan vital. L'assurée se plaignait

principalement de crises migraineuses survenant trois à quatre fois par mois durant trois jours. Elle évoquait également des douleurs à l'hémicorps gauche (notamment nuchalgies, dorsalgies et douleurs aux membres supérieurs et inférieurs), aggravées depuis 2005. Lors des crises migraineuses, l'assurée souffrait de vertiges et de nausées, ainsi que de vomissements occasionnels. Elle indiquait également des picotements à l'œil gauche, un manque de force à la main gauche avec lâchage d'objets lourds et des fourmillements à la jambe gauche. Elle faisait état d'insomnies et de fatigue diurne, d'une légère nervosité, de troubles de la mémoire et d'une baisse de la libido, se disait triste et présentait une idéation suicidaire passive. Au vu notamment de ces plaintes et de ses observations cliniques, le Dr H. _____ a posé les diagnostics de trouble dépressif majeur, épisode isolé, gravité actuelle légère, de trouble de conversion avec présentation mixte et de trouble somatisation. Il a exposé que les difficultés de communication avec l'assurée ne lui avaient pas permis d'investiguer à propos d'un éventuel trouble de la personnalité, mais constatait néanmoins une personnalité fruste à fortes défenses psychosomatiques, sans capacité d'introspection ni d'élaboration. Les limitations fonctionnelles découlaient principalement des crises migraineuses, des douleurs généralisées à l'hémicorps gauches, avec une cohorte de symptômes d'allure convertive ainsi que des nausées et vomissements. Sur le plan thymique, ces limitations consistaient en une tristesse, une idéation suicidaire, une fatigue importante et des troubles de la mémoire. Le Dr H. _____ évaluait l'incapacité de travail à 70 %, observant, dans un complément d'expertise du 12 avril 2005, s'être probablement montré trop optimiste sur les perspectives de traitement et les effets à en attendre sur la capacité de travail lors de l'expertise réalisée en 2002.

Le 25 mai 2005, le Dr D. _____, médecin au SMR, s'est déterminé sur le dossier et a estimé que la légère péjoration de l'état thymique de l'assurée ne justifiait pas de constater une modification de la capacité résiduelle de travail depuis l'appréciation du SMR du 25 novembre 2002.

Le 8 juin 2005, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il maintenait sans changement le droit aux prestations dont elle était titulaire.

c) Le 5 mars 2013, l'OAI a ouvert une nouvelle procédure de révision. Il a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire au Centre [...] (ci-après : Centre W._____). L'expertise a été réalisée par les Drs C._____, spécialiste en médecine interne générale, S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et P._____, spécialistes en rhumatologie. Dans un rapport du 20 février 2015, ces médecins ont notamment posé les diagnostics de trouble somatoforme indifférencié, céphalées tensionnelles, troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec une discopathie en C6-C7 et L5-S1. Ils ont estimé que ces atteintes n'entraînaient aucune incapacité de travail, les céphalées pouvant toutefois «engendrer des arrêts de travail itératifs et imprévus». Les experts ont en particulier observé que le trouble somatoforme n'était associé à aucune autre pathologie psychiatrique sévère, qu'il n'y avait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'altération manifeste des relations interpersonnelles, pas d'état psychique cristallisé ni d'échec des traitements ambulatoires.

Le 27 mai 2015, l'OAI a notifié à l'assurée un projet de décision de suppression de la rente dont elle était titulaire.

Le 7 juillet 2015, Me Jean-Michel Duc, pour l'assurée, a contesté ce projet de décision et a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale.

Par décision du 21 octobre 2016, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée, avec effet dès le premier jour du 2^{ème} mois qui suivrait la notification de la décision. Il précisait que son service de réadaptation prendrait contact avec l'assurée pour examiner l'octroi de mesures de nouvelle réadaptation. Si de telles mesures étaient allouées,

le versement de la rente serait poursuivi jusqu'au terme des mesures, mais au maximum pendant deux ans.

B. a) Par acte du 23 novembre 2016, Me Duc, agissant pour O._____, a recouru contre la décision du 21 octobre 2016, dont il a demandé la réforme en ce sens qu'une rente entière d'assurance-invalidité soit allouée «dès le 1^{er} octobre 2012», sous suite de frais et dépens. Il conteste notamment la valeur probante du rapport d'expertise du Centre W._____ et se réfère aux expertises établies par le Dr H._____, ainsi qu'aux rapports des médecins traitants figurant au dossier. Il observe notamment que la seconde expertise du Dr H._____ aurait justifié, en 2005 déjà, l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2013 [recte : 2003]. Il requiert un complément d'instruction sous forme d'une expertise pluridisciplinaire ainsi qu'une audience de débat public.

La Cour des assurances sociales a ouvert une procédure de recours sous le numéro de cause AI 321/16.

L'OAI a produit son dossier et a proposé le rejet du recours, le 5 janvier 2017.

b) Postérieurement à la décision litigieuse du 21 octobre 2016, l'OAI a alloué à l'assurée une mesure de nouvelle réadaptation, sous la forme d'un entraînement à l'endurance auprès de B._____, à [...], dès le 1^{er} décembre 2016. Une rente a été allouée pour la durée de ces mesures. Par projet de décision du 1^{er} juin 2017 et décision du 28 novembre 2017, l'OAI a toutefois interrompu la mesure et mis fin au droit à la rente avec effet au 31 mai 2017. La rente ayant encore été versée en juin 2017 par la Caisse cantonale de compensation, l'OAI a exigé la restitution de cette prestation par décision du 22 juin 2017.

Me Duc, pour l'assurée, a recouru contre les décisions des 22 juin 2017 et 28 novembre 2017. Il a demandé la réforme de la décision du 28 novembre 2017 en ce sens que la mesure de nouvelle réadaptation soit

prolongée postérieurement au 15 mai 2017, sous la forme d'un bilan de compétence et d'orientation. Il a par ailleurs demandé l'annulation de la décision de restitution du 22 juin 2017. Il a requis la suspension de ces deux procédures de recours jusqu'à droit connu sur le recours contre la décision de suppression de rente du 21 octobre 2016.

La Cour des assurances sociales a ouvert une procédure de recours contre la décision du 22 juin 2017, sous le numéro de cause AI 251/17 et une procédure de recours contre la décision du 28 novembre 2017, sous le numéro de cause AI 17/18. Dans ce contexte, le dossier de l'intimé actualisé a été produit. Il en ressort notamment un rapport intermédiaire établi le 22 février 2017 par B._____ selon lequel la mesure n'avait pas eu d'effet positif sur la vie de l'assurée. Au terme de ce même rapport, il a été conclu que :

« La situation n'a pas vraiment évolué dans le sens escompté. Au-delà des constats faits lors du premier bilan, Madame O._____ a, depuis peu, du mal à supporter la poussière émise par le travail de la pierre effectué par d'autres participants, ainsi que les odeurs de peinture et de vernis. Ses maux de tête très fréquents la rendent particulièrement sensible aux bruits environnants. Par ailleurs, nous observons toujours un manque d'engagement et de conscientisation des enjeux liés à cette mesure. Tout cela nous amène à nous interroger sur la suite. Hormis la question de sa santé qui nous interroge passablement vu le peu d'informations précises que nous possédons, nous avons le sentiment d'être dans une impasse avec, en face de nous, une personne qui ne prend pas suffisamment les bienfaits d'une telle mesure, ainsi que tout ce que nous pouvons lui proposer (cours de français notamment). Nous pourrions continuer comme cela pendant encore longtemps, sans que cela change quoi que ce soit, en vue d'une amélioration visant une reprise d'activités dans la vie de Madame O._____. En conclusion, nous ne proposerons pas de prolongation à cette présente mesure ».

La Cour des assurances sociales a suspendu ces deux causes jusqu'à droit connu dans la cause AI 321/16 (ordonnance du 14 février 2018 dans la cause AI 17/18 et ordonnance du 5 mars 2018 dans la cause AI 251/17).

c) Poursuivant l'instruction de la cause AI 321/16, le tribunal a mandaté la Policlinique [...] (ci-après : Policlinique T._____). Dans un rapport partiel du 16 juillet 2018, le Dr Z._____, spécialiste en

rhumatologie, a notamment exposé que l'assurée présentait une symptomatologie douloureuse chronique, comprenant des céphalées, cervico-dorso-lombalgies, douleurs du membre supérieur droit, du membre inférieur gauche et du bras gauche, chroniques, d'étiologie indéterminée. Au diagnostic différentiel, il n'y avait pas d'élément orientant vers une étiologie inflammatoire, tumorale, fracturaire, neurologique compressive, toxique, métabolique ou auto-immune. Pour sa part, le Dr Q._____, spécialiste en neurologie, a précisé, dans un rapport partiel du 13 août 2018, que les plaintes étaient dominées par une céphalée qui ne correspondait pas à une céphalée de tension, mais à une migraine très fréquente, survenant entre dix et quinze jours par mois. Le tableau clinique était fortement invalidant, malgré une bonne réponse à la médication spécifique à base de triptans. L'assurée mentionnait de manière plausible que même avec l'antimigraineux, qui soulageait la composante douloureuse de la migraine, elle n'était pas en mesure d'effectuer quelque tâche que ce soit lors de l'accès migraineux. La symptomatologie douloureuse au membre inférieur gauche pouvait être liée à une compression radiculaire, ce qui devrait faire l'objet d'une exploration neuroradiologique. Cette symptomatologie était toutefois subjectivement au deuxième plan, ne s'accompagnait pas d'autre signe radiculaire, les troubles sensitifs étant par ailleurs diffus et mal systématisés, traduisant une vraisemblable surcharge. Les répercussions de ce syndrome radiculaire non déficitaire du membre inférieur gauche étaient peu sévères. Le troisième expert désigné, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a exposé dans un rapport partiel du 4 septembre 2018, que l'assurée présentait un syndrome douloureux somatoforme persistant accompagné d'une symptomatologie dépressive moyenne. La situation était assez complexe dans la mesure où l'expert neurologue posait un diagnostic de migraines pour expliquer les céphalées, qui constituaient la plainte principale de l'assurée. Néanmoins, le tableau clinique intégrait également un syndrome douloureux somatoforme persistant pour les plaintes douloureuses relatives à l'appareil locomoteur. L'expertisée était enkystée dans une symptomatologie douloureuse, ce qui diminuait sa flexibilité et ses capacités d'adaptation de façon moyenne à sévère. L'endurance était

diminuée par les troubles du sommeil et les capacités d'affirmation de l'assurée étaient faibles, le sens du contact envers des tiers restant toutefois possible dans le cadre de la famille proche. La capacité d'évoluer au sein d'un groupe plus large était fortement limitée, l'expertisée n'ayant pas l'énergie minimale pour investir les relations extra-familiales. Bien que l'assurée soient parvenue à s'inscrire dans une activité professionnelle durant quelques années, l'apparition de sa symptomatologie douloureuse avait dépassé ses faibles ressources et ne lui avait plus permis d'interagir de façon différenciée en dehors de sa famille proche, dont elle était dépendante de façon pathologique. Cet état de régression au sein de sa famille ne pouvait pas être considéré comme une ressource.

Au final, les limitations fonctionnelles l'emportaient sur de faibles ressources. Enfin, dans un rapport de synthèse du 25 septembre 2018, les Drs Z._____, Q._____ et J._____ ont fait état des diagnostics de céphalées migraineuses, de douleurs au niveau du membre inférieur gauche sur possible compression radiculaire et de syndrome douloureux somatoforme persistant accompagné d'une symptomatologie dépressive moyenne. Les répercussions du possible syndrome radiculaire non déficitaire du membre inférieur gauche étaient peu sévères et n'avaient pas justifié la réalisation d'une IRM dans le cadre de l'expertise. Les migraines étaient présentes depuis le début de la symptomatologie douloureuse, au début des années 2000, et entraînaient d'importantes répercussions fonctionnelles avec diminution de la capacité de travail. S'y ajoutait un syndrome somatoforme douloureux persistant qui entraînait lui aussi une diminution des ressources et des capacités adaptatives de l'expertisée. Il était accompagné d'une symptomatologie dépressive moyenne qui participait aussi aux limitations fonctionnelles. De ce fait, l'assurée présentait une incapacité de travail totale, «probablement depuis l'expertise Centre W._____ de 2015, puisque Madame O._____ signale une aggravation des symptômes douloureux depuis lors». Auparavant, la capacité de travail pouvait être évaluée à 30 %. La divergence d'avec l'expertise du Centre W._____ s'expliquait principalement par le fait que le diagnostic de migraines n'avait pas été retenu par les experts à l'époque, en l'absence d'examen neurologique.

d) Les parties se sont déterminées sur l'expertise judiciaire. Le 23 octobre 2018, l'intimé a estimé que l'expertise établie par le Centre W._____ était davantage probante, en particulier sous l'angle psychiatrique. Il a produit un avis dans ce sens, établi le 5 octobre 2018 par le Dr K._____, médecin au SMR. Pour sa part, la recourante a conclu, le 14 décembre 2018, à l'octroi d'une rente entière avec effet rétroactif au 21 octobre 2011, sous suite de frais et dépens.

e) Le 26 février 2019, la recourante a sollicité son audition et celle de sa fille. Le juge instructeur a rejeté ces réquisitions de preuves complémentaires par courrier du 4 mars 2019, sous réserve de l'avis contraire de la Cour.

f) Une audience de débats publics s'est tenue le 6 mai 2019 au cours de laquelle le conseil de la recourante a plaidé.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. La recourante soutient avoir droit à une rente entière dès le 21 octobre 2011 alors que l'intimé a mis fin, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision litigieuse, à la demi-rente dont la recourante était titulaire.

3. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de

preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

4. a) Dans un ATF 130 V 352, le Tribunal fédéral a posé la présomption que les effets d'un trouble somatoforme douloureux peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part de la personne assurée, de sorte qu'ils n'entraînent pas d'incapacité de travail et, partant, pas d'invalidité. Selon cette jurisprudence, qui a par la suite été étendue à l'ensemble des syndromes sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (cf. ATF 132 V 65, 136 V 279 et 137 V 64), cette présomption peut être renversée en présence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, ou d'un cumul de divers critères tels qu'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ou l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, ainsi que de mesure de réhabilitation, en dépit du comportement coopératif de la personne assurée (sur cette jurisprudence : Margit Moser-Szeless, in

Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, no 15 sv. ad art. 8 LPGA).

b) aa) Le Tribunal fédéral a par la suite modifié sa pratique en ce qui concerne les atteintes en question. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 4.2, 3.4 et 3.5), et a introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a par ailleurs étendu cette jurisprudence aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). 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 (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

bb) Selon la jurisprudence récente, la preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend 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

physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le 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 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 les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend 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 (inévitable) 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 les références citées).

5. En l'espèce, le droit aux prestations de la recourante a déjà fait l'objet d'une décision en 2003, par laquelle l'intimé a alloué à la recourante une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2001 au 31 décembre 2002, puis une demi-rente dès le 1^{er} janvier 2003. En 2005, le droit aux prestations a fait l'objet d'un nouvel examen matériel, au terme duquel l'intimé a maintenu sans changement la demi-rente. Il convient par conséquent de déterminer si les parties peuvent se prévaloir, à l'appui de leurs conclusions respectives, d'un motif légal de modification d'une prestation de l'assurance-invalidité allouée par une décision entrée en force.

6. La recourante ne mentionne pas les dispositions légales sur lesquelles se fonde sa demande de réexamen du droit aux prestations fixé par une décision entrée en force. On comprend toutefois à son argumentation qu'elle se réfère soit à l'art. 17 LPGA (révision), soit à l'art. 53 al. 2 LPGA (reconsidération).

7. a) Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Ces conditions s'appliquent également pour le réexamen d'une décision rendue en procédure simplifiée (art. 51 LPGA) et qui n'a pas été contestée dans un délai raisonnable (ATF 134 V 145 consid. 5.3.1 ; 132 V 412 consid. 5 ; 129 V 110).

L'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 133 V 50 consid. 4.1 et 4.2.1; 119 V 475 consid. 1b/cc).

b) La recourante soutient que l'intimé aurait dû, lors de la procédure de révision introduite en 2005, constater que sa capacité de travail était réduite de 70 % selon l'expert H._____. L'intimé aurait donc dû allouer une rente AI entière, dès le 1^{er} janvier 2003, «sous peine de tomber dans l'arbitraire». Cette argumentation revient à demander la

reconsidération de la décision informelle du 8 juin 2005, par laquelle l'intimé a communiqué à la recourante qu'il maintenait sans changement la demi-rente dont elle était titulaire. A supposer que les conditions en soient remplies, une telle reconsidération ne pourrait pas être imposée à l'intimé. Sur ce point, le recours est donc mal fondé.

8. a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 et les références citées). Pour déterminer si un changement déterminant s'est produit, il y a lieu de comparer, d'une part, les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et d'autre part, les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5).

Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt dès le mois où la demande de révision a été présentée par la personne assurée (let. a) ou, si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue (let. b).

b) En l'espèce, l'intimé a ouvert d'office la procédure de révision, le 5 mars 2013. En l'absence de demande déposée antérieurement par l'assurée, il est exclu qu'une révision du droit aux prestations prenne effet avant cette date.

Il reste à déterminer si une révision doit être admise dès le 5 mars 2013. Le dernier examen matériel du droit aux prestations, par l'intimé, remonte à l'année 2005, lors de laquelle celui-ci a maintenu sans

changement la demi-rente dont la recourante était titulaire. Il convient par conséquent d'examiner si une modification déterminante des circonstances s'est produite entre 2005 et la date de la décision litigieuse du 21 octobre 2016.

c) aa) Dans leur expertise du 25 septembre 2018, les médecins de la Policlinique T._____ n'ont pas constaté de modification notable de l'état de santé de la recourante, ni de sa capacité de travail, entre 2005 et 2015. Ils ont considéré, en se référant sur ce point largement aux deux expertises établies par le Dr H._____ les 12 novembre 2002 et 11 février 2005, que la capacité résiduelle de travail de l'assurée était limitée à 30 % depuis l'année 2000, comme l'allègue d'ailleurs la recourante. L'attestation de cette incapacité de travail par les experts de la Policlinique T._____ ne traduit donc aucune modification des circonstances depuis le dernier examen matériel du droit à la rente et ne justifie pas une révision du droit aux prestations.

bb) Les experts de la Policlinique T._____ considèrent que l'incapacité de travail de la recourante s'est aggravée entre 2015 et 2018, passant de 70 % à 100 %. Ils estiment que cette modification date «possiblement» de l'expertise réalisée par les Drs C._____, S._____ et P._____, pour le Centre W._____. Sur ce point, le rapport d'expertise est toutefois peu convaincant. D'abord, l'expertise ne décrit que très sommairement en quoi cette aggravation consiste et comment elle se manifeste. Les principaux symptômes exprimés par l'assurée, et qui dominant clairement le tableau clinique, sont des céphalées migraineuses. L'expert neurologue expose de manière convaincante que ces céphalées ne sont pas d'origine tensionnelle, comme l'admettait à l'époque le Dr U._____, mais migraineuse (le Dr H._____ mentionnant pour sa part également, à l'époque, des crises migraineuses). Il décrit de manière relativement précise la manière dont elles se manifestent, constatant qu'elles surviennent épisodiquement, deux à trois fois par mois pendant deux à trois jours, plus rarement cinq jours, soit en moyenne dix à quinze jours par mois. Dans l'intervalle, l'assurée n'a pas de douleurs, mais une sensation de tête lourde avec des acouphènes. Les céphalées

contraignent la recourante à se retirer et à rester étendue dans le calme. Elles entraînent des nausées et vomissements, une photophobie et une phonophobie. Cette description correspond dans une très large mesure à celle faite à l'époque par le Dr H._____, en particulier dans son rapport du 11 février 2005, et ne traduit pas une aggravation des céphalées. Sur le plan rhumatologique, les experts de la Policlinique T._____ constatent expressément l'absence d'aggravation depuis l'expertise du Centre W._____, et ne mettent en évidence aucune aggravation depuis 2005. Sur le plan neurologique, ils envisagent une possible compression radiculaire, à investiguer, tout en observant que les répercussions de cet éventuel syndrome radiculaire non déficitaire du membre inférieur gauche sont peu sévères et n'entraînent pas d'incapacité de travail.

cc) C'est finalement sur le plan psychiatrique que les experts de la Policlinique T._____ estiment que l'état de santé de l'assurée s'est péjoré entre 2015 et 2018, entraînant désormais, «probablement depuis l'expertise Centre W._____ de 2015», une incapacité de travail totale. Ils attribuent cette péjoration à un effondrement des ressources adaptatives de la recourante, sans toutefois exposer ce qui aurait notablement changé, de ce point de vue, entre 2015 et 2018. Par rapport à la situation prévalant en 2002 et 2005, les plaintes de la recourante, décrites par le Dr H._____ et par le Dr J._____, sont sensiblement les mêmes et ne paraissent pas s'être intensifiées, hormis le fait que la recourante a précisé au Dr J._____ que depuis deux ans, elle avait «l'impression» que le syndrome douloureux était devenu plus sévère avec maintenant d'importantes douleurs et des lâchages dans le membre inférieur gauche. On observera, sur ce dernier point, que la recourante faisait état, déjà en 2005, si ce n'est de lâchage du membre inférieur gauche, du moins de douleurs dans tout l'hémicorps gauche, de la tête au pied (nucalgies, dorsalgies et douleurs aux membres supérieurs et inférieurs).

Les constatations cliniques des Drs H._____ et J._____ ne permettent pas de constater de différence importante. Le Dr J._____ fait certes état d'une symptomatologie dépressive moyenne - alors que le Dr H._____ constatait pour sa part un état dépressif majeur de gravité

légère à l'époque -, mais cette divergence, qui peut tout à fait correspondre à une simple appréciation différente d'un même état de santé, ne suffit pas à constater une péjoration notable de l'état de santé et une aggravation de l'incapacité de travail.

Les répercussions des symptômes présentés par la recourante sur sa vie quotidienne, telles que décrites dans les expertises du Dr H. _____ et du Dr J. _____, sont très proches. En particulier, hormis les périodes pendant lesquelles elle souffre de crises migraineuses, la recourante décrit sa vie quotidienne en précisant effectuer un petit ménage léger (prise de poussière), puis la préparation d'un petit repas rapide pour elle-même et son époux. Si elle se sent bien, elle sort faire quelques pas avec ce dernier, rarement seule car elle a peur de tomber. Quelques fois, elle va jusqu'au supermarché voisin acheter du pain ou des légumes. Elle a renoncé au ménage lourd, comme l'aspirateur et le récurage, ainsi qu'à la lessive et au repassage. Elle prépare les repas avec l'aide de son mari et son fils fait la vaisselle. Elle n'a pas de hobby, regarde extrêmement rarement la télévision. En dehors de la famille, elle n'a aucun contact social. Avant, elle aimait se balader dans la forêt proche, mais elle n'ose plus s'éloigner de l'appartement en raison des douleurs dans le membre inférieur et gauche et de la peur de faire une chute. Elle a gardé de bons contacts avec ses parents et sa famille, qui vivent maintenant au Kosovo. Elle leur téléphone régulièrement et se rend en avion à Pristina deux fois par an avec son époux (expertise du 25 septembre 2018, p. 10 sv.). En 2002, le Dr H. _____ avait rapporté comme suit la description de ses journées par la recourante : «L'expertisée ne fait que peu de tâches ménagères à la maison. Elle cuisine trois à quatre fois par semaine pour la famille et il lui arrive de faire la vaisselle. Elle ne peut pas passer l'aspirateur sinon son dos se bloque, elle ne fait pas le repassage car elle n'arrive pas à rester longtemps debout et elle n'arrive pas à laver les vitres. Ce sont ses filles qui l'aident dans toutes les tâches ménagères. Elle ne reçoit pas d'aide extérieure. Son mari fait les commissions et l'assurée l'accompagne car elle ne peut pas porter des choses lourdes et n'aime pas aller seule dans les magasins. [...] Elle sort deux ou trois fois par semaine, environ 30

minutes, et aime aller se promener seule dans la forêt. Elle ne va pas très loin, mais apprécie la tranquillité et le fait qu'il n'y ait personne. Elle visite volontiers ses cousines. L'expertisée aime également parler avec ses enfants et son mari [...].» La description correspondante, en 2005, au Dr H._____, est analogue, l'assurée mentionnant toutefois également maintenir des relations sociales avec quelques amis, mais surtout avec ses cousines et son frère habitant à proximité. Ce dernier lui rendait visite régulièrement, mais elle était rapidement incommodée par le bruit de ses trois jeunes enfants. On constate qu'entre la situation prévalant entre 2002 et 2005, d'une part, et celle décrite par les experts de la Policlinique T._____ en 2018, les répercussions des atteintes à la santé sur la vie quotidienne sont similaires, hormis en ce qui concerne les promenades en forêt d'une demi-heure deux à trois fois par semaine, auxquelles la recourante a renoncé. Là encore, ce constat ne suffit pas à constater une péjoration notable de l'état de santé de la recourante ni une diminution de sa capacité résiduelle de travail depuis la précédente évaluation matérielle de son droit aux prestations. Les observations lors de la mesure de reclassement professionnel proposée à l'assurée postérieurement à la décision litigieuse - mais à laquelle Me Duc s'est référé dans sa plaidoirie en audience du 6 mai 2019 - ne permettent pas davantage d'objectiver une péjoration de l'état de santé.

d) Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de constater une modification importante des circonstances depuis cette dernière évaluation, pouvant justifier, en faveur de la recourante, la révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA.

9. a) L'intimé conclut pour sa part à la suppression de la demi-rente dont la recourante est titulaire. En substance, il estime que cette prestation ne pourrait pas être allouée aujourd'hui à l'assurée, compte tenu de l'évolution de la jurisprudence relative à l'appréciation des effets d'atteintes à la santé psychique sur la capacité de travail, et se réfère à la lettre a, chiffre 1, des dispositions transitoires relatives à la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6^{ème} révision, 1^{er} volet).

b) Selon la disposition transitoire à laquelle se réfère l'intimé, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique sont réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification du 18 mars 2011 de la LAI. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente est réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies. Par cette disposition transitoire, le législateur a souhaité permettre la suppression, par voie de révision, de rentes allouées à des personnes assurées présentant un trouble somatoforme douloureux alors que la jurisprudence n'avait pas encore posé la présomption qu'une telle atteinte à la santé était surmontable par un effort de volonté et n'entraînait pas d'incapacité de travail (ATF 130 V 352 et consid. 4a *supra*). Il s'agissait de permettre d'examiner le cas à l'aune de cette nouvelle jurisprudence et, cas échéant, de permettre la suppression de la rente alors même que les conditions ordinaires d'une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA n'étaient pas remplies. Cette disposition reste applicable malgré l'évolution de la jurisprudence depuis l'ATF 130 V 352, étant toutefois précisé qu'une rente ne peut être supprimée, en application des dispositions transitoires en question, que si le réexamen du cas au regard de la jurisprudence actuelle conduit à constater le caractère surmontable des atteintes à la santé. Cela revient à procéder à un examen à l'aide des indicateurs définis par cette jurisprudence (ATF 141 V 481 et consid. 4b *supra*).

c) L'intimé estime, en se référant à l'expertise du Centre W._____, qu'il est raisonnablement exigible de la recourante qu'elle surmonte ses atteintes à la santé et reprenne une activité lucrative à plein temps, sans diminution de rendement. Il considère que cette expertise est davantage probante que l'expertise établie par les médecins de la Policlinique T._____ et qu'elle «rend compte avec plus de précision de la situation médicale de l'assurée, notamment l'anamnèse et les examens cliniques, particulièrement sous l'angle psychiatrique». On ne saurait partager ce point de vue. Rendue en février 2015, soit avant la jurisprudence introduite par l'ATF 141 V 281, l'expertise du Centre W._____ n'a pas appliqué la grille d'évaluation exigée par cette

jurisprudence. Elle expose au contraire, de manière relativement lapidaire, que le trouble somatoforme n'est pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère, qu'il n'y a pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'altération manifeste des relations interpersonnelles, pas d'état psychique cristallisé et pas d'échec des traitements ambulatoire, ce qui conduisait à constater une pleine capacité de travail. En d'autres termes, elle a appliqué de manière relativement stricte la présomption posée par l'ATF 130 V 352, qui n'est toutefois plus d'actualité.

Pour leur part, les experts de la Polyclinique T._____ ont procédé à une analyse conforme à la grille d'évaluation désormais exigée par le Tribunal fédéral. Ils ont notamment procédé à une analyse de la gravité de l'atteinte à la santé, pris en considération une symptomatologie dépressive, procédé à une analyse de la cohérence entre le degré de gravité fonctionnel constaté et ses répercussion sur la vie quotidienne de la recourante, en examinant également les ressources dont elle pouvait éventuellement disposer. Au vu de leur expertise, on ne saurait constater que la recourante dispose d'une capacité de travail supérieure à 50 %, qui pourrait fonder la suppression ou la diminution du droit aux prestations en application des dispositions transitoires de la 6^{ème} révision de la LAI. Le point de savoir si leur expertise permet ou non de constater, de manière probante, une incapacité de travail supérieure à 50 %, doit être laissé ouvert. En effet, ces dispositions transitoires ne permettent pas une révision à la hausse du droit aux prestations lorsque les conditions d'une révision ordinaire selon l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies. Or, comme on l'a vu, l'expertise établie par la Polyclinique T._____ ne permet pas de constater une modification notable des circonstances au sens de cette disposition.

10. Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis en ce sens que la décision litigieuse de suppression de rente est annulée. Les conclusions de la recourante tendant à la réforme de cette décision en ce sens qu'une rente entière lui soit allouée sont en revanche rejetées.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, les frais seront à la charge de l'intimé, qui lui versera par ailleurs une indemnité de dépens. Me Duc a produit une liste de ses opérations dont il n'est toutefois pas possible de tenir compte dans la mesure où elle comprend, sans distinction, des opérations accomplies pendant la procédure administrative - soit notablement avant le dépôt du recours dans la présente cause, soit dans le contexte d'autres décisions postérieures à la décision litigieuse -, des opérations accomplies par son secrétariat - qui sont couvertes par le montant forfaitaire alloué à titre de débours (art. 11 al. 3 TFJDA) - ainsi que les opérations accomplies pour les besoins des causes AI 251/17 et AI 17/18, qui ne font pas l'objet du présent arrêt. Il convient par conséquent de fixer, en équité, à 3'300 fr. le montant de l'indemnité allouée à la recourante pour la présente procédure, débours forfaitaire et TVA compris. Ce montant tient compte notamment de l'ampleur du travail raisonnablement nécessaire, que l'on peut estimer à 14 à 16 heures au vu des écritures déposées et de l'audience, d'une part, et du fait que l'étude de Me Duc connaissait déjà le dossier avant la procédure de recours, pour l'avoir suivi pendant la procédure administrative préalable.

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

- I. Le recours est partiellement admis en ce sens que la décision rendue le 21 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée.

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

- III. L'Office de l'assurance-invalidité versera à O._____ une indemnité dépens de 3'300 fr. (trois mille trois cents francs).

- IV. Les autres conclusions de la recourante sont rejetées.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc (pour O._____)
- 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 :