

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 août 2020

Composition : Mme DESSAUX, présidente

M. Métral, juge, et Mme Silva, assesseure

Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante, représentée par PROCAP, Service juridique, à Bienne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 88a et 88^{bis} RAI.

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante kosovare née en 1967, est entrée en Suisse en 1996. Mariée et mère de trois enfants, nés respectivement en 1997, 1998 et 2002, elle s'est tout d'abord consacrée à leur éducation avant de déployer une activité lucrative à temps partiel. Sans formation professionnelle, elle a été engagée en qualité de manutentionnaire à environ 60 % par B. _____ dès le 21 janvier 2008.

Atteinte dans sa santé et en incapacité totale de travail depuis mars 2009, elle a requis des prestations de l'assurance-invalidité par demande formelle déposée le 3 septembre 2009 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

B. _____ a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 23 septembre 2009, indiquant avoir versé à l'assurée un salaire horaire de 24 fr. 33 dès avril 2008. Elle avait accompli son dernier jour de travail effectif le 17 mars 2009 et son contrat de travail avait été résilié avec effet au 31 août 2009.

L'OAI a recueilli des rapports auprès des médecins traitants de l'assurée, les Drs C. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et D. _____, médecin généraliste. Le Dr C. _____ a signalé, le 28 décembre 2009, que sa patiente présentait une dépression moyenne, « voire majeure », depuis fin janvier 2007. L'incapacité de travail était totale depuis mars 2009, consécutivement à un accident de travail (chute d'une boîte de conserve réceptionnée sur son avant-bras droit) survenu en mai 2008. Les complications de cet accident (opération du tunnel carpien et maladie de Sudeck) avaient précipité l'effondrement psychique progressif de l'assurée qui « portait toute sa famille », alors que son mari souffrait de dépression grave dans le contexte de deuils pathologiques et d'affections cardiaques.

Quant à la Dre D._____, elle a communiqué son rapport le 3 février 2010. Elle a posé les diagnostics incapacitants suivants :

- État dépressif moyen-sévère chronique.
- Algoneurodystrophie main droite (syndrome de Sudeck) avec exclusion progressive de l'utilisation du membre supérieur droit et syndrome douloureux chronique cervico-brachial (CRPS [complex regional pain syndrom] de type I).
- Status post traumatisme avec contusion directe de l'avant-bras droit en mai 2008.
- Statuts post opération du syndrome du tunnel carpien droit post traumatisme le 23 avril 2009.
- Spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négatif dès 2005 avec sacro-iliite.
- Hépatite B chronique active.
- Migraines accompagnées sévères.

La Dre D._____ a retenu une incapacité totale de travail dès octobre 2008 et un pronostic très mauvais en présence d'un contexte psychosocial « catastrophique ». Sa patiente ne pouvait plus utiliser son membre supérieur droit et était inhibée psychologiquement et intellectuellement du fait de sa dépression. Etaient annexés les rapports de différents examens spécialisés (cardiologie, neurologie, médecine interne, hépatologie) réalisés en 2008 et 2009, ainsi que les résultats d'analyses sanguines.

La Clinique F._____ a également adressé un rapport à l'OAI le 17 février 2010, relatant un CRPS, un status post infiltration du tunnel carpien droit et post infiltration de doigts à ressaut. L'incapacité de travail était totale dès avril 2009.

Par rapport du 21 juillet 2010, le Service médical régional de l'AI (SMR) a retenu les éléments suivants pour conclure à une incapacité totale de travail dans toutes activités :

« [...] Dans son RM [réd. : rapport médical] daté du 28.12.2009, le Dr C._____, psychiatrie FMH, qui suit l'assurée depuis mai 2009, retient une dépression moyenne voir majeure, depuis fin janvier 2007, avec IT [réd. : incapacité de travail] totale en toute activité depuis mars 2009 ; Mme A._____ ne parle pas le français, reçoit 60mg/j de Cymbalta, 3x5mg/j de Tranxilium, du Zolpidem en réserve. Dans le dossier perte de gain, l'IT suivie débute le 18.03.2009.

Dans son RM daté du 03.02.2010 la Dresse D._____, médecine générale, qui suit l'assurée depuis le 16.06.2009, atteste une CT [réd. : capacité de travail] nulle en toute activité dès octobre 2008 (sans motiver le pourquoi de cette date), en lien avec l'état dépressif moyen à sévère chronique, l'algoneurodystrophie de la main D [réd. : droite] avec exclusion progressive de l'utilisation du MSD [réd. : membre supérieur droit] (syndrome douloureux régional complexe) et syndrome douloureux chronique cervico-brachial D, le status après contusion directe de l'avant-bras D en mai 2008 (chute d'une canette de bière), le status post-opération du tunnel carpien D le 23.04.2009, la spondylarthrite ankylosante HLA-B27 négatif dès 2005 avec sacro-iliite, l'hépatite B chronique active, les migraines accompagnées sévères. L'assurée a été largement investiguée, il y a eu les échecs et complications thérapeutiques répétés, le tout s'inscrivant dans le cadre du trouble thymique important, d'une situation psycho-sociale catastrophique (mari au bénéfice d'une rente AI pour maladie coronarienne et dépression sévère chronique) chez une assurée ne parlant que l'albanais. L'hépatite B active complique sérieusement le traitement de la spondylarthropathie, considérée, à l'issue de l'hospitalisation de mars 2010 en rhumatologie au Centre hospitalier G._____, comme HLA-B27 positive axiale et périphérique ; dans le cadre de ce séjour hospitalier, l'assurée a bénéficié de perfusions d'Anafranil sur 5 jours.

L'ensemble des atteintes à la santé justifie une CT nulle en toute activité, depuis mars 2009, seule date attestée par le psychiatre et l'assurance perte de gain. »

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée au domicile de l'assurée le 18 février 2011 et complétée le 14 juillet 2011. Un degré d'invalidité de 16,6 % a été mis à jour dans la sphère d'activité ménagère, à laquelle l'assurée se consacrait à 40 %.

Le Dr C._____ a fourni un rapport actualisé le 16 avril 2012 et fait état d'une situation demeurée inchangée, évoluant vers la chronicité.

La Dre D._____ a de son côté rapporté, le 24 juillet 2012, les diagnostics suivants se répercutant sur la capacité de travail de sa patiente :

- Dépression majeure persistante.
- Cervicobrachialgies droites chroniques dans le cadre d'un syndrome douloureux complexe de type I.
- Spondylarthropathie axiale diagnostiquée en 2005, traitée en 2012.
- Capsulite rétractile épaule droite.
- Hépatite B chronique active traitée en 2011-2012.

- Spondylarthropathie dégénérative cervicale avec hernie discale paramédiane gauche et foraminale C5-C6.
- Migraines sévères sans aura, vomissements.

Selon cette praticienne, l'incapacité de travail demeurait totale dans toutes activités vu l'impotence fonctionnelle du bras droit et le trouble psychique majeur. Était une nouvelle fois joint un tirage du dossier médical de l'assurée, comprenant notamment des rapports des 19 avril 2010 et 17 septembre 2010 du Prof. M. _____ et de la Dre W. _____, du 29 septembre 2010 des Drs Z. _____ et Y. _____ et du 2 mars 2012 des Drs P. _____ et I. _____, médecins affectés au Service de rhumatologie du Centre hospitalier G. _____.

En date du 30 janvier 2013, l'OAI a déterminé un degré d'invalidité global de 67 %, lequel ouvrait le droit à trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2010. L'assurée a été mise au bénéfice de cette prestation par décisions des 22 avril 2013 et 27 mai 2013.

B. Dans le courant du mois de février 2015, l'OAI a initié une procédure de révision d'office du droit à la rente et questionné l'assurée sur l'évolution de sa situation. Elle a signalé les 10 et 24 mars 2015 que son état de santé s'était aggravé et précisé que, compte tenu de l'âge de ses enfants et des impératifs financiers, elle aurait exercé une activité lucrative à temps complet.

La Dre D. _____ a fait parvenir un rapport à l'OAI le 23 mai 2015, reprenant les diagnostics précédemment évoqués. Elle a ajouté que sa patiente souffrait désormais également d'une pansinusite chronique infectieuse et d'une hyperréactivité bronchique secondaire. La situation était chronifiée, l'assurée n'étant plus en mesure de travailler. Le pronostic était mauvais. Les pièces actualisées de son dossier médical étaient produites en annexe, à savoir notamment des rapports du 18 décembre 2012 des Drs P. _____ et O. _____ du Service de rhumatologie du Centre hospitalier G. _____, du 13 mars 2013 du Prof. R. _____ et du Dr S. _____ du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier G. _____, du 24 avril 2014 de la Dre T. _____,

spécialiste en rhumatologie, et du 3 décembre 2014 du Dr Q._____, spécialiste en neurochirurgie.

Le 5 mars 2016, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie ayant repris le suivi de l'assurée, a rapporté que celle-ci souffrait d'un trouble anxieux et dépressif persistant, lequel restreignait à 20 % l'exercice de l'activité habituelle et à 50 % celui d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (fatigabilité, angoisses, irritabilité et hyperesthésie). L'assurée bénéficiait d'entretiens de soutien mensuels et d'une pharmacothérapie.

Sur recommandation du SMR, l'OAI a diligenté un examen clinique rhumatologique de l'assurée, lequel a été réalisé le 29 juin 2016 par le Dr L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Le rapport correspondant, rédigé le 13 juillet 2016, fait état des diagnostics ci-après :

Avec répercussion durable sur la capacité de travail

- Cervicobrachialgies droites chroniques, discopathie C5-C6 avec protrusions disco-ostéophytaires paramédiane et foraminale gauche.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- Spondylarthropathie HLA-B27 négative au décours.
- Status post probable contusion de l'avant-bras droit en 2008.
- Status post complex regional pain syndrom (Sudeck) de l'avant-bras et de la main droits.
- Status post capsulite rétractile de l'épaule gauche.

Le Dr L._____ a communiqué ses constats et son appréciation du cas comme suit :

« [...] A l'examen clinique, la marche s'effectue d'un pas normal. Les marches sur la pointe des pieds et les talons sont réussies. L'accroupissement est profond. La position assise est maintenant pendant les 75 minutes de l'entretien. Il y a une diminution de la mobilité spontanée du MSD. Pour l'habillage et le déshabillage, l'assurée utilise principalement la main G [réd. : gauche]. La palpation est douloureuse au niveau des premières vertèbres dorsales, de la région scapulaire G, de l'avant-bras, du poignet et de la main du côté D. La colonne cervicale n'est pas douloureuse ; l'assurée limite l'extension alléguant une douleur localisée à la partie supérieure de la colonne dorsale. La mobilité lombaire n'est

que légèrement diminuée en extension. L'ampliation thoracique est de 3 cm.

Les articulations périphériques ne présentent pas de signe inflammatoire. Les amplitudes articulaires sont conservées.

La trophicité musculaire est bonne. L'assurée lâche contre une faible résistance sur l'ensemble du MSD. Elle signale une diminution de la sensibilité sur le visage et le cou du côté D, sur tout le MSD. La sensibilité vibratoire est préservée. Il n'y a pas de radiculopathie irritative ni déficitaire.

[...]

Les cervicobrachialgies D ne s'expliquent pas par la discopathie C5-C6 avec protrusion disco-ostéophytaire localisée du côté G. Dans le rapport du 13.03.2013, le Prof. R. _____ et le Dr S. _____ indiquent également que la symptomatologie ne semble pas être complètement compatible avec les examens radiologiques. Dans le rapport du 03.12.2014, le Dr Q. _____ relève également n'avoir aucun argument pour une hernie discale cervicale symptomatique. Sur une base biomécanique, la discopathie C5-C6 justifie une diminution des contraintes en évitant les activités en hauteur, les ports de charges répétitifs au-delà de 5 kg, les postures statiques de la colonne cervicale en flexion ou en extension, les mouvements répétitifs de rotation et flexion-extension.

Concernant la spondylarthrite, l'atteinte inflammatoire est très peu importante, même en l'absence de traitement de fond. Il n'y a pas de signe inflammatoire au niveau du rachis. Seuls des œdèmes ont été mis en évidence au niveau des articulations sacro-iliaques, mais sans érosion et sans ankylose osseuse. Lors de l'examen de ce jour, les articulations sacro-iliaques sont indolores. La mobilité lombaire est conservée. Les douleurs principales se situent au sommet de la colonne dorsale et le long de l'avant-bras D jusqu'au bout des doigts. Les douleurs et le handicap allégués par l'assurée ne s'expliquent donc pas actuellement par la spondylarthropathie. Cette constatation est également relevée par les rhumatologues du Centre hospitalier G. _____, qui ont plutôt l'impression qu'un trouble somatoforme douloureux est au premier plan, plutôt qu'une spondylarthropathie active (cf. rapport du Dr P. _____, Dr I. _____ du 26.09.2012). Dans le rapport du 18.12.2012, se basant sur la consultation du 11.12.2012, le Dr P. _____ et le Dr O. _____ constatent qu'il n'y a pas de signe d'activité de la spondylarthropathie. Le Dr T. _____ pense également que les douleurs sont à intégrer dans un syndrome douloureux chronique dans un contexte psychosocial (cf. rapport du 24.04.2014). La spondylarthropathie n'est donc plus incapacitante une fois que les rhumatologues du Centre hospitalier G. _____ ont constaté l'absence d'activité de la maladie, c'est-à-dire à partir du 11.12.2012 (cf. rapport du 18.12.2012).

La contusion de l'avant-bras D survenue en 2008 suite à la chute d'une caisse de bières était un traumatisme banal qui n'a pas provoqué de fracture. Dans les suites de l'opération d'un tunnel carpien D le 23.04.2009, l'assurée a présenté un CRPS de l'avant-bras et de la main D. [...]

L'examen clinique ne décrit pas de signe évocateur de cette atteinte. L'examen clinique de ce jour permet également d'écarter la présence d'un CRPS. Cette atteinte s'est donc résolue. Elle n'est plus incapacitante.

Le Dr Z. _____ et le Dr Y. _____ mentionnent, dans le rapport du 29.09.2010, la présence d'une capsulose [sic] rétractile de l'épaule.

Dans le rapport du 02.03.2012, le Dr P. _____ et le Dr I. _____ indiquent que la mobilité des épaules est complète, ce qui témoigne de la résolution de la capsulite. L'examen de ce jour montre également des amplitudes articulaires complètes aux épaules. Cette capsulose rétractile s'est donc résolue depuis plusieurs années et n'a pas récidivé.

L'évaluation ostéoarticulaire de ce jour ne met pas en évidence de pathologie significative justifiant une limitation de la CT dans l'activité de ménagère, ni dans une activité respectant les LF [réd. : limitations fonctionnelles] de la colonne cervicale. Le fractionnement des tâches doit permettre à l'assurée d'effectuer toutes les tâches ménagères même si les activités ne respectent pas toutes les limitations fonctionnelles. Les rhumatologues ayant examiné l'assurée relèvent la participation importante de facteurs psychosociaux dans l'expression des douleurs [...].

Sur le plan ostéoarticulaire, la disparition des signes d'activité de la spondylarthropathie constatés lors de la consultation rhumatologique du 11.12.2012 (cf. rapport du Dr P. _____, Dr O. _____, du 18.12.2012), la résolution du CRPS et de la capsulite rétractile de l'épaule (cf. rapport du Dr P. _____ et Dr I. _____ du 02.03.2012) permettent à l'assurée de retrouver une pleine CT comme ménagère ou dans toute autre activité respectant les LF de la colonne cervicale. Comme auxiliaire à B. _____, la manutention des marchandises est limitée en raison de l'atteinte cervicale. Cette activité n'est pas exigible.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique de la colonne cervicale dans le cadre d'une discopathie C5-C6. La perte d'activité de la spondylarthropathie, la résolution du CRPS et de la capsulite rétractile permettent à l'assurée de retrouver une pleine CT dans une activité adaptée sur le plan rhumatologique. [...] »

L'OAI a délivré un mandat d'expertise psychiatrique au Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, par communication du 12 octobre 2017, lequel a adressé son rapport le 8 février 2018. Cet expert n'a retenu aucun diagnostic incapacitant. Un épisode dépressif majeur en rémission et un trouble anxio-dépressif persistant ou trouble de l'adaptation mixte, avec humeur dépressive, léger et chronique, s'avéraient sans impact sur la capacité de travail. L'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à plein temps pouvait être fixée au mois de mars 2015, date à laquelle le Dr K. _____ avait repris le suivi de l'assurée. Un rapport de ce praticien du 28 décembre 2017 était annexé à l'expertise.

Ce document est notamment libellé comme suit :

« J'ai poursuivi la prise en charge de Madame A. _____ dans la continuité de ce que lui offrait mon prédécesseur, le Dr C. _____. Effectivement, Madame A. _____ se présente à ma consultation en compagnie de son époux. Celui-ci sert de traducteur toutes les fois où elle se présente à ma consultation. Face à une conjugopathie grave et chronique, j'ai entrepris quelques séances pour amener le couple à travailler sa problématique relationnelle mais sans succès. Madame A. _____ se présente moins souvent que son mari aux rendez-vous que je leur propose. J'ai pu la rencontrer deux fois sans son mari tout au long de ma prise en charge, cependant, Madame A. _____ semble très incommodée en raison de la barrière de la langue.

[...] Madame A. _____ annule une fois sur trois ses rendez-vous à mon cabinet par l'intermédiaire de son mari pour le motif qu'elle a d'autres rendez-vous médicaux ou en raison d'une incapacité à se déplacer. Les trois derniers et uniques rendez-vous de l'année 2017 sont le 04 avril, 22 août et 27 octobre.

En mars 2015, date de notre premier entretien, Madame A. _____ a bénéficié du renouvellement une seule fois du Zolpidem. Par la suite, en mai 2015, j'ai introduit du Trittico à la dose de 50 mg par jour en première intention comme somnifère, faute d'efficacité du Zolpidem selon la patiente et du Cymbalta selon mon constat, d'où son non renouvellement dans la mesure où il était prescrit depuis longtemps par le Dr C. _____.

L'indication d'un antidépresseur me paraît toujours formelle d'où mon intention, secondairement, d'augmenter le Trittico à une dose thérapeutique au long cours afin d'espérer un effet sur les symptômes dépressifs et anxieux.

Cependant, je reste modeste quant à l'efficacité certaine d'un antidépresseur dans la mesure où la symptomatologie anxio-dépressive se confond avec les troubles somatoformes et les traits obsessionnels et passifs de la personnalité de Madame A. _____. Par ailleurs, l'absence de compliance chez cette dernière aux successifs médicaments psychotropes vient à bout de ce que je peux encore lui offrir comme médicament psychotrope.

J'ai renouvelé le Trittico 50 mg à la même dose en mai 2016 puis en avril 2017 à visée seulement symptomatique sur le sommeil avec l'espoir de travailler davantage l'alliance thérapeutique et de gagner l'adhésion de la concernée à une prise régulière du traitement prescrit. Enfin, j'ai renouvelé une seule fois le Temesta expidet 1 mg par jour en octobre 2015. [...] »

A l'issue de son propre examen clinique, l'expert a fait part de son appréciation du cas en ces termes :

« [...] Au terme de notre appréciation, nous nous retrouvons avec une assurée qui est très démonstrative, au comportement caricatural concernant ses « limitations physiques », mais qui ne sont pas objectivables lors de notre entretien. De tempérament volontiers dramatique, il est difficile d'obtenir des renseignements clairs et précis. Relevons que le poids semble relativement stable. Certes, Madame A. _____ s'endort tard, mais elle fait aussi une sieste durant la journée. Il n'y a pas de troubles phobiques, de suicidalité marquée. L'assurée peut investir surtout les relations avec ses enfants. En ce sens, on ne peut pas parler d'une anhédonie

ou d'une aboulie. Les variations de l'humeur, l'irritabilité et une certaine anxiété sont aussi présentes, mais surtout contextuelles au conflit de couple. Madame A. _____ mentionne les épisodes de violence conjugale, même physique de son époux. Nous n'avons d'ailleurs pas de raison de remettre en doute ses propos qui sont exprimés avec sincérité. L'assurée nous indique que son médecin psychiatre lui avait déjà indiqué d'appeler la Police, mais qu'elle y a renoncé de peur des représailles.

Nous concluons à des réactions anxio-dépressives qui sont surtout contextuelles et sans autre facteur de stress. Le couple ne connaît aucune difficulté économique, Madame A. _____ a de bonnes relations avec ses enfants, avec sa belle-famille à qui apparemment elle a pu s'ouvrir de ses difficultés conjugales. Son époux passant la plupart du temps hors de chez eux la journée, Madame A. _____ peut rester ainsi tranquillement chez elle où pour l'essentiel elle regarde la télévision.

Nous ne relevons pas de comorbidité ou de trouble majeur de la personnalité, car la passivité et une certaine dépendance s'inscrivent tout naturellement dans le contexte socio-culturel. Après plus de 23 ans passés en Suisse, Madame A. _____ ne paraît pas du tout intégrée. A ce titre, elle dépend de son environnement pour de nombreux aspects pratiques du quotidien.

Nous retenons donc le diagnostic d'épisode dépressif majeur en rémission ; trouble anxio-dépressif persistant (F41.1) ou trouble de l'adaptation mixte, avec humeur dépressive, léger, chronique, sans comorbidité psychiatrique.

5.3. ANALYSE DE LA COHÉRENCE

Il existe une excellente cohérence avec l'appréciation du Dr K. _____.

5.4. APPRÉCIATION DE LA CAPACITÉ DE TRAVAIL SUR LA PLAN DE LA MÉDECINE DES ASSURANCES

Au terme de notre examen, nous confirmons l'appréciation du Dr K. _____ en faveur d'un trouble anxio-dépressif mixte, que l'on peut assimiler à un trouble de l'adaptation chronique, puisque la conjugopathie, ou la violence intraconjugale est le seul facteur déterminant. Nous ne retenons aucune comorbidité psychiatrique ou trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Les plaintes somatiques sont au premier plan, largement dramatisées. A ce sujet, nous renvoyons pour l'appréciation à l'expertise rhumatologique du SMR Léman, du Dr L. _____, du 13.07.2016.

L'enquête économique sur le ménage avait fait part des difficultés d'obtenir des informations très précises, ceci d'autant plus que Madame A. _____ semblait toujours être sous le contrôle de son époux qui était présent et de l'importante discordance entre les éléments objectifs et ce que l'on pouvait observer, cela est aussi notre sentiment.

Du point de vue objectif, la symptomatologie psychique n'est pas formellement incapacitante. Les symptômes anxio-dépressifs sont légers et une bonne observance à un traitement antidépresseur devrait permettre d'en venir à bout. Les relations sont investies avec ses proches. Madame A. _____ est capable manifestement de pouvoir s'assumer, gérer son quotidien, étant entendu que son époux n'est pas là durant la journée et que ses enfants font quand

même des études, il faut en conclure que l'assurée doit assumer une grande partie de ses tâches ménagères.

En d'autres termes, on ne comprendrait pas pour quelle raison Madame A. _____ ne pourrait pas assumer une petite activité simple, répétitive, adaptée à ses éventuelles limitations somatiques objectives.

On retient que Madame A. _____ n'a jamais véritablement travaillé, qu'elle ne s'est pas intégrée en Suisse. Les motifs qui sortent du champ médical, tel sa situation, les bénéfices secondaires, notamment financiers, expliquent peut-être l'identification à un rôle de malade.

5.5 PROPOSITION DE TRAITEMENT

La prise en charge médicale a été très compliquée. Le Dr K. _____, dans son rapport à notre attention du 28.12.2017, indique que les entretiens ont lieu en présence de son époux qui fait office d'interprète et qui probablement contrôle aussi implicitement ce qu'elle dit ou ne dit pas au sujet du problème de la violence conjugale. Le renouvellement d'ordonnance a eu lieu seulement en mai 2015 et le Dr K. _____ parle d'une absence de compliance sur le plan des psychotropes, avec du Trittico prescrit seulement pour le sommeil. Enfin, ce Confrère indique qu'il n'a renouvelé le Temesta expidet qu'en octobre 2015, suggérant qu'il n'y a pas de symptomatologie anxieuse très incapacitante, puisque Madame A. _____ n'a pas demandé de nouvelle ordonnance.

Nous n'avons pas de recommandations particulières, vu qu'il est difficile manifestement d'obtenir une adhérence au traitement.

5.6. PRONOSTIC

Le pronostic est bon d'un point de vue objectif. [...] »

Par avis du 11 avril 2018, le SMR s'est rallié aux conclusions des

Drs L. _____ et N. _____. Il a pris en considération une pleine capacité de travail dès décembre 2012 sur le plan somatique et dès mars 2015 du point de vue psychique.

Fondé sur ces éléments, l'OAI a calculé le préjudice économique de l'assurée le 15 mai 2018 et mis à jour un degré d'invalidité de 1,77 % compte tenu d'un statut de personne active à plein temps.

Par projet de décision du 31 octobre 2018, l'OAI a informé l'assurée de ses intentions de supprimer le trois-quarts de rente d'invalidité versé jusqu'alors, étant donné l'amélioration de son état de santé et la diminution de son degré d'invalidité.

Par pli du 13 novembre 2018, complété le 18 décembre 2018, l'assurée, assistée de Procap, a contesté le projet de décision susmentionné en faisant valoir que son état de santé était globalement inchangé depuis la décision du 22 avril 2013. Sur le plan somatique, elle avait présenté un tableau douloureux mal systématisé depuis 2008, les quelques divergences diagnostiques évoquées depuis lors ne reflétant pas une évolution significative. Quant au volet psychiatrique, le Dr N. _____ n'avait fait qu'émettre un avis différent sur un état de fait demeuré pour l'essentiel inchangé. Dès lors, compte tenu de la reconnaissance d'un statut d'active, l'assurée concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Etaient produits en annexe des rapports établis les 5 juin 2018 et 12 juillet 2018 au sein du Centre hospitalier G. _____. Le Service de radiodiagnostic dudit centre faisait état d'un remodelage mécanique inflammatoire des articulations sacro-iliaques et un remaniement des plateaux vertébraux. Quant au Service de rhumatologie, il relatait des talalgies réfractaires aux traitements et des cervicobrachialgies droites chroniques. Le diagnostic de spondylarthrite était sujet à caution en l'absence du HLA-B27, alors qu'un syndrome douloureux chronique constituait un diagnostic différentiel avec un impact psychologique certain.

Sollicité par l'OAI, le Service de rhumatologie du Centre hospitalier G. _____ a indiqué le 5 juin 2019 que la situation était demeurée stationnaire du point de vue des talalgies lors d'une consultation datée de juillet 2018. Les limitations fonctionnelles en découlant relevaient de la mise en charge du membre inférieur gauche, du travail en position debout prolongée, des escaliers ou de la marche. Il convenait d'intégrer à ces limitations fonctionnelles à celles afférentes aux rachialgies et cervicobrachialgies.

Le 24 juin 2019, le SMR a maintenu son appréciation du 11 avril 2018, considérant que l'assurée n'avait pas démontré souffrir de nouvelles affections durables.

Par décision du 21 août 2019, l'OAI a prononcé la suppression de la rente d'invalidité allouée à l'assurée avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant sa notification. Il a retenu que l'état de santé de l'assurée s'était modifié dans une mesure justifiant la révision de ses droits. Les rapports d'examen du Dr L._____ et d'expertise du Dr N._____ pouvaient se voir accorder pleine valeur probante et fonder la nouvelle détermination de son degré d'invalidité. Les pièces réunies dans le cadre de la procédure d'audition ne remettaient pas en cause les conclusions médicales. La modification du statut justifiait de toute façon également une révision du droit à la rente.

C. L'assurée, représentée par PROCAP, Service juridique, a déféré la décision du 21 août 2019 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 20 septembre 2019. Elle a conclu, à titre principal, à ce que son droit à des prestations de l'assurance-invalidité soit maintenu et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision. Elle a pour l'essentiel reproché à l'OAI d'avoir accordé pleine valeur probante aux rapports d'examen du Dr L._____ et d'expertise du Dr N._____. A son avis, ces documents ne remplissaient pas les critères définis par la jurisprudence fédérale. En particulier, le Dr L._____ ne se prononçait pas sur l'ensemble des problématiques somatiques évoquées auprès de l'assurée. Quant au Dr N._____, il n'avait pas examiné la situation à l'aune de la grille des indicateurs préconisée par le Tribunal fédéral. Enfin, une analyse des possibilités concrètes de reprendre une activité lucrative faisait défaut.

L'OAI a répondu au recours le 10 décembre 2019 et proposé son rejet, en se référant à la teneur de la décision querellée du 21 août 2019 et au courrier d'accompagnement du même jour.

Par réplique du 8 janvier 2020, l'assurée a maintenu ses conclusions.

L'OAI en a fait de même aux termes de sa duplique du 27 janvier 2020.

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 prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

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

c) En l'espèce, le recours formé le 20 septembre 2019 contre la décision de l'intimé du 21 août 2019 a été interjeté en temps utile. Il respecte les conditions de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du trois-quarts de rente d'invalidité octroyé à la recourante par décision du 22 avril 2013, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail et sur la valeur probante des rapports d'examen rhumatologique du SMR du 13 juillet 2016 et d'expertise psychiatrique du Dr N. _____ du 8 février 2018.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie _____ ou d'un _____ accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40 % au moins ; la rente est échelonnée selon

le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40 % au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donnant droit à une rente entière.

4. 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. 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 (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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. 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

Un motif de révision existe également lorsque les circonstances (hypothétiques) qui justifiaient l'application d'une méthode d'évaluation de l'invalidité déterminée ont subi des changements importants ayant des répercussions sur le choix de la méthode d'évaluation (p. ex. changement de la méthode générale de la comparaison des revenus à la méthode spécifique de comparaison des champs d'activité ou à la méthode mixte ; ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1 ; 117 V 198 consid. 3b).

b) Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même si ce changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1).

L'art. 88^{bis} al. 2 prévoit que la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a).

5. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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 d'un rapport médical, 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) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. a) 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.2). 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. 3.4 et 3.5) et 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). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue 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 objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La reconnaissance de l'existence d'un trouble somatoforme douloureux suppose que le diagnostic émane d'un expert (psychiatre) selon les règles de l'art et s'appuie sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). La phase diagnostique doit prendre en considération le fait qu'un diagnostic de trouble somatoforme présuppose un degré certain de gravité (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 : par exemple, pour un trouble somatoforme douloureux, il faut retrouver le degré de gravité inhérent à cette atteinte, autrement dit, selon la CIM-10, « une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse »). Le diagnostic doit en outre être mis en relation avec des limitations dans les fonctions de la vie quotidienne, à l'inverse par exemple d'un trouble dissociatif qui ne présente pas en lui-même de lien avec le degré de gravité. A ce stade, il faut inclure seulement les déficits fonctionnels qui résultent des éléments qui ont été déterminants pour diagnostiquer l'atteinte à la santé. Dans un second temps, cette limitation sera comparée aux exigences de la vie professionnelle et convertie en une éventuelle limitation de la capacité de travail à l'aide des critères du degré de gravité et de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1).

Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics. On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). Plus clairement, s'il existe un motif d'exclusion, il n'est pas nécessaire de mener une procédure de preuve structurée selon les

indicateurs standards pertinents (TF 9C_173/2015 du 29 juin 2015 consid.4.3, avec la référence à l'ATF 141 V 281 consid. 2.2). Ainsi, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; 131 V 49 consid. 1.2). Il faut conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue, et ce même si les caractéristiques d'un syndrome somatoforme douloureux persistant – ou un autre syndrome semblable – au sens de la CIM-10 sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; 140 V 193 consid. 3.3).

En l'absence de facteurs d'exclusion, on peut considérer que l'on se trouve bien en présence d'un trouble psychosomatique susceptible potentiellement d'être invalidant et, pour trancher la question de la capacité de travail réellement exigible dans un tel contexte, il faut alors se référer à la nouvelle procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini.

c) Cas échéant, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée en second lieu 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).

d) 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).

e) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

7. En l'espèce, il est admis que le statut de la recourante a changé depuis la décision d'octroi de trois-quarts de rente d'invalidité du 22 avril 2013. L'intimé a en effet retenu les allégations de celle-ci, selon lesquelles elle travaillerait désormais à plein temps, vu l'âge de ses enfants et les besoins financiers de la famille. On peut donc en déduire qu'un motif de révision au sens entendu par l'art. 17 LPGA est effectivement avéré in casu, ce qui justifie de réexaminer le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité (cf. consid. 4a supra).

8. a) Demeure litigieuse la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est modifié de manière substantielle depuis la décision susmentionnée. Il est rappelé que le trois-quarts de rente d'invalidité a été servi sur la base des rapports communiqués à l'époque par les médecins traitants de la recourante, auxquels étaient joints les résultats des nombreuses investigations effectuées.

Dans son rapport du 21 juillet 2010, le SMR avait pris en compte un syndrome douloureux chronique cervico-brachial droit d'origine complexe, une spondylarthropathie HLA-B27 positive axiale et périphérique et un épisode dépressif moyen à sévère. Il avait considéré

que la capacité de travail était nulle dans toutes activités depuis mars 2009. Les limitations fonctionnelles avaient trait au port de charges et aux travaux avec le membre supérieur droit. L'assurée souffrait également d'asthénie, de difficultés de concentration et de fatigabilité.

b) Dans le contexte de la procédure de révision initiée par l'intimé, la recourante a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique auprès du SMR. Retenant la disparition des signes d'activité de la spondylarthropathie, observée lors d'une consultation rhumatologique du 11 décembre 2012, ainsi que la résolution du CRPS et de la capsulite rétractile, le Dr L._____ a considéré que l'assurée avait recouvré une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès la date précitée. Les limitations fonctionnelles relevaient de la colonne cervicale, en lien avec les activités prolongées en hauteur, le port de charges répétitif au-delà de 5 kg, la posture statique en flexion ou extension de la colonne cervicale et les mouvements répétitifs de rotation ou flexion-extension cervicale. Compte tenu du rôle défavorable de facteurs psychosociaux (contexte familial, faible intégration et comportement d'invalidé), une expertise psychiatrique s'imposait.

La recourante s'est ultérieurement prévaluée de problèmes inflammatoires des articulations sacro-iliaques et de talalgies survenues en février 2017, susceptibles de générer des restrictions fonctionnelles à la marche.

c) En l'occurrence, le rapport d'examen du Dr L._____ fournit une appréciation étayée du cas de la recourante sur le plan rhumatologique à la date du 13 juillet 2016. On retiendra que, hormis les cervicobrachialgies droites sur discopathie C5-C6, les nombreux diagnostics investigués in casu ne sont pas clairement établis ou n'ont finalement pas été retenus. Ainsi que l'a souligné le Dr L._____, nombre de spécialistes consultés ont plutôt mis en évidence un tableau clinique douloureux sans substrat organique et envisagé en conséquence le diagnostic de syndrome douloureux chronique ou de trouble somatoforme douloureux (cf. par exemple : rapports du

26 septembre 2012 du Service de rhumatologie du Centre hospitalier G. _____ et du 24 avril 2014 de la Dre T. _____).

Cela étant, en l'état du dossier, on peut s'interroger sur les éventuelles conséquences de l'inflammation des articulations sacro-iliaques et des talalgies dans le contexte d'une appréciation globale de l'état de santé somatique de la recourante. S'agissant spécifiquement de la spondylarthropathie, qui serait au second plan depuis décembre 2012, on relève des incohérences dans les pièces médicales quant à la présence de l'antigène HLA-B27 (résultat positif mentionné dans le rapport du Centre hospitalier G. _____ du 19 avril 2010, contrairement à la plupart des autres documents médicaux fournis par la Dre D. _____). Ces éléments auraient assurément justifié une prise de position complémentaire du Dr L. _____. Indépendamment de ces questions, encore en suspens, l'intervalle écoulé entre l'examen clinique de ce praticien, réalisé le 29 juin 2016, et la date de la décision querellée impose de toute façon de douter de son exhaustivité pour trancher le cas d'espèce.

9. a) Il s'agit par ailleurs d'examiner si le volet psychique de la situation a été investigué à satisfaction.

A la date de la décision initiale du 22 avril 2013, le SMR avait pris en compte les observations communiquées par le Dr C. _____, qui attestait d'une dépression moyenne et d'un « effondrement psychique », lequel entravait à son avis l'exercice de toute activité lucrative (cf. rapports des 28 décembre 2009 et 16 avril 2012).

b) Dans le cadre de la procédure de révision d'office, on dispose de l'évaluation effectuée par le Dr N. _____. Ce dernier a retenu un épisode dépressif en rémission et un trouble anxio-dépressif persistant ou trouble de l'adaptation mixte, qui seraient désormais sans répercussion sur la capacité de travail. Si le rapport d'expertise du Dr N. _____ semble de prime abord répondre aux questions relevant du mandat confié par

l'intimé, force est toutefois de constater que les lacunes de ce document sont très importantes.

En premier lieu, on observe que les diagnostics retenus par le Dr N._____ sont très peu étayés par ses constats cliniques. L'expert s'est largement exprimé sur la théorie relative au trouble de l'adaptation, sans exposer précisément en quoi elle était susceptible de s'appliquer à la recourante. Rapportant pour partie les propos de la recourante, il a toutefois relevé les difficultés à obtenir les informations pertinentes de sa part (cf. p. 13 et 21 du rapport du 8 février 2018). Il s'est en conséquence largement appuyé sur les remarques communiquées par le Dr K._____ pour se forger un avis, sans autre investigation sérieuse du cas concret. L'expert s'est par ailleurs focalisé sur l'observation de la recourante à la date de son examen, sans se prononcer sur l'évolution de son état. On ne dispose donc pas d'une analyse comparative de la situation avant et après le 22 avril 2013. Bien plus, l'expert n'a pas procédé aux investigations utiles eu égard au diagnostic de syndrome somatoforme douloureux pourtant posé à réitérées reprises en l'occurrence. On relève d'ailleurs que ce diagnostic est pourtant expressément mentionné par le Dr K._____ dans son rapport du 28 novembre 2017. Il appartenait à l'évidence au Dr N._____ de discuter cette problématique, particulièrement pertinente in casu, en l'absence de substrat organique à l'origine de nombreuses plaintes de la recourante.

En second lieu, le Dr N._____ a mis en évidence des facteurs étrangers à l'invalidité, susceptibles d'influer sur l'appréciation assécurologique du cas, tels que des aspects culturels, une démonstrativité, un comportement caricatural, ainsi que des problèmes de compliance aux traitements (cf. p. 21, 22 et 24 ibidem). Il évoque ainsi des éléments parlant en faveur d'une certaine majoration des symptômes et d'une forme d'invalidation, sans toutefois préciser si ces processus seraient pathologiques ou d'origine volontaire. On ne peut par conséquent déterminer l'incidence de ces facteurs d'exclusion en l'espèce, ni si les symptômes allégués par la recourante sont vraiment corrélés avec les diagnostics évoqués. Il n'est pas davantage possible de vérifier si ces

facteurs d'exclusion rendent superflu l'examen du cas particulier à l'aune de la grille des indicateurs définie par la jurisprudence fédérale.

Eu égard enfin à ces indicateurs, singulièrement au critère de la cohérence, le Dr N._____ n'a manifestement pas compris la nature de cette analyse. Il se réfère en effet à la cohérence de son appréciation en lien avec celle du Dr K._____, ce qui est absolument sans pertinence dans ce contexte. En revanche, on ne dispose d'aucun commentaire spécifique de l'expert sur la cohérence du tableau clinique présenté par la recourante (cf. p. 22 ibidem).

Quant aux ressources dont la recourante disposerait, on comprend d'un côté qu'elle bénéficie de l'entourage de ses enfants et de sa belle-famille (cf. p. 22 ibidem). D'un autre côté, l'expert insiste largement sur le contexte conjugal délétère, consécutif aux violences qui seraient commises par son mari. On ne dispose en revanche que des conjectures de l'expert quant aux ressources personnelles et professionnelles. Des ressources seraient présentes, à son avis, puisque « l'époux ne serait pas là durant la journée » et que les enfants « font quand même des études ». Ces éléments permettraient de conclure que « l'assurée doit accomplir une grande partie de son ménage » et que l'exercice d'une « petite activité simple, répétitive, adaptée à ses limitations somatiques objectives » devrait lui être accessible (cf. 23 ibidem, sous rubrique « appréciation de la capacité de travail »). On ne comprend cependant pas en quoi ces observations justifieraient les conclusions de l'expert en termes de capacité de travail.

d) Vu les éléments qui précèdent, il convient de dénier toute valeur probante au rapport d'expertise du 8 février 2018 et de constater qu'il n'est pas possible de statuer sur l'évolution de l'état de santé psychique de la recourante.

10. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits

pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, étant donné les lacunes de l'instruction médicale du dossier, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, laquelle comprendra à tout le moins un volet rhumatologique et un volet psychiatrique. Il apparaît particulièrement pertinent dans le cas particulier de disposer d'un

consilium pour statuer sur la capacité de travail de la recourante dans une approche fonctionnelle globale du cas d'espèce. Cette expertise devra déterminer si un changement s'est produit depuis la décision du 22 avril 2013 et, du point de vue psychique, se conformer aux exigences de la récente jurisprudence fédérale.

11. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée, a droit à des dépens, dont le montant peut être arrêté à 1'500 fr. vu l'importance et la complexité de la cause. Cette indemnité de dépens sera portée à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD ; ATF 135 V 473).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 21 août 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui

étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

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

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- PROCAP, Service juridique, à Bienne (pour A. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :