

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 juin 2023

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Berberat et Gauron-Carlin, juges
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourante, représentée par Me Charlotte Palazzo,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6ss et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) O._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1970, esthéticienne de formation, sans activité professionnelle depuis 1997 après avoir travaillé comme sommelière et aide de cuisine, a déposé, le 26 février 1998, une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal AI (assurance-invalidité) du Valais, au motif qu'elle souffrait d'atteintes aux membres supérieurs.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, une expertise a été confiée au Dr A._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Aux termes de son rapport du 15 mai 1999, ce médecin a posé les diagnostics de trouble douloureux chronique, associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale - l'expertisée présentant un syndrome douloureux scapulo-brachial d'origine peu claire -, de personnalité dépendante et d'épicondylalgie droite. Il a conclu qu'en considérant uniquement les troubles psychiatriques, il y avait lieu de reconnaître à l'assurée au maximum une diminution de capacité de travail de l'ordre de 50%, tout en précisant qu'elle pourrait retrouver une capacité de travail entière dans le cadre d'une réadaptation. Il précisait encore que l'assurée était en mesure d'effectuer une activité lucrative légère, permettant de ménager son bras droit.

Par décision du 14 mars 2000, l'Office précité a mis l'assurée au bénéfice d'une demi-rente du 1^{er} janvier 1998 au 31 août 1999.

Le 26 juin 2002, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'atteintes aux deux bras après deux opérations en 1997 (épicondylite droite) et 2001 (épicondylite gauche).

Dans un rapport du 14 mai 2003, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a indiqué que sans

tenir compte des problèmes psychiatriques, la capacité de travail de l'assurée pouvait être estimée à 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2002 à la suite de l'opération d'épicondylite du 6 août 2001. Les limitations fonctionnelles consistaient en une diminution de la force.

Sur demande de l'OAI, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a répondu, le 8 septembre 2003, que sa patiente présentait un trouble somatoforme douloureux et d'autres pathologies qui limitaient également sa capacité de travail, en plus des épicondylalgies. Elle rencontrait une dysfonction des poignets, se plaignait de douleurs aux deux épaules et de gastralgies. L'exercice d'une activité à 50% paraissait envisageable. Le médecin précité a précisé que la capacité de travail de l'assurée était limitée pour des motifs psychologiques, ainsi qu'en raison des diverses articulations douloureuses (épaules, poignets, coudes et nuque).

Dans un rapport du 15 septembre 2003, le Service médical régional de l'AI (SMR) a mentionné des troubles somatoformes douloureux chez une personnalité dépendante comme atteinte principale à la santé avec des pathologies associées telles que des épicondylalgies bilatérales chroniques, résistantes aux traitements et des douleurs des deux poignets. A titre de limitations fonctionnelles, il était retenu une diminution de la force des deux membres supérieurs, si bien qu'il fallait éviter les activités répétitives (par exemple vissage et dévissage). La conclusion du rapport était formulée ainsi :

« Du point de vue somatique, l'assurée présente [...] des épicondylalgies chroniques, résistantes aux différents traitements, dans le cadre d'un trouble douloureux somatoforme. Il semble qu'elle présente depuis peu des douleurs aux deux poignets, en investigations. Quel que soit le diagnostic, les limitations fonctionnelles resteront les mêmes.

Du point de vue psychique, l'expertise psychiatrique diagnostique un trouble douloureux somatoforme chez une personnalité dépendante, motivant une incapacité de travail dans toute activité professionnelle. »

Le Dr V._____ a précisé ce qui suit dans une correspondance du 2 février 2004 :

« Permettez-moi de vous donner quelques renseignements concernant la patiente précitée qui est toujours au bénéfice d'une incapacité de travail à 50% depuis sa dernière intervention chirurgicale par le Dr T._____, suite à une neurolyse sur neuropathie de la branche profonde du radial à l'avant-bras gauche et à l'avant-bras droit.
Elle souffre également d'épigastalgies investiguées au Centre hospitalier D._____. (Prof. Q._____) qui répondent modérément aux inhibiteurs de la pompe à protons. »

Dans un avis du 24 février 2004, le SMR a écrit ce qui suit :

« La lettre du Dr V._____ confirme l'IT [incapacité de travail] de 50% dans une activité adaptée en raison d'un trouble somatoforme douloureux et d'épicondylalgies bilatérales (pour les limitations fonctionnelles).
Les troubles digestifs mentionnés ne modifient ni la capacité de travail, ni les limitations fonctionnelles énumérées dans mon rapport SMR.

Il n'y a donc pas de modification de l'orientation médicale sur ce dossier. »

Le Prof. Q._____, spécialiste en gastroentérologie, a mentionné, dans un rapport du 11 janvier 2005, que le pronostic était bon sur le plan digestif et que la capacité de travail était entière dans toute activité sur ce plan-là.

Par décision du 2 juin 2005, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2001 au 30 septembre 2001, d'une rente entière du 1^{er} octobre 2001 au 31 mars 2002, puis à nouveau d'une demi-rente dès le 1^{er} avril 2002, sur la base d'un taux d'invalidité de 54%, en expliquant ce qui suit :

« Résultat de nos constatations :

Votre état de santé s'étant aggravé le 9 juillet 2001, la demi-rente versée jusqu'au 31 août 1999 peut être servie à nouveau et sans délai d'attente dès le 1^{er} juillet 2001. Celle-ci est remplacée par une rente entière dès le 1^{er} octobre 2001 (3 mois après l'aggravation de l'état de santé, art. 88, deuxième al. RAI). Dès le 1^{er} janvier 2002, votre capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée, la rente entière est remplacée par une demi-rente dès le 1^{er} avril 2002 (3 mois après l'amélioration de l'état santé, art. 88a, 1^{er} al. RAI), votre préjudice économique étant de 53.60%.

Notre Division de réadaptation reste à votre disposition pour vous aider à mettre en valeur la capacité de travail reconnue. »

Par communication du 1^{er} octobre 2008, l'OAI a confirmé l'allocation d'une demi-rente d'invalidité à l'assurée sans modification du droit.

A la suite de l'entrée en vigueur de la 6^e révision de l'assurance-invalidité, l'OAI a soumis un questionnaire de révision à l'assurée le 6 décembre 2013, dans lequel celle-ci a répondu, le 21 janvier 2014, que son état de santé s'était aggravé, en raison notamment d'atteintes aux pieds (plusieurs opérations entre 2009 et 2013).

Une expertise pluridisciplinaire a été confiée au Centre d'expertises X._____. Dans leur rapport consensuel y relatif du 21 janvier 2016, les Drs P._____, spécialiste en médecine interne, S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et J._____, spécialiste en rhumatologie, ont retenu les diagnostics avec et sans incidence sur la capacité de travail suivants :

Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail

- gonalgies bilatérales à prédominance gauche sur troubles dégénératifs marqués, status post arthroscopie à droite (30.01.2015), status post arthroscopie à gauche (28.08.2015),
- douleurs chroniques des pieds des deux côtés in status post multiples interventions des deux côtés (2006-2013), status post arthrodèse tarsométatarsienne I du pied gauche.

Diagnostics n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail

- status post cure pour épicondylite droite par neurolyse du nerf radial à l'avant-bras, désinsertion de la musculature épicondylienne, dénervation de l'épicondyle (1997),
- status post neurolyse de la branche profonde du nerf radial à l'avant-bras gauche et à l'avant-bras droit (6 août 2001),

- ulcère du bulbe duodéal cicatrisé.

Aucun diagnostic, ni aucune limitation fonctionnelle, n'a été retenu du point de vue psychiatrique. Les experts ont conclu que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de position statique debout, pas de déplacement, pas de position agenouillée, pas de travail en hauteur [échelle, échafaudage], pas de port de charge).

Sur demande du SMR (cf. avis du 15 février 2016), la Dre J._____ a précisé que, du point de vue rhumatologique, une activité adaptée avait toujours été possible, les diverses interventions chirurgicales subies n'ayant fait l'objet que d'incapacités de travail transitoires.

Le service de réadaptation de l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible le 11 juillet 2016. Après comparaison des revenus avec invalidité (48'801 fr. 78, indexation à l'année 2016 et taux d'abattement de 10% compris) et sans invalidité (54'224 fr. 20), le préjudice économique s'élevait à 5'422 fr. 42, soit à 10%. A titre d'exemples d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante, le service de réadaptation a mentionné des activités dans l'industrie légère, soit opératrice de production, contrôle-qualité, industrie textile, service après-vente ou tri.

Dans un avis juriste du 14 novembre 2016, il était précisé que la demi-rente de l'assurée devait être révisée sur la base des dispositions finales (DIF) de la modification du 18 mars 2011 de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI).

Le Dr C._____, médecin traitant de l'assurée, a établi un rapport du 26 février 2019, dans lequel il a listé les diagnostics retenus dont un état dépressif réactionnel et a précisé que chacun de ces diagnostics avait, à lui seul, un impact sur la capacité de travail de l'assurée et que la juxtaposition de ces différents diagnostics aggravait

l'importance de l'incapacité de travail présentée par la patiente. Selon lui, la complexité du cas avait un évident impact sur l'humeur et le psychisme de l'assurée, constituant les bases d'un état dépressif réactionnel fluctuant avec des épisodes pouvant être sévères.

Par décision du 11 avril 2019, confirmant un projet du 28 juin 2018, l'OAI a supprimé la demi-rente d'invalidité octroyée à l'assurée depuis le 1^{er} avril 2002.

A la suite du recours de l'assurée, qui s'est prévalu d'une aggravation de son état de santé sur le plan somatique et a produit divers rapports médicaux, l'OAI a admis la nécessité de mettre en place une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne, la question de la nécessité d'investiguer le volet orthopédique étant laissée à l'appréciation des experts.

Par arrêt du 16 juillet 2020 (AI 190/19 - 240/2020), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) a admis le recours, annulé la décision de l'OAI du 11 avril 2019 et renvoyé la cause à cet Office pour complément d'instruction dans le sens des considérants, tout est précisant qu'il convenait d'adjoindre l'avis d'un expert orthopédiste lors de l'expertise pluridisciplinaire.

L'expertise en question a été confiée à Centre d'expertises R._____ [[...]] SA (ci-après : [...]). Aux termes de leur rapport consensuel du 24 février 2021, les Drs B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, K._____, spécialiste en médecine interne générale, I._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et F._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie, ont posé les diagnostics, ayant une incidence sur la capacité de travail, suivants :

- gonalgies bilatérales sur troubles dégénératifs, syndrome rotulien depuis 2015 avec à droite une tumeur de type

synovite villo-nodulaire à cellules géantes de forme focale localisée dans le Hoffa,

- status après hallux valgus et Morton des deux côtés traités chirurgicalement avec arthrodèse de la MTP 1 gauche le 8 septembre 2009,
- rachialgies itératives sur troubles dégénératifs étagés,
- omalgies bilatérales sur troubles dégénératifs,
- obésité de classe 3 (IMC 43,5 kg/m²),
- insuffisance veineuse des membres inférieurs.

A titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, les experts ont listé les éléments suivants :

- status après épicondylalgie droite traitée chirurgicalement le 25 avril 1997,
- status après épicondylalgie gauche traitée chirurgicalement le 9 juillet 2001,
- fibromyalgie,
- anite hémorroïdaire de stade 2,
- urticaire non spécifié,
- dénutrition à risque,
- régurgitation mitrale discrète,
- résistance à l'insuline,
- hypercholestérolémie,
- stéatose hépatique,
- reflux gastro-oesophagien avec reflux gastro-laryngé,
- status après ulcère gastroduodéal,
- status après épigastralgies d'origine fonctionnelle en 2005,
- status après pangastrite chronique légère à modérée, faiblement active, en présence d'une infection à Helicobacter pylori en 2003,
- status après laparoscopie exploratrice et suture d'un défaut pariétal sur la ligne blanche du 23 août 2004,
- status après accouchement par césarienne en 2007,

- status après curetage évacuateur pour grossesse non évolutive en 2006.

Consensuellement, les experts ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de sommelière, en raison des atteintes somatiques, et de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : travail en position alternée, pas de charge de plus de 5 kg, pas d'échelle, pas d'échafaudage, pas de marche dans les escaliers, ni en terrain inégal, pas de flexion antérieure itérative du rachis cervical et lombaire, pas d'activité avec les bras au-dessus de l'horizontal, alternance des positions assise et debout, pas de posture forcée en porte-à-faux, activité sédentaire sans position debout de plus de 30 minutes. Aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue du point de vue psychiatrique.

Aux termes d'un avis du 8 mars 2021, le SMR a conclu que les limitations fonctionnelles étaient globalement superposables à celles retenues en 2016 par les experts du Centre d'expertises X. _____ et par le SMR et qu'il n'y avait aucune raison objective de s'écarter des conclusions de l'expertise de Centre d'expertises R. _____. Il a précisé que les nombreux diagnostics concernés, à savoir des troubles ostéoarticulaires pluri-étagés (rachis, épaules, genoux, pieds), avaient été pris en compte et étaient corrélés aux limitations fonctionnelles mentionnées. Ainsi, il y avait lieu d'admettre à l'instar des experts une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis 1997 et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée qui respectaient les limitations fonctionnelles.

Par avis du 31 mai 2021, le service juridique de l'OAI a conclu que la situation était la même qu'à la suite de l'expertise du Centre d'expertises X. _____ de 2016 et qu'il convenait dès lors d'appliquer la procédure en vigueur pour les situations ressortant des DIF (suppression de rente et proposition de mesures de nouvelle réadaptation en parallèle).

Par projet de décision du 1^{er} juin 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de supprimer sa rente, en lui expliquant qu'elle ne remplissait plus les conditions du droit à une rente d'invalidité selon les DIF et que sa capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

L'assurée a contesté ce projet, en déposant des objections le 19 août 2021, auxquelles elle a joint un rapport du 13 août 2021 du Prof. Z._____, spécialiste en rhumatologie et chef de service au sein du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier D._____
([...]).

Par décision du 14 octobre 2021, confirmant le projet du 1^{er} juin 2021, l'OAI a supprimé le droit à une demi-rente d'invalidité de l'assurée. Dans un courrier motivant la décision, daté du même jour, qui en fait partie intégrante, adressé au conseil de l'assurée, il a mentionné ce qui suit :

« Par projet de décision du 1^{er} juin 2021, nous avons supprimé le droit à la rente de votre mandante, au motif que cette dernière présente une capacité de travail de 100% dans toutes activités adaptées à ses limitations fonctionnelles, et ce depuis toujours.

C'est sur la base de la nouvelle expertise qui a été mise en place sur annulation de notre décision du 11 avril 2019 par la CASSO le 16 juillet 2020, que nous sommes arrivés aux conclusions précitées.

Dans votre courrier du 19 août 2021 après plusieurs délais accordés, vous contestez notre position et alléguiez qu'il est totalement irréaliste de considérer que Mme O._____ pourra se réintégrer dans le monde du travail.

Nous avons procédé à un nouvel examen du dossier de notre assurée, en prenant en considération les nouveaux documents médicaux reçus ainsi que vos arguments.

S'agissant de l'aspect médical, on rappellera que l'expertise du Centre d'expertises R._____ du 24 février 2021 a été réalisée suite à l'arrêt de la CASSO du 16 juillet 2020, lequel indiquait qu'une nouvelle évaluation pluridisciplinaire était nécessaire au vu des éléments apportés suite à l'expertise du Centre d'expertises X._____ du 21 janvier 2016. Or, il apparaît que selon le Centre d'expertises R._____, la situation est globalement superposable à celle décrite en 2016 par le Centre d'expertises X._____, avec une pleine capacité de travail de travail dans une activité adaptée, et ce depuis toujours.

Vous ne faites, à l'appui de votre contestation, aucunement état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés des experts, ou qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en question leurs conclusions. En effet, tous les éléments figurant dans le rapport du 13 août 2021 du Prof. Z._____, à l'attention du Dr C._____, étaient connus des experts et ont dument été pris en compte dans leur appréciation. Ce rapport ne se prononce en outre aucunement sur la question de la capacité de travail ou des limitations fonctionnelles de Mme O._____.

D'autre part, vos critiques à l'encontre de l'expertise du Centre d'expertises R._____ ne sont pas fondées. En effet, les différentes contradictions que vous soulevez ont également été soulevées par les experts, lesquels en ont tenu compte dans leur appréciation. Leurs explications concernant la capacité de travail sont claires, motivées et expliquées par les résultats de leurs examens et des limitations fonctionnelles clairement déterminées, selon une approche pluridisciplinaire. Or, l'avis du Dr C._____ (courrier à l'assurée du 25 juillet 2018) que vous opposez aux conclusions de 2 expertises pluridisciplinaires, est quant à lui particulièrement bref et peu motivé. Il ne semble en outre pas inutile de rappeler que dans ce contexte, l'avis du médecin-traitant doit généralement être admis avec réserve, du fait que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, il a généralement tendance à se prononcer en faveur de son patient ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Il n'y a dès lors, au vu de ce qui précède, aucune raison de s'écarter, sur le plan médical, des constatations des experts du Centre d'expertises R._____.

Sur le plan de la procédure, nous ne pouvons que confirmer que la situation de Mme O._____ relève des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011.

Il ressort en effet clairement du dossier que la demi-rente octroyée entre 1998 et 1999, puis dès 2001, est due, de manière largement prépondérante, au diagnostic de « trouble douloureux chronique associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale » posé par le DrA._____ (psychiatre) dans son expertise du 15 mai 1999, et justifiant une incapacité de travail de 50 %, y compris dans une activité adaptée. Il existait certes des problèmes somatiques, qui engendraient certaines limitations fonctionnelles (tout comme aujourd'hui), mais qui ne limitaient pas la capacité de travail dans une activité adaptée, et qui n'ont par conséquent pas eu d'influence sur le droit à la rente.

C'est donc à juste titre que la révision de la rente de notre assurée a été menée selon la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011.

Vous nous reprochez ensuite une violation du principe de proportionnalité, estimant qu'aucun examen des chances de succès de votre cliente de se réinsérer professionnellement n'a été

effectué, indiquant en outre que celles-ci sont nulles compte tenu de son âge, de la durée d'octroi de la rente et de son absence de formation.

Là également nous ne partageons pas votre point de vue. Mme O. _____ a été reçue à de nombreuses reprises par l'une de nos spécialistes en réinsertion professionnelle (24 février 2017, 27 juin 2018, 13 juillet 2021 et en dernier lieu le 29 septembre 2021) dans l'optique de lui fournir une aide afin de trouver avec elle la meilleure solution pour se réinsérer. Mis à part le premier entretien en 2017, les mesures envisageables lui ont toujours été présentées et proposées, y compris lors de l'entretien du 13 juillet 2021, contrairement à ce que vous écriviez dans votre courrier du 20 septembre 2021. En dernier lieu, une mesure de réinsertion à bas seuil et sans exigence de rendement lui a été proposée auprès de [...], afin de reprendre progressivement un rythme de travail. Comme lors des autres entretiens, Mme O. _____ nous a alors indiqué ne rien pouvoir faire et ne pas être en mesure d'entrer dans une démarche de réinsertion.

D'autre part, on relèvera que la capacité de travail de notre assurée avait été initialement fixée à 50 %. L'éloignement du marché du travail depuis de nombreuses années n'est dès lors pas dû à ses problèmes de santé, la mise en valeur de cette capacité de travail résiduelle étant parfaitement exigible depuis 2001, compte tenu de son obligation de réduire le dommage. De plus, on voit mal en quoi le fait de ne pas avoir de formation l'empêcherait de suivre des mesures de réinsertion.

Au vu de tout ce qui précède, votre contestation ne nous apporte pas d'élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de notre position. Notre projet de décision du 1^{er} juin 2021 repose dès lors sur une instruction complète tant sur le plan médical que sur le plan économique et est conforme en tous points aux dispositions légales. Il doit donc être entièrement confirmé. »

B. Par acte du 19 novembre 2021, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision précitée, auprès de la CASSO, en concluant principalement à son annulation, la rente qui lui est allouée étant maintenue et, subsidiairement, à la suppression de l'expertise pluridisciplinaire effectuée par Centre d'expertises R. _____ le 24 février 2021, une nouvelle expertise étant ordonnée. Elle fait en substance valoir que les conditions d'une révision selon les DIF ne sont pas remplies. Elle allègue également que si une révision devait être considérée comme admissible, la demi-rente d'invalidité qui lui est octroyée ne peut être supprimée, compte tenu de son invalidité. Elle élève à cet égard un certain nombre de griefs à l'encontre du rapport d'expertise pluridisciplinaire de Centre d'expertises R. _____ et estime, en se fondant en particulier sur les avis du Dr C. _____ et du Prof. Z. _____, que les limitations

fonctionnelles qu'elle présente ont été largement sous-évaluées par les experts et que son incapacité à travailler est totale. Enfin, elle considère que l'intimé a violé le principe de proportionnalité, dans la mesure où, avant de supprimer une rente, celui-ci aurait dû examiner préalablement si une réinsertion était possible dans le marché du travail et l'informer des mesures envisageables lors d'un entretien personnel. A titre de mesures d'instruction, la recourante requiert son audition, ainsi que celle des DrsC._____, médecin traitant, et T._____, médecin en charge de son suivi lors des premiers prononcés d'octroi de rente par l'intimé.

Par réponse du 13 janvier 2022, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il relève notamment qu'à la suite de l'arrêt de la CASSO du 16 juillet 2020, annulant la décision du 11 avril 2019 qui supprimait le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, il a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de Centre d'expertises R._____. Aux termes de leur rapport du 24 février 2021, les experts ont conclu à une capacité de travail de la recourante de 0% dans l'activité habituelle depuis 1997 et de 100% depuis toujours dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles liées aux troubles ostéoarticulaires pluri-étagés. L'intimé mentionne n'avoir aucune raison de s'écarter des résultats de l'instruction, tout en précisant que les pièces médicales produites à l'appui du recours ne faisaient pas état d'éléments objectivement vérifiables rattachés à la période prévalant jusqu'à la décision attaquée, qui auraient été ignorés ou suffisamment pertinents pour l'amener à changer de ligne de conduite. Il renvoie pour le surplus à sa correspondance du 14 octobre 2021.

Répliquant le 2 mars 2022, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir examiné, ni contesté, les différents griefs contenus dans le recours. Estimant que l'intimé ne s'est pas déterminé sur les griefs exposés (condition de la révision, incapacité de travail, proportionnalité), elle déclare persister intégralement dans ses conclusions. Elle produit également un rapport du 14 décembre 2021 d'Association E._____, association faîtière des organisations suisse de personnes [...], établi à

l'issue d'une enquête sur la façon dont les expertises ordonnées par les offices d'assurance-invalidité de Suisse sont menées et dans lequel cette association a relevé des problèmes qui, selon la recourante, se recouperaient avec ceux identifiés dans l'expertise de Centre d'expertises R._____.

Par duplique du 22 mars 2022, l'intimé maintient sa position, en relevant que le rapport d'Association E._____ ne revêt aucune valeur juridique contraignante spécifique pour la présente affaire, si bien qu'aucune conclusion ne peut en être tirée pour la situation de la recourante et qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

Par courrier du 4 août 2022, le conseil de la recourante a indiqué avoir changé d'adresse depuis le 1^{er} août 2022.

Faisant suite à une correspondance du 14 février 2023 du conseil de la recourante au sujet de l'état de la procédure, la juge instructrice a, par courrier du 23 février 2023, informé les parties du fait que la Cour de céans envisageait de statuer par substitution de motif sur la base d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA et non en application des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI et leur a imparti un délai au 15 mars 2023 pour qu'elles se déterminent sur la substitution de motif.

Par courrier du 9 mars 2023, l'OAI a répondu qu'il n'avait pas de raisons de penser, en l'état du dossier, que les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI n'étaient pas applicables et a déclaré maintenir sa position.

Par courrier du 14 mars 2023, le conseil de la recourante a sollicité une prolongation de délai au 5 avril 2023, laquelle lui a été accordée par avis du 16 mars 2023.

Se déterminant le 5 avril 2023, la recourante a conclu à l'annulation de la décision attaquée du 14 octobre 2021, en ce sens que la

rente allouée en sa faveur n'est pas supprimée et qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente entière dès le 14 octobre 2021. Elle fait en substance valoir que l'application de l'art. 17 LPGA fonde l'octroi d'une rente entière en sa faveur, au lieu d'une demi-rente, compte tenu de l'aggravation de son état de santé et de son incapacité totale de travail, au regard de ses limitations fonctionnelles.

Par courrier du 11 mai 2023, la recourante a produit :

- un rapport du service de rhumatologie du Centre hospitalier D._____ du 22 mars 2022, aux termes duquel les médecins mentionnent qu'au vu des limitations fonctionnelles des épaules, du rachis et des genoux de la patiente, une activité professionnelle à un poste adapté à 100% ne semble pas être appropriée ;
- un rapport d'IRM du genou droit du 2 mars 2023, concluant à un état stable par rapport au comparatif du 25 août 2022 ;
- un rapport du 29 novembre 2022 du Service des urgences du Centre hospitalier de [...], faisant état d'une consultation d'urgence pour gastrite sans signe de gravité.

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 la poursuite du versement de la demi-rente dont elle bénéficiait depuis le 1^{er} avril 2002, au-delà du dernier jour du 1^{er} mois qui suit la notification de la décision litigieuse du 14 octobre 2021, singulièrement sur le point de savoir s'il y avait motif à révision.

3. Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 14 octobre 2021 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être

exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

5. a) 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 (art. 17 LPGA). 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).

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

6. 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

c) La jurisprudence attache toutefois une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique

- qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). 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 352 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

7. Tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

La preuve d'un tel trouble suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé 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. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des

éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2).

8. a) En l'espèce, par décision du 2 juin 2005, l'intimé a mis la recourante au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2001 au 30 septembre 2001, d'une rente entière du 1^{er} octobre 2001 au 31 mars 2002, puis à nouveau d'une demi-rente dès le 1^{er} avril 2002, sur la base d'un taux d'invalidité de 54%. Il a procédé à la révision du droit à la rente d'invalidité de la recourante en 2013 et l'a supprimé par décision du 14 octobre 2021, en se fondant sur le rapport d'expertise de Centre d'expertises R._____ du 24 février 2021, qui a conclu à une capacité de travail de la recourante de 100% dans une activité adaptée. La recourante conteste cette décision et estime avoir toujours droit à une demi-rente, en soutenant que son état de santé s'est péjoré et qu'elle ne dispose pas d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée telle que retenue par l'intimé.

b) En l'occurrence, il est possible de revenir sur une décision d'octroi de rente entrée en force, notamment par deux figures juridiques : une révision selon les dispositions finales (DIF) de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (cf. consid. 5b *supra*) ou une révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. consid. 5a *supra*). Dans la présente situation, l'application des DIF est contestée par la recourante. Quant à l'intimé, il

soutient que les conditions pour une révision au sens de ces dispositions sont réalisées.

c/aa) Le 1^{er} janvier 2012 est entrée en vigueur la modification de la LAI du 18 mars 2011 (6^{ème} révision de l'AI, premier volet). La lettre a des DIF prévoyait ce qui suit :

- « 1. Les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17, al. 1, LPGA ne sont pas remplies.
2. En cas de réduction ou de suppression de sa rente, l'assuré a droit aux mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a. Cela ne lui donne pas droit à la prestation transitoire prévue à l'art. 32, al. 1, let. c.
3. Durant la mise en œuvre de mesures de réadaptation au sens de l'art. 8a, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente.
4. L'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen. »

Au 1^{er} janvier 2012, l'assurée était âgée de 42 ans. Le 6 décembre 2013, l'OAI a initié une procédure de révision de la rente de l'assurée qu'elle percevait depuis le 1^{er} juillet 2001, soit depuis 12 ans. Il s'ensuit que la recourante ne peut pas se prévaloir de l'exception prévue au chiffre 4 des DIF.

bb) S'agissant des conditions d'une révision du droit à la rente fondée sur l'al. 1 de la lettre a des DIF, celles-ci sont au nombre de trois : premièrement, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement (« ausschliesslich ») en raison d'un syndrome sans pathogénèse, ni étiologie, claires et sans constat de déficit organique. Ce n'est que si cette condition est remplie qu'une procédure de révision fondée sur les dispositions finales peut être introduite (ATF 139 V 547 consid. 10.1.1). Deuxièmement, au moment de la révision, seul un tel diagnostic doit exister ; il convient également d'examiner si l'état de santé

s'est dégradé et si un autre diagnostic peut être posé en se fondant, cas échéant, sur une expertise (ATF 139 V 547 déjà cité consid. 10.1.2). S'il est possible de distinguer les troubles explicables des troubles non explicables, les dispositions finales de la révision 6a s'appliquent pour ces derniers (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3). Il arrive en effet qu'une cause organique soit à l'origine du syndrome, même en partie. L'applicabilité des dispositions finales dépend toutefois de l'atteinte à la santé déterminante pour l'octroi de la rente (TF 9C_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2). Enfin, il faut vérifier si les « critères de Foerster » sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (ATF 139 V 547 déjà cité consid. 10.1.3).

L'application de l'al. 1 de la let. a des DIF découle exclusivement de la nature de l'atteinte à la santé ayant fondé le droit à la rente. Il n'y a pas lieu d'étendre l'application de cette réglementation par analogie aux cas dans lesquels il existe une pathologie objectivée, mais où l'on peut se demander si celle-ci justifie l'intégralité des plaintes exprimées par le patient (TF 8C_738/2013 du 8 avril 2014 consid. 3.1.2.1 et TF 9C_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2.3).

cc) En l'occurrence, s'agissant de la première condition, il ne fait aucun doute que la demi-rente temporaire accordée à la recourante entre janvier 1998 et août 1999 l'a bel et bien été en raison d'un trouble douloureux chronique (cf. rapport du Dr A. _____ du 15 mai 1999). Pour ce qui est de la demi-rente octroyée à partir de juillet 2001, la situation n'est pas aussi claire. En effet, la recourante a déposé la demande de prestations en 2002 en raison d'atteintes aux deux bras à la suite d'opérations subies en 1997 et 2001. Si le Dr T. _____ n'a aucunement fait mention du trouble somatoforme douloureux chez l'assurée (cf. rapport du 14 mai 2003), le Dr V. _____ a, pour sa part, mentionné que sa patiente présentait un trouble somatoforme douloureux et d'autres pathologies qui limitaient également sa capacité de travail, en plus des épicondylalgies (cf. rapport du 8 septembre 2003). Dans sa décision d'octroi de rente du 2 juin 2005, l'OAI a expliqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis le 9 juillet 2001 en raison des atteintes

aux deux bras et que la demi-rente versée jusqu'en 1999 pouvait être servie à nouveau sans délai d'attente. On ne peut ainsi nier que l'OAI reconnaît une aggravation de la situation puisqu'il a ordonné la reprise immédiate du versement de la rente à la suite de l'atteinte à la deuxième épaule. Face à l'origine peu claire des épicondylalgies présentées par l'assurée, que les rapports des Drs T. _____ et V. _____ n'ont pas permis de rendre plus certaine, l'OAI a considéré, dans sa décision d'octroi du 2 juin 2005, que les épicondylalgies gauche et droite étaient des affections chroniques des membres supérieurs sans réel substrat organique qui s'étaient développées dans le cadre du trouble somatoforme douloureux. Le trouble somatoforme demeurait ainsi l'atteinte à la santé principale. Dans ces circonstances, on peut admettre que la première condition d'une révision selon les DIF était remplie. Concernant la deuxième condition, force est de constater qu'elle n'est pas réalisée puisqu'au moment de la révision, il existait de nouvelles atteintes somatiques objectivables aux membres inférieurs (gonalgies aux deux genoux et opérations des pieds en 2009 et 2013) et le trouble somatoforme douloureux (ou fibromyalgie selon les experts de Centre d'expertises R. _____) n'était plus considéré comme invalidant. Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait procéder à une révision du droit de la rente de la recourante sous l'angle des DIF.

Il reste donc à examiner s'il existait un motif de révision selon l'art. 17 LPGA.

d/aa) Pour déterminer si un tel motif existe, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force, soit celle du 2 juin 2005 - qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse du 14 octobre 2021.

bb) Dans le cadre de l'examen de la demande du 26 juin 2002, qui a donné lieu à la décision du 2 juin 2005, l'intimé avait recueilli différents avis médicaux, soit celui du Dr T. _____ qui avait mentionné que sa patiente avait recouvré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2002 à la suite de l'opération

d'épicondylite du 6 août 2021 (cf. rapport du 14 mai 2003) et celui du Dr V._____, médecin traitant, qui avait précisé que sa patiente présentait un trouble somatoforme douloureux et d'autres pathologies qui limitaient sa capacité de travail, en plus des épicondylalgies et que celle-ci pouvait être estimée à 50% en raison de motifs psychologiques et de troubles somatiques (articulations douloureuses aux épaules, aux poignets, aux coudes et à la nuque). Le SMR en avait conclu que l'assurée présentait des épicondylalgies chroniques dans le cadre d'un trouble douloureux somatoforme. Celle-ci présentait depuis peu des douleurs aux deux poignets qui faisaient l'objet d'investigations mais qui n'avaient pas d'incidence sur les limitations fonctionnelles déjà retenues. Du point de vue psychique, le trouble somatoforme douloureux motivait une incapacité de travail dans toute activité.

cc) A la suite de la révision initiée par l'OAI en 2013 et compte tenu du fait que l'assurée a invoqué une aggravation de son état de santé et subi des opérations aux pieds en 2009 et 2013, une première expertise a été mise en oeuvre auprès du Centre d'expertises X._____. Dans leur rapport du 21 janvier 2016, les experts ont retenu les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de gonalgies bilatérales à prédominance gauche sur troubles dégénératifs marqués, status post arthroscopie à droite (30 janvier 2015) et à gauche (28 août 2015) et de douleurs chroniques des pieds des deux côtés in status post multiples interventions des deux côtés (2006-2013), status post arthrodèse tarsométatarsienne I du pied gauche. A titre de diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, ils ont mentionné un status post cure pour épicondylite droite par neurolyse du nerf radial à l'avant-bras, désinsertion de la musculature épicondylienne, dénervation de l'épicondyle (1997), un status post neurolyse de la branche profonde du nerf radial à l'avant-bras gauche et à l'avant-bras droit (6 août 2001) et un ulcère du bulbe duodéal cicatrisé. Selon les experts, les atteintes des pieds et des genoux associés rendaient la station debout et les déplacements difficiles. Les experts ont relevé que les opérations n'avaient donné lieu qu'à des incapacités transitoires et qu'il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail pour des motifs psychiques. Au jour de l'examen, ils n'ont en particulier

pas mis en évidence de signes de non-organicité de Waddell, ni de signes cliniques de fibromyalgie. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de position statique debout, pas de déplacement, pas de position agenouillée, pas de travail en hauteur (échelle, échafaudage), pas de port de charges. En définitive, l'assurée était en mesure de travailler à 100% sans diminution de rendement dans une activité adaptée, la dernière activité exercée de serveuse n'étant plus exigible en raison des affections touchant aux genoux et aux pieds.

L'OAI a suivi l'avis des experts et a supprimé le droit à la rente de la recourante par décision du 11 avril 2019. La Cour de céans a toutefois annulé la décision précitée par arrêt du 16 juillet 2020 et a renvoyé la cause à l'OAI pour nouvelle expertise, dans la mesure où la recourante se prévalait d'une aggravation de son état de santé sur le plan somatique.

dd) C'est dans ce contexte qu'une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique, orthopédique et de médecine interne, a été confiée à Centre d'expertises R._____. Chaque expert a considéré la situation médicale de la recourante sous l'angle de sa spécialité et leurs conclusions ont été réunies dans un rapport consensuel du 24 février 2021.

aaa) Sur le plan formel, l'expertise de Centre d'expertises R._____ ne prête pas le flanc à la critique et remplit tous les réquisits de la jurisprudence pour se voir attribuer une pleine valeur probante. En effet, les experts ont établi le contexte médical de la recourante, puisqu'ils ont résumé son dossier médical, synthétisant des documents médicaux depuis 1997 (cf. annexe 1 du rapport d'expertise). Ils ont procédé aux examens cliniques personnellement et conformément à leur spécialité, avant de tenir des discussions au terme des entretiens séparés, et de rédiger une évaluation consensuelle. Ils ont établi l'anamnèse personnelle, familiale, professionnelle, systématique, sociale et actuelle de la recourante, tout en précisant que les divergences anamnestiques ressortant des différentes parties de l'expertise, comme la répartition des tâches ménagères,

s'expliquaient par les réponses subjectives de cette dernière (cf. pp. 10-11 et 16 du rapport d'expertise). Les experts ont rapporté les plaintes de la recourante et communiqué des conclusions motivées et cohérentes avec leurs observations. A cet égard, les griefs, d'ordre général, formulés par la recourante, notamment quant à la durée des entretiens ou quant à d'éventuelles redites figurant dans le rapport, doivent être rejetés.

bbb) Sur le plan matériel, il convient de déterminer si les conclusions de l'expertise peuvent être remises en cause par d'autres avis médicaux.

Au plan somatique, les experts ont posé les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de gonalgies bilatérales sur troubles dégénératifs, syndrome rotulien depuis 2015 (arthroscopie des deux côtés en 2015) avec à droite une tumeur de type synovite villo-nodulaire à cellules géantes de forme focale localisée dans le Hoffa, de status après hallux valgus et Morton des deux côtés traités chirurgicalement avec arthrodèse de la MTP 1 gauche le 8 septembre 2009, de rachialgies itératives sur troubles dégénératifs étagés, d'omalgies bilatérales sur troubles dégénératifs, d'obésité de classe 3 (IMC 43,5 kg/m²) et d'insuffisance veineuse des membres inférieurs. Comme diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, ils ont mentionné notamment un status après épicondylalgie droite traitée chirurgicalement le 25 avril 1997, un status après épicondylalgie gauche traitée chirurgicalement le 9 juillet 2001, ainsi qu'une fibromyalgie.

S'agissant du volet de médecine interne en particulier, l'experte K. _____ a constaté que l'obésité présentée par l'expertisée était passée de la classe 1 en 2016, 2, probablement en 2018, et 3 au jour de l'examen. Ce diagnostic influençait le profil d'effort, de même que l'insuffisance veineuse des membres inférieurs mentionné en 2017 qui était plausible du fait de l'obésité morbide mais dont l'intéressée ne se plaignait pas. Ces deux diagnostics nécessitaient une activité sédentaire, sans position debout de plus de 30 minutes et sans port de charges excédant 5 kg mais n'avaient cependant pas d'incidence sur la capacité

de travail de l'assurée dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles. En l'occurrence, les conclusions de l'experte K. _____ sont convaincantes. Par ailleurs, aucun avis médical ne vient contredire son appréciation, si bien qu'il n'y pas lieu de s'en écarter. Les griefs soulevés par la recourante en lien avec le volet de médecine interne (boiterie constatée par l'experte et possible signe d'autolimitation) ne permettent en outre pas de remettre en cause sa valeur probante.

Pour ce qui est du volet orthopédique, l'expert B. _____ a en particulier relevé que des troubles dégénératifs au niveau du genou s'étaient accentués depuis l'expertise de 2016 avec l'obésité, que des troubles dégénératifs avaient été mis en évidence au niveau du rachis lombaire en 2016, au niveau cervical en 2018 et au niveau des épaules en 2019. Selon l'expert, ces troubles dégénératifs limitaient le profil d'effort mais pas la capacité de travail dans une activité adaptée qui était de 100%. Ainsi, depuis l'expertise de 2016, le profil d'effort était plus limité. L'expertisée était capable d'effectuer un travail en position alternée, sans position statique debout, sans charge de plus de 5 kg, sans échelle, ni échafaudage, sans marche dans les escaliers, ni en terrain inégal, sans flexion antérieure itérative du rachis cervical et lombaire et en évitant d'avoir les bras au-dessus de l'horizontale. L'expert précisait encore que les diverses interventions dont l'assurée avait fait l'objet n'avaient abouti qu'à des incapacités de travail transitoires. L'expert B. _____ a ainsi tenu compte de l'aggravation, respectivement de l'apparition d'atteintes somatiques et a considéré que ces atteintes ne modifiaient pas la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Seules les limitations fonctionnelles ont été précisées et étendues pour en tenir compte.

Sur le plan rhumatologique, l'expert F. _____ a listé tout une série de diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail. Il a en particulier relevé qu'après l'expertise de 2016 étaient apparus des troubles qui correspondaient aux diagnostics de rachialgies diffuses sur troubles dégénératifs pluri-étagés, de cervico-brachialgies dégénérative montrant un pincement discal C5-C6, avec hernie discale postérieure

médiane, légèrement para-médiale droite, sans sténose des trous de conjugaison, de scapulalgies bilatérales et de tumeur à cellules géants ténosynoviales de forme focale au genou droit. Ces troubles dégénératifs permettaient toutefois l'exercice d'une activité à 100% dans une activité adaptée avec un profil d'effort plus limité depuis 2016. L'expert F._____ a précisé que l'assurée était capable d'effectuer un travail en alternant les positions, assise et debout, et en limitant le port de charges jusqu'à 5 kg. Celle-ci devait éviter toute activité qui demandait une position de sécurité sur des échafaudages, des échelles ou demandant une posture forcée en porte-à-faux, de même que toute activité avec les bras en-dessus de l'horizontale, rejoignant ainsi les limitations fonctionnelles retenues par l'expert orthopédique.

La recourante reproche aux experts rhumatologique et orthopédique l'absence de prise en considération de la situation globale et soutient que ses limitations fonctionnelles auraient été largement sous-évaluées par les experts. Elle se réfère aux rapports du Dr C._____, d'une part, et à celui du Prof. Z._____, d'autre part. En l'occurrence, comme l'a relevé la recourante elle-même, les diagnostics établis sur les plans rhumatologique et orthopédique se retrouvent globalement avec ceux figurant dans les rapports produits, en particulier dans celui du 13 août 2021 du Prof. Z._____. Les experts ont ainsi tenu compte de toutes les atteintes présentées par la recourante mais ont estimé que celles-ci ne l'empêchaient pas d'exercer une activité adaptée à 100%. Le rapport du Prof. Z._____ n'est pas à même de remettre en cause les conclusions auxquelles sont parvenus les experts. En effet, ce spécialiste reconnaît les mêmes atteintes que les experts mais ne se prononce nullement sur la capacité de travail de la recourante, ni sur les limitations fonctionnelles. On ne peut donc rien tirer de ce rapport. Quant aux rapports du Dr C._____, ils n'apportent pas non plus d'éléments nouveaux que les experts auraient ignorés ou dont ils n'auraient pas tenu compte. A cela s'ajoute qu'une certaine retenue est imposée à la lecture des conclusions du médecin traitant, conformément à la jurisprudence selon laquelle le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les

placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

Force est ainsi d'admettre que le volet somatique de l'expertise de Centre d'expertises R._____ a pleine valeur probante. Les experts ont constaté des aggravations somatiques temporaires entre 2005 et 2021, notamment en raison des opérations des pieds (en 2009 et 2013). Il y avait ainsi motif à révision au sens de l'art. 17 LPGA lors de la procédure initiée par l'OAI en 2013. Ces atteintes somatiques n'ont toutefois pas abouti à des incapacités de travail durables et, partant, n'ont pas eu d'incidence sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Les experts ont cependant tenu compte des effets de ces atteintes, qui étaient déjà connues des experts du Centre d'expertises X._____, dans le cadre des limitations fonctionnelles retenues. Ils ont également pris en considération l'apparition des troubles dégénératifs mis en évidence dès 2018, dans la mesure où ils ont retenu des limitations fonctionnelles plus strictes que celles qui avaient été posées dans l'expertise du Centre d'expertises X._____, précisément pour tenir compte de ces nouvelles atteintes.

Sur le plan psychiatrique, l'expert I._____ n'a retenu aucun diagnostic. Il a expliqué pour quelles raisons il écartait le diagnostic de trouble douloureux chronique, associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, posé précédemment par le Dr A._____. Selon lui, il n'était plus d'actualité car il ne pouvait pas être assimilé au diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, du fait que les éléments constitutifs d'un tel syndrome n'étaient pas présents. En effet, il n'y avait pas de sentiment de détresse quand l'expertisée évoquait ses douleurs. Celles-ci n'étaient pas intenses et persistantes et ne survenaient pas dans un contexte de conflit émotionnel ou de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour être considérés comme la cause essentielle du trouble. L'examen clinique montrait par ailleurs une expertisée à l'humeur euthymique, sans anxiété particulière. En outre, celle-ci ne bénéficiait d'aucun suivi

psychothérapeutique ou psychiatrique, ni de traitement psychiatrique, expliquant qu'elle n'en ressentait pas le besoin. On relèvera que les experts du Centre d'expertises X._____ n'avaient pas non plus retenu de diagnostic psychiatrique dans leur rapport d'expertise du 21 janvier 2016. Le Dr I._____ a également expliqué que l'anamnèse et les constatations faites lors de l'examen ne cadraient pas avec le diagnostic de personnalité dépendante définie par la CIM-10 posé par le Dr A._____. Il a ainsi estimé qu'il n'était pas (ou plus) incapacitant. S'agissant en particulier des indicateurs applicables en matière de troubles psychiatriques, l'expert a mentionné, en lien avec les ressources de la personne expertisée, que celle-ci bénéficiait du soutien d'un réseau social, de son mari et de son fils et que ses ressources personnelles n'étaient pas altérées. Elle n'avait aucun trait de personnalité particulier. Aucune divergence au plan psychiatrique entre son comportement et la situation en examen n'a été constatée, de même qu'aucun élément d'autolimitation. Enfin, l'expert a retenu que l'expertisée ne présentait aucune limitation fonctionnelle. Ainsi, en concluant que la capacité de travail de l'expertisée au plan psychiatrique avait toujours été de 100% depuis 2016 et que celle-ci ne présentait plus aucun diagnostic incapacitant, l'expert a admis une amélioration de son état de santé psychique, justifiant également une révision au sens de l'art. 17 LPGA.

En l'occurrence, le volet psychiatrique remplit en tous points les réquisits de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et il y a lieu de rejeter les griefs soulevés par la recourante. En effet, celle-ci cite le paragraphe de l'expertise relatif à ses plaintes et allègue que l'expert psychiatre les aurait minimisées. On ne peut suivre la recourante dans son argument, dès lors que l'expert, tout en ayant tenu compte des plaintes de l'expertisée, s'est avant tout basé sur les constatations objectives qu'il a faites lors de l'examen pour motiver ses conclusions. Quant aux rapports du Dr C._____, ils ne permettent pas une autre lecture des conclusions de l'expert I._____. Le médecin traitant pose le diagnostic d'état dépressif réactionnel, sans toutefois le motiver et alors qu'il n'est pas spécialisé dans le domaine de la psychiatrie.

e) Pour ce qui est encore du rapport d'Association E. _____ produit par la recourante au stade de la réplique (cf. rapport du 14 décembre 2021), on relèvera, à l'instar de l'intimé, que celui-ci fait état d'une problématique générale en lien avec les expertises mais qu'il ne permet en aucun cas de tirer une conclusion dans la situation particulière qui nous occupe. En outre, les rapports médicaux produits par la recourante le 11 mai 2023 - notamment celui du service de rhumatologie du Centre hospitalier D. _____ du 22 mars 2022, non motivé - ne permettent pas de remettre en cause l'avis des experts de Centre d'expertises R. _____. Il ressort du reste du rapport d'IRM du genou droit du 2 mars 2023 que la situation est stable par rapport à celle du comparatif effectué le 25 août 2022. Enfin, le rapport de consultation d'urgence du 29 novembre 2022 évoque le diagnostic de gastrite, lequel est connu de longue date (cf. courrier du 2 février 2004 du Dr V. _____) et n'a pas été jugé incapacitant par les experts de Centre d'expertises R. _____.

f) En conclusion, c'est à bon droit que l'intimé, en se fondant sur l'expertise de Centre d'expertises R. _____ dont le rapport revêt une pleine valeur probante, a considéré que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et qu'il a supprimé son droit à la rente à compter du dernier jour du 1^{er} mois qui suit la notification de la décision litigieuse, compte tenu d'un taux d'invalidité inférieur à 40%.

En effet, dès lors que la capacité de travail retenue pour la recourante à l'issue de l'expertise de Centre d'expertises R. _____ (100% dans une activité adaptée) est la même que celle qui prévalait après l'expertise du Centre d'expertises X. _____, le calcul du salaire exigible effectué le 11 juillet 2016 par l'OAI aboutissant à un préjudice économique de 10%, au demeurant non contesté par la recourante, est toujours valable et ne prête pas le flanc à la critique, de sorte qu'il peut être confirmé.

9. a) La recourante reproche encore à l'intimé une violation du principe de proportionnalité, en sens qu'il n'aurait pas examiné les chances de succès d'une réinsertion professionnelle, tout en soutenant qu'elles sont nulles compte tenu de son âge, de la durée d'octroi de la rente et de son absence de formation.

b) Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi (TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit de cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de cinquante-cinq ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cette jurisprudence qui est également applicable lorsque l'on statue sur la limitation et/ou l'échelonnement en même temps que le droit à la rente (ATF 145 V 209 consid. 5), ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Le point de savoir si les critères de la durée de quinze années d'allocation de la rente ou de l'accomplissement de la cinquante-cinquième année sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 141 V 5 consid. 4).

c) Comme l'a expliqué l'intimé dans son courrier du 14 octobre 2021, faisant partie intégrante de la décision querellée, la recourante a été convoquée et reçue à plusieurs reprises par l'une des spécialistes en réinsertion professionnelle de l'OAI. En effet, par courrier du 8 décembre 2016, celle-ci a été convoquée pour un entretien le 13 janvier 2017 « afin de [lui] expliquer la teneur [du] réexamen (ndlr : à la suite des nouvelles dispositions introduites par la 6^e révision de l'AI) et des nouvelles mesures disponibles ». Un feuillet d'information sur les mesures de nouvelle réadaptation était joint au courrier précité. L'assurée ne s'est pas présentée à ce rendez-vous, si bien qu'une nouvelle convocation du 3 février 2017 pour le 16 février 2017 lui a été envoyée. Le rendez-vous ayant été annulé, une nouvelle convocation du 14 février 2017 pour le 24 février 2017 a été adressée à l'assurée. A l'issue de cet entretien, un rapport a été rédigé le 1^{er} mars 2017 par la spécialiste en réinsertion professionnelle. Celle-ci a estimé qu'au jour de l'entretien, l'assurée n'avait aucun potentiel de réadaptation compte tenu de son état de santé. Une instruction médicale complémentaire s'avérait ainsi nécessaire et il était inutile de lui expliquer la procédure selon les DIF. L'assurée a été convoquée une nouvelle fois le 13 juin 2018 pour un entretien le 27 juin 2018 pour les mêmes motifs que l'entretien précédent. A cette occasion, la conseillère en réinsertion professionnelle lui a fait part des conclusions de l'instruction médicale, soit une capacité de travail de 100% et, par conséquent, la suppression de son droit à la rente. Elle lui a alors proposé son soutien pour la recherche d'une activité avec le maintien du versement de la rente pendant deux ans, ce à quoi l'assurée a répondu qu'elle ne pouvait pas travailler compte tenu de son état de santé et qu'elle attendrait le projet de décision pour réagir. Lors de cet entretien, l'assurée a signé l'attestation de réception du feuillet d'information sur les mesures de nouvelle réadaptation. En date du 8 juillet 2021, soit après l'expertise de Centre d'expertises R._____, l'assurée a été convoquée pour un nouvel entretien le 13 juillet 2021 avec la spécialiste en réinsertion professionnelle qui lui a, à nouveau, présenté les mesures de nouvelle réadaptation. La spécialiste a relaté, dans son rapport du même jour, que l'assurée se souvenait de ces mesures, dès lors qu'elles lui avaient déjà été présentées en 2018 et qu'elle n'avait pas voulu les

suivre. L'assurée ne souhaitait toujours pas entrer en matière et le feuillet d'information lui a été remis avec un délai de réflexion de 30 jours. La spécialiste lui a conseillé d'en parler avec son conseil et elle lui a indiqué qu'elle serait convoquée pour la fin du mois d'août pour voir si elle avait changé d'avis. Le 2 septembre 2021, une sommation a été adressée à l'assurée - celle-ci ne s'étant pas présentée à l'entretien fixé ce même jour - avec un délai au 20 septembre 2021 pour prendre contact avec l'OAI et lui fait part de sa position quant à la mise en place d'éventuelles mesures de nouvelle réadaptation. Il était précisé qu'en cas de refus ou sans réponse de sa part dans le délai imparti, l'OAI considérerait qu'elle ne souhaitait pas d'aide en matière de réadaptation et qu'il mettrait un terme à son intervention. L'assurée a encore une fois été convoquée pour un entretien fixé au 29 septembre 2021. Lors de cet entretien, la spécialiste de l'OAI lui a proposé une mesure de réinsertion auprès de [...], en lui décrivant les divers ateliers. Compte tenu toutefois du fait que l'assurée ressentait des douleurs à différents endroits du corps (genou gauche, tête, épaules) et mentionnait ne rien pouvoir faire, la spécialiste a estimé qu'il ne servait à rien de lui proposer des mesures et lui a fait signer le résumé de l'entretien. Le dossier a donc été clos auprès du service de réadaptation. Dans ce contexte, on ne peut considérer que l'intimé a violé le principe de proportionnalité, ce d'autant plus que trois entretiens ont eu lieu avant le reproche formulé par la recourante quant à l'absence de mesures de réinsertion mises en place. Quant à la proposition faite par la spécialiste en réinsertion professionnelle à l'assurée de suivre une mesure auprès de [...], à bas seuil et sans exigence de rendement pour lui permettre de reprendre progressivement un rythme de travail, elle a été déclinée par l'assurée. L'intimé a également relevé à juste titre que la capacité de travail de l'assurée avait été initialement fixée à 50%, si bien que l'éloignement du marché du travail depuis de nombreuses années n'était pas dû à ses problèmes de santé, la mise en valeur de cette capacité de travail étant parfaitement exigible depuis 2001, compte tenu de l'obligation de réduire le dommage, alors que l'assurée était âgée de 31 ans. En outre, l'absence de formation n'empêchait pas la recourante d'entrer dans une démarche de réinsertion. Le grief doit ainsi être rejeté.

10. Le dossier est complet. Il permet ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a ainsi pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, soit sa propre audition et celle des Drs C._____ et T._____ (cf. recours du 19 novembre 2021). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents sur le plan médical ayant pu être constatés à satisfaction de droit dans le cadre de l'expertise de Centre d'expertises R._____ et ayant pu être librement appréciés par la présente juridiction (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3).

11. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. Cependant, celle-ci étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires mis à sa charge ci-avant sont provisoirement assumés par l'Etat.

Me Palazzo peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 11 avril 2023, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 3'104 fr. 20 (2'745 fr. [15h15 x 180] + 137 fr. 25 [2'745 fr. x 5%] + 221 fr. 95 [2'882 fr. 25 x 7.7%]), débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par

la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 octobre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Charlotte Palazzo, conseil de O._____, est fixée à 3'104 fr. 20 (trois mille cent quatre francs et vingt centimes), débours et TVA compris.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Charlotte Palazzo (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :