

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 août 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
MM. Métral, juge, et Küng, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

W._____, à [...], recourante, représentée par Nadine Frossard Goy, juriste
à Vufflens-la-Ville,

et

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

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

E n f a i t :

A. W._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], assistante technique à 100 % auprès de M._____, a déposé le 27 avril 2008 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a fait état d'une fibromyalgie, avec des maux de tête et de dos, des douleurs musculaires, des troubles du sommeil et une fatigue constante.

Dans un rapport du 8 juillet 2008, le Dr F._____, psychiatre traitant, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble persistant de l'humeur chez une personnalité anxieuse et dépendante, de syndrome douloureux chronique (fibromyalgie), ainsi que de douleurs diffuses, céphalées tensionnelles, manifestations dépressives, état d'épuisement, attaques de panique, troubles du sommeil et de la concentration. Il a retenu une capacité de travail de 70 %.

Le 16 septembre 2008, le Dr E._____, psychiatre au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), s'est entretenu avec l'assurée. Dans son rapport d'examen clinique psychiatrique du 23 septembre 2008, il a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, épisode actuel léger sans syndrome somatique, lequel n'avait aucune influence sur la capacité de travail. Cette capacité était entière dans toute activité.

Par projet de décision du 5 novembre 2008, l'OAI a informé l'assurée qu'elle entendait rejeter sa demande de prestations.

Le 19 novembre 2008, l'intéressée a fait part de ses objections sur le projet précité, relevant que son état de santé se dégradait.

Le 25 novembre 2008, le Dr F._____ a relevé une péjoration de l'affection psychiatrique de sa patiente, ceci en raison d'une recrudescence de la symptomatologie présentée.

Le 9 mars 2009, le Dr C. _____, médecin généraliste traitant, a expliqué qu'au cours de l'année 2008, sa patiente n'avait pas été en mesure de travailler au taux de 60 %, qu'ils avaient fixé, en raison d'un manque de ressources flagrant face à son problème de santé, sous-entendant une atteinte plus large que son simple état douloureux.

Par décision du 22 janvier 2010, l'OAI a confirmé le refus de prestations, en se fondant notamment sur le rapport du Dr E. _____ du SMR.

Par arrêt du 11 novembre 2010 (cause AI 100/10 - 480/10), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours interjeté par l'assurée contre cette décision et l'a annulée. Considérant qu'il demeurait des incertitudes médicales quant à l'état de santé global (rhumatologique et psychiatrique) de l'intéressée, la Cour a renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il fasse effectuer une expertise bidisciplinaire.

A la suite de cet arrêt, l'OAI a mis en œuvre une telle expertise, comportant également un volet neurologique, auprès de la H. _____ (ci-après : la H. _____), où l'assurée a séjourné du 16 au 17 août 2011. Dans leur rapport du 13 septembre 2011, les Drs D. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et Q. _____, psychiatre, ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et de trouble de la personnalité dépendante. Les diagnostics de somatisation, de trouble panique, de céphalées tensionnelles chroniques et probable migraine avec aura visuelle, de même que de méniscopathie postérieure interne du genou gauche et chondropathie patellaire externe discrète n'avaient quant à eux aucun effet sur la capacité de travail. Ils ont fait l'appréciation suivante du cas :

« W. _____ est une assurée d'origine suisse, âgée actuellement de [...]. Après sa scolarité elle a obtenu un CFC de coiffeuse mais a dû interrompre cette profession après quelques mois en raison d'allergies cutanées. Elle est alors engagée dans l'entreprise M. _____ où elle assume différentes fonctions. Depuis plusieurs

années elle est opératrice dans un centre d'appels pour les dérangements.

Depuis l'adolescence l'assurée a commencé à ressentir des douleurs de diverses articulations notamment des genoux. Progressivement au cours des années les douleurs se généralisent intéressant tant le rachis que les membres. Dans le courant de l'année 2006, les douleurs augmentent en particulier au niveau cervico-brachial avec des douleurs des coudes et des acro-paresthésies des deux mains. Un diagnostic de syndrome du tunnel carpien à gauche très modéré est évoqué à la suite d'un examen neurologique. Parallèlement son état psychologique s'aggrave : elle présente des symptômes anxio-dépressifs qui ne s'améliorent pas malgré un suivi psychiatrique et un traitement médicamenteux. Elle présente des incapacités de travail à des taux divers depuis novembre 2006 et diminue son activité à 70 % à partir du 8 octobre 2007 puis à 60 % à partir de septembre 2008 et enfin à 50 % depuis juin 2009.

L'examen du dossier montre une bonne concordance concernant les constatations et diagnostics somatiques posés par les différents spécialistes ayant examiné l'assurée. On relève que le syndrome douloureux chronique est résistant aux différents traitements physiques et médicamenteux et qu'il contraste avec la pauvreté des constatations objectives, notamment l'absence de limitation de mobilité articulaire au niveau du tronc et des membres. Il y a également une concordance concernant les diagnostics psychiatriques sur la présence d'un trouble dépressif récurrent d'importance variable. Les psychiatres traitants font par contre état d'un trouble de la personnalité dépendante justifiant une incapacité de travail, ce que ne retenait pas le psychiatre du service médical régional AI en septembre 2008.

Les plaintes de l'assurée sont concordantes avec celles figurant au dossier médical : elle souffre de céphalées constantes d'un haut niveau d'intensité, peu influencées par les traitements médicamenteux et accompagnées parfois de nausées et de troubles visuels. Elle présente des troubles du sommeil depuis plusieurs années qui s'accompagnent d'un état de fatigue, d'une symptomatologie dépressive avec tristesse et d'une anxiété importante concernant son avenir notamment professionnel. Elle mentionne enfin des douleurs "partout" tant au niveau de la colonne cervico-dorso-lombaire que des quatre membres. Là aussi les douleurs sont de très haute intensité et très peu influencées par les traitements physiques et médicamenteux prescrits par les nombreux spécialistes consultés. Il s'y associe encore des douleurs abdominales, une constipation habituelle et une obésité.

L'examen de l'assurée nous met en présence d'une femme de [...] avec une obésité à prédominance tronculaire. Renversement postérieur du tronc modéré avec relâchement marqué de la sangle abdominale. Il y a une légère limitation des rotations du rachis cervical et des rotations du rachis dorso-lombaire. Tous les mouvements du rachis et des membres sont décrits comme douloureux de même que la palpation, y compris sur des zones traditionnellement peu ou pas douloureuses comme la région frontale et la région moyenne de clavicules. La participation aux tests de force est médiocre au prétexte des douleurs. Ces douleurs diffuses contrastent avec l'absence de signe inflammatoire et des mobilités articulaires des quatre membres conservées, hormis une légère limitation de flexion du genou gauche avec des craquements à la mobilisation.

L'examen neurologique du Dr K. _____ n'a pas montré de signe d'une maladie neuromusculaire ou de type polyneuropathie. L'anamnèse, l'examen neurologique normal et les différents examens paracliniques effectués permettent de retenir un diagnostic de céphalées tensionnelles chroniques et de probables migraines avec aura visuel n'ayant pas, en elles-mêmes, un caractère incapacitant.

L'examen des documents d'imagerie à disposition montre de discrets troubles dégénératifs prédominant au niveau de la région cervicale en C5-C6 où il y a un débord disco-ostéophytaire paramédian droit ne semblant cependant pas pouvoir créer de conflit radiculaire. Au niveau du genou gauche il y a des signes de méniscopathie postérieure interne avec subluxation externe de la rotule et chondropathie patellaire externe discrète. A noter que l'IRM [imagerie par résonance magnétique] lombaire et des hanches ne montre pas d'anomalie alors que l'assurée décrit d'importantes douleurs dans cette région.

Au total, sur le plan somatique, il y a une importante discordance entre le syndrome douloureux diffus résistant à tous les traitements physiques et médicamenteux depuis plusieurs années et les constatations objectives. Les discrets troubles dégénératifs mentionnés ci-dessus ne peuvent en aucun cas expliquer l'importance du syndrome douloureux. Il faut cependant relever la bonne collaboration de l'assurée qui ne montre pas d'autre signe de non organicité que des douleurs diffuses à la palpation et à la mobilisation.

Devant ce tableau clinique un diagnostic de fibromyalgie a été mentionné à plusieurs reprises. Rappelons que ce label sert à désigner un syndrome douloureux chronique touchant le tronc et les membres, généralement chez des femmes, accompagné de points douloureux répartis sur le tronc et les membres et souvent accompagné de symptômes à caractère fonctionnel tels que fatigue, douleurs abdominales et céphalées. On comprend dès lors que ce diagnostic ait été évoqué pour cette assurée. Il faut cependant relever que, pour beaucoup de spécialistes, le syndrome ne correspond pas à une maladie à proprement parler. L'utilisation de ce terme suggère qu'il y a une discordance entre la symptomatologie et les constatations objectives, ce qui est manifestement le cas pour cette assurée. Il incite également à rechercher des facteurs psychologiques pouvant jouer un rôle dans la symptomatologie douloureuse.

Nous avons donc procédé à une nouvelle évaluation approfondie des singularités psychiques de l'assurée. Au terme de son expertise psychiatrique, la Dresse V. _____ conclut qu'il existe en effet une psychopathologie importante : comme les psychiatres ayant précédemment examiné et traité l'assurée, elle retrouve les critères d'un trouble dépressif récurrent dont l'épisode actuel est d'intensité moyenne ; ce trouble dépressif n'est que modérément amélioré par le traitement médicamenteux et psychothérapeutique. Elle souligne l'évolution chronique des troubles qui ont une répercussion importante dans l'ensemble des activités quotidiennes et s'accompagne d'un isolement social progressif. Comme le psychiatre traitant, elle retrouve les critères permettant de poser un diagnostic de trouble de la personnalité dépendante. Elle souligne également le fait que l'assurée a présenté dès son jeune âge une multitude de symptômes douloureux qui ont justifié d'innombrables examens complémentaires qui se sont révélés la plupart du temps normaux

ou n'ont montré que des anomalies mineures. Ceci permet de parler d'un trouble [de] somatisation dont le syndrome douloureux chronique sans explication somatique fait partie intégrante.

En conclusion, Mme W. _____ souffre d'un syndrome douloureux chronique qui s'inscrit dans le cadre d'une psychopathologie importante chronique qui interfère clairement avec sa capacité de travail.

Au terme de cette expertise, les experts s'accordent à estimer que, en raison de l'épuisement des ressources de l'assurée, la capacité de travail résiduelle, quelle que soit l'activité envisagée, ne dépasse pas 50 %, à tout le moins depuis février 2010 au vu des éléments fournis par le psychiatre traitant. Auparavant il est proposé de s'en tenir aux renseignements fournis par le médecin traitant : à savoir incapacité de travail de 50 % du 6.12.2006 au 20.05.2007, 40 % du 21.05.2007 au 7.10.2007 et 30 % à partir du 08.10.2007.

Au vu des traitements bien conduits, il n'y a pas de mesure médicale susceptible d'améliorer la situation ni la capacité de travail. Compte tenu de la psychopathologie chronique et, en particulier, du trouble de la personnalité dépendante, le pronostic est réservé et il y a lieu de tout mettre en œuvre pour préserver le lien avec son environnement professionnel.

A ce propos, l'évaluation dans nos ateliers professionnels (L. _____) a permis de vérifier la bonne collaboration de l'assurée qui s'est pliée sans rechigner aux différents tests et a fourni un travail de qualité satisfaisante. Ces observations permettent de penser qu'une activité à 50 % dans un centre d'appel téléphonique est adaptée aux capacités actuelles de l'assurée. Il n'y a, dès lors, pas lieu d'envisager des mesures professionnelles. »

Dans un rapport du 5 octobre 2011, le Dr T. _____ du SMR a retenu comme atteinte principale à la santé un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et, comme pathologie associée, un trouble de la personnalité dépendante. Les diagnostics de somatisation, de trouble panique, de céphalées tensionnelles chroniques, de probables migraines et de méniscopathie du genou gauche n'étaient quant à eux pas du ressort de l'AI. Le Dr T. _____ a notamment fait état d'une incapacité de travail de 30 % dès le 8 octobre 2007 et de 50 % à partir de février 2010.

Par décisions du 4 avril et du 24 juillet 2012, remplaçant celle du 22 janvier 2010, l'OAI a octroyé à l'assurée un quart de rente d'invalidité fondé sur un taux d'invalidité de 40 % à partir du 1^{er} août 2010, puis, à compter du 1^{er} novembre 2010, une demi-rente basée sur un taux d'invalidité de 50 %.

L'employeur de l'assurée a résilié les rapports de travail au 29 février 2012.

B. En février 2014, l'OAI a initié une procédure de révision d'office de la rente.

Le 18 mars 2014, complétant un questionnaire transmis à cet effet par l'OAI, l'assurée a expliqué que son état de santé était toujours le même. Elle s'était fait licencier et recherchait un travail. Elle a joint plusieurs certificats médicaux établis par le Dr G._____, nouveau psychiatre traitant, attestant une incapacité totale de travail du 1^{er} octobre 2013 au 28 février 2014.

Le 10 avril 2014, le Dr G._____ a informé l'OAI que sa patiente ne présentait plus d'état dépressif. Elle avait réduit drastiquement sa médication et son état psychologique s'était amélioré. Celui-ci permettait une activité restreinte du fait de la pathologie médicale. Il a fait état d'une fibromyalgie. Il a retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée.

Le 14 avril 2014, le Dr X._____, nouveau médecin généraliste traitant, a notamment posé les diagnostics de syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent, de syndrome cervico-brachial droit, d'obésité de stade II, de céphalées mixtes, de troubles dépressifs récurrents, de troubles de la personnalité dépendante, de troubles paniques et de somatisation. Sa patiente disposait d'une capacité de travail de 50 %.

Le 22 octobre 2014, le Dr G._____ a relevé que l'incapacité totale de travail s'était prolongée jusqu'au 31 août 2014, date à partir de laquelle l'assurée présentait une capacité de travail de 50 %. Depuis le mois d'août, sa patiente ne s'était plus rendue en consultation.

Par avis médical du 20 janvier 2015, le Dr S._____ du SMR a préconisé d'organiser une expertise psychiatrique.

L'OAI a mis en œuvre une telle expertise auprès du Dr B._____, psychiatre, lequel s'est entretenu avec l'assurée le 19 décembre 2016. Le 19 janvier 2017, il a en outre demandé des renseignements au Dr P._____, psychiatre. Le 23 janvier 2017, la psychologue Z._____ et le Dr P._____ lui ont répondu que l'intéressée était suivie depuis le 7 octobre 2014 par Madame Z._____, qui travaillait sous la délégation du Dr P._____. Les séances étaient hebdomadaires. Ils retenaient les diagnostics de trouble dépressif récurrent en rémission partielle, d'autres troubles spécifiques de la personnalité (traits immatures) et de somatisation.

Dans son rapport du 1^{er} juin 2017, co-signé avec la psychologue R._____, le Dr B._____ a relevé que l'assurée travaillait un certain nombre d'heures dans une cantine scolaire, pour un salaire mensuel de 1'000 fr., et effectuait également la distribution de tous-ménages pour un revenu de 200 à 300 francs. Il a posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie, d'épisode dépressif majeur récurrent en rémission, ainsi que de personnalité abandonnique avec immaturité (autres troubles spécifiques de la personnalité). Selon l'expert, les somatisations n'étaient plus véritablement au premier plan. Il a constaté une amélioration relativement conséquente de l'état psychologique de l'assurée, lequel ne justifiait plus d'incapacité de travail, au plus tard le jour de l'expertise. Il a notamment précisé que l'analyse du fonctionnement actuel de l'intéressée, tant professionnel, politique, que social, indiquait qu'il n'y avait plus aucune limitation en relation avec d'éventuels troubles psychiques. Néanmoins, l'intéressée faisait valoir des motifs qui sortaient du champ médical, tels l'âge, le marché de l'emploi, la durée de l'éloignement du monde du travail, pour justifier la difficulté à retrouver un emploi. L'expert n'avait pas de proposition à formuler au plan médical, ajoutant que le traitement avait été notablement allégé, ce qui permettait aussi d'attester une amélioration.

Par avis médical du 26 juin 2017, le Dr S._____ du SMR a relevé qu'il n'avait pas de raison de s'écarter de cette expertise.

Par projet de décision du 29 juin 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de supprimer sa demi-rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a expliqué qu'elle avait retrouvé une capacité totale de travail depuis décembre 2016.

Le 11 septembre 2017, l'assurée, désormais représentée par Nadine Frossard Goy, a contesté ce projet de décision, soutenant que son état de santé avait continué à se péjorer. Elle avait dû procéder à des infiltrations dans la nuque, les douleurs étant insoutenables. En outre, elle a critiqué l'expertise du Dr B._____, relevant notamment que l'entretien avec le spécialiste n'avait duré que quinze minutes, qu'elle n'avait pas pu dire ce qu'elle souhaitait, que l'expert avait enjolivé sa situation professionnelle et sociale, et qu'il n'avait fait aucune appréciation sur le plan somatique. En annexe, elle a joint les documents suivants :

- une confirmation du 22 février 2017 du Centre J._____ relative à une infiltration prévue le 31 mars 2017 ;
- un rapport du 8 septembre 2017 adressé par le Dr N._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, au Dr X._____, retenant les diagnostics d'occipitalgies sur névralgies d'Arnold bilatéral, de syndrome cervico-brachial partiellement C6 irritatif droite sur discopathie C5-C6, de status post-omalgies droites sur conflit sous-acromial, de préarthrose digitale, ainsi que de syndrome fémoro-patellaire. L'évolution après l'infiltration cervicale était peu favorable, avec la persistance de cervicalgies irradiant au niveau occipital, devenant de plus en plus importantes et entraînant une impotence fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne et professionnelle avec un travail à 50 % comme secrétaire. Le Dr N._____ relevait que la patiente présentait une acutisation des cervico-occipitalgies à mettre sur le compte d'une névralgie d'Arnold. Il avait effectué une infiltration du nerf d'Arnold le jour-même. La poursuite de l'activité professionnelle à 50 % était

justifiée, étant donné qu'il n'y avait pas d'amélioration par rapport à 2014.

Par avis médical du 2 octobre 2017, le Dr S. _____ du SMR a expliqué qu'à l'époque, la rente avait été octroyée non pas pour des raisons somatiques, mais psychiatriques, lesquelles n'avaient actuellement plus d'effet sur la capacité de travail. Le problème somatique actuel n'était que l'acutisation non durable d'une problématique rachidienne connue. Les céphalées et cervicalgies étaient en effet déjà décrites dans l'expertise de la H. _____, de sorte qu'hormis une acutisation, il n'y avait pas de fait nouveau. Les éléments produits n'étaient dès lors pas susceptibles de modifier l'avis médical du 26 juin 2017 du SMR.

Par décision du 14 novembre 2017, l'OAI a confirmé la suppression de la demi-rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de dite décision. Dans un courrier du même jour, il a expliqué que les arguments de l'assurée n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé du projet de décision. Le rapport du Dr B. _____ était probant et ses conclusions apparaissaient pour le surplus concordantes avec les constats du Dr P. _____. En outre, il n'appartenait pas à l'expert de se prononcer dans un autre domaine que celui de sa spécialisation. Le rapport du Dr N. _____ n'apportait quant à lui aucun élément qui n'avait pas été investigué à l'occasion de l'expertise pluridisciplinaire de la H. _____, laquelle avait écarté toute atteinte somatique ayant une répercussion sur la capacité de travail.

C. Par acte du 3 janvier 2018, W. _____, toujours représentée par Nadine Frossard Goy, a recouru contre cette décision auprès de la Cour de céans, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Elle a répété ses critiques à l'égard de l'expertise du Dr B. _____, faisant valoir qu'elle n'était ni complète, ni objective. En effet, l'entretien n'avait duré qu'une quinzaine de minutes, elle n'avait pas pu s'exprimer, une femme qui n'avait pas été présentée y avait assisté, et elle avait dû compléter un long questionnaire

dans un petit local. Elle ne s'était sentie ni respectée, ni écoutée. Le quotidien qu'elle avait décrit à l'expert avait été très largement embelli par ce dernier. Ses douleurs étaient extrêmes et les médicaments n'agissaient que très peu. Elle parvenait à y faire face car elle travaillait à 50 %, ce qui lui permettait de se reposer. Elle se faisait aider pour l'essentiel du ménage, avait dû renoncer à toute activité au niveau social et éprouvait des difficultés dans son emploi auprès de GG._____. Par ailleurs, le Dr P._____ avait retenu que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis 2014 et que sa capacité de travail ne saurait dépasser 50 %. Enfin, l'OAI n'avait pas pris en compte ses atteintes somatiques. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En annexe, elle a joint les documents suivants :

- un rapport du 18 décembre 2017 du Dr P._____ et de la psychologue Z._____, retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent en rémission partielle, d'autres troubles spécifiques de la personnalité (traits immatures) et de somatisation. Ils se déclaraient surpris d'apprendre que la rente AI à 50 % de l'assurée allait être supprimée, car elle ne pouvait pas répondre aux exigences d'un emploi à 100 % à long terme. Elle avait toujours présenté des limitations psychiques évidentes comme une labilité émotionnelle, une anxiété constante et une mauvaise estime d'elle-même, ce qui impliquait une très mauvaise gestion du stress, une fatigabilité accrue, une irritabilité et des difficultés relationnelles. A la suite de l'annonce de la suppression de la rente, ils avaient constaté une recrudescence des symptômes dépressifs marqués par des troubles du sommeil, une perte de motivation et de l'élan vital, et des somatisations importantes. La contraindre à un emploi à 100 % risquait de l'amener à une incapacité totale de travailler ;
- un rapport du 20 décembre 2017 adressé par le Dr N._____ au Dr X._____, relevant que la patiente avait bénéficié d'une infiltration de l'émergence du nerf d'Arnold le 7 septembre 2017 avec une évolution favorable. Il persistait cependant des cervicobrachialgies et des omalgies droites associées à des troubles

du sommeil. Les omalgies étaient probablement imputables à une arthropathie acromio-claviculaire. Le Dr N._____ concluait qu'il était difficile de se prononcer par rapport à une capacité de travail résiduelle, celle-ci dépendant essentiellement d'une appréciation juridique et des capacités fonctionnelles de la patiente, ce qui n'était pas de son ressort.

Dans sa réponse du 26 février 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il s'est référé à l'avis médical du 20 février 2018 du Dr S._____ du SMR, produit en annexe, lequel relevait que le Dr P._____ avait fait état de diverses limitations fonctionnelles psychiques déjà connues. La réaction négative à l'annonce de la suppression de la rente s'inscrivait dans le contexte de la dysthymie. Hormis la spéculation, rien n'augurait une incapacité de travail de longue durée. S'agissant des atteintes décrites par le Dr N._____, le Dr S._____ a expliqué que dans son ancienne activité auprès de M._____, ou dans une activité identique, la capacité de travail était pleine en respectant les limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule, soit notamment l'absence de port de charges lourdes.

Par réplique du 21 mars 2018, l'assurée a relevé que les avis de ses médecins traitants étaient contraires à celui du Dr B._____, qui ne l'avait pas écoutée.

Le 17 avril 2018, l'OAI a maintenu sa position.

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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours

auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante au maintien de sa demi-rente d'invalidité, singulièrement sur la question de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre la décision du 4 avril 2012 lui ayant reconnu le droit à une telle rente et la décision litigieuse.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble

ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins à une demi-rente, un taux de 60 % au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Pour déterminer s'il y a motif à réviser une rente, il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et 130 V 71 consid. 3.2).

Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité peut donner lieu à une révision de la rente. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est

resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 130 V 343 consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 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, 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 lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon l'art. 88bis al. 2 let. a RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2).

d) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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, 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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient 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_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 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 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

4. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est

exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'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 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

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

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles

constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure 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, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2).

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

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 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. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

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 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 (consid. 4.4 de l'arrêt cité). 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 (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'administration des preuves prévalant en matière de troubles douloureux sans substrat organique (troubles somatoformes douloureux) et de troubles psychosomatiques analogues à l'ensemble des maladies psychiatriques (ATF 143 V 418 et 143 V 409).

5. En l'espèce, dans le cadre d'une procédure de révision d'office, l'OAI a retenu que la capacité de travail de la recourante était désormais totale et a de ce fait supprimé la demi-rente qui lui avait été allouée depuis novembre 2010 par décision du 4 avril 2012. Il convient ainsi d'examiner si le degré d'invalidité de l'assurée a subi une modification significative entre la décision précitée et la décision litigieuse du 14 novembre 2017.

a) Pour rendre la décision du 4 avril 2012, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise des médecins de la H._____, lesquels avaient posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et de trouble de la personnalité

dépendante. Ils ont notamment retenu une capacité de travail de 50 % depuis le mois de février 2010. D'autres diagnostics, tels que la somatisation et les céphalées tensionnelles chroniques, n'avaient quant à eux pas d'effet sur la capacité de travail.

b) Au cours de la procédure de révision initiée par l'OAI en 2014, l'intéressée a été examinée par le Dr B._____ dans le cadre d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 1^{er} juin 2017, le spécialiste a posé les diagnostics de dysthymie, d'épisode dépressif majeur récurrent en rémission, ainsi que de personnalité abandonnique avec immaturité. Selon lui, la capacité de travail de l'assurée était désormais entière.

Cette expertise fait suite à un examen complet du dossier et a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. Avant de rédiger son rapport, le Dr B._____ a demandé des informations supplémentaires au Dr P._____, qu'il a prises en considération, tout comme les plaintes exprimées par l'assurée. Pour le surplus, la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et détaillées. Le Dr B._____ a en particulier exposé qu'il ne retrouvait plus les critères cardinaux en faveur d'un épisode dépressif de gravité moyenne à sévère. Il a précisé qu'il n'y avait pas d'anhédonie, d'aboulie, d'apragmatisme ou de tendance au retrait social, et que l'assurée avait au contraire investi une vie sociale, exerçait une petite activité professionnelle, et avait pu se reprendre en main au niveau de sa surcharge pondérale puisqu'elle avait perdu vingt kilos. Relevant par ailleurs de légères variations de l'humeur, il a conclu à un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission et une évolution dysthymique. A cet égard, il sied de relever qu'en 2014 déjà, le psychiatre suivant la recourante à cette époque avait constaté une amélioration de l'état psychologique de sa patiente, laquelle ne présentait plus d'état dépressif (cf. rapport du 10 avril 2014 du Dr G._____). Le Dr B._____ a également exposé les raisons pour lesquelles il retenait une personnalité abandonnique avec immaturité. S'agissant des somatisations, il a expliqué qu'elles n'étaient plus véritablement au premier plan. Il a relevé que les tests psychométriques soulignaient une tendance très nette à la dramatisation ou à l'amplification, précisant que

cela était fréquemment retrouvé chez une personnalité avec une composante d'immatunité qui avait une vision très excessive ou très auto-centrée de ses difficultés. Il a également analysé la personnalité de l'expertisée. De plus, il a décrit qu'elle disposait de nombreuses ressources, lui ayant permis de s'intégrer socialement tout en exerçant une activité lucrative. En conclusion, il a retenu une amélioration de l'état psychique, avec une capacité de travail désormais totale. Le Dr B. _____ a ainsi expliqué les différents éléments l'ayant amené à ses conclusions, qui sont bien motivées.

La recourante soutient que l'entretien avec l'expert n'aurait duré qu'une quinzaine de minutes et qu'une tierce personne, qui n'avait pas été présentée, y avait assisté. La durée de l'examen - qui n'est pas en soi un critère de la valeur probante d'un rapport médical - ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, puisque son rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_157/2016 du 4 août 2016 consid. 4.1 et les références citées). Le rapport du Dr B. _____, comportant notamment une anamnèse et une discussion détaillées, démontre que l'expert s'est consacré de manière appropriée au cas de la recourante. Il ne recèle en outre aucune trace de partialité. Les arguments de l'assurée selon lesquels le Dr B. _____ aurait embelli sa situation reposent uniquement sur ses propres déclarations. Par ailleurs, la présence d'une tierce personne - en l'occurrence la psychologue R. _____, laquelle a collaboré à l'interprétation des tests psychométriques - ne permet pas de conclure à un déroulement irrégulier de l'expertise. Il en va de même pour les tests psychométriques que la recourante a dû réaliser seule dans une pièce séparée avant et après l'entretien avec le Dr B. _____.

En définitive, cette expertise remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions ont au demeurant été confirmées par le Dr S. _____ du SMR, qui s'y est rallié (cf. avis médical du 26 juin 2017).

Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en question les conclusions de l'expertise. En particulier, le Dr P._____ et la psychologue Z._____ n'ont pas fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions. Ils ont en particulier relevé une recrudescence de symptômes à la suite de l'annonce de l'OAI de supprimer la rente de l'assurée. Il s'agit typiquement d'un processus réactionnel, dont rien ne permet de considérer qu'il remet en cause sérieusement l'analyse à laquelle s'est livré le Dr B._____. Par ailleurs, tel que le relève le Dr S._____ du SMR, le risque d'incapacité totale de travail évoqué par le Dr P._____ et la psychologue Z._____ en lien avec la suppression de la demi-rente d'invalidité se fonde sur une spéculation. Enfin, les constatations émanant de ces derniers, suivant l'assurée depuis 2014, doivent être admises avec réserve (cf. consid. 3d supra).

Le Dr X._____ a quant à lui certes fait état d'une capacité de travail de 50 %, mais son rapport, daté du 14 avril 2014, a été établi plus de deux ans avant l'examen effectué par le Dr B._____. Au demeurant, les diagnostics psychiatriques retenus par le médecin généraliste traitant ne sauraient remettre en cause ceux posés par un spécialiste en psychiatrie.

Sur le plan psychiatrique, l'intimé a ainsi retenu à juste titre une capacité de travail désormais totale.

c) La recourante lui reproche encore de ne pas avoir pris en compte ses atteintes somatiques, se fondant notamment sur les rapports du Dr N._____.

Toutefois, il y a lieu de rappeler que la demi-rente d'invalidité lui avait été octroyée uniquement pour ses atteintes psychiatriques. A l'époque, les spécialistes de la H._____, en particulier le rhumatologue et le neurologue, avaient posé plusieurs diagnostics sur le plan somatique,

lesquels n'avaient toutefois, selon ces médecins, aucune répercussion sur la capacité de travail. Les atteintes dont se prévaut actuellement la recourante ont pour l'essentiel déjà été décrites par les experts de la H._____ (céphalées, douleurs cervico-dorso-lombaires, atteintes au genou, troubles du sommeil, etc.), sans qu'ils ne retiennent une incapacité de travail sur le plan somatique. En outre, l'acutisation des cervico-occipitalgies, attribuée par le Dr N._____ à une névralgie d'Arnold (cf. rapport du 8 septembre 2017), avait, selon ce médecin, connu une évolution favorable à la suite de l'infiltration qu'il avait effectuée (cf. rapport du 20 décembre 2017). Par ailleurs, il notait qu'il persistait des cervicobrachialgies et des omalgies, ces dernières étant probablement imputables à une arthropathie acromio-claviculaire. S'agissant de cette atteinte, le Dr S._____ du SMR a expliqué que la recourante conservait quoi qu'il en soit une capacité de travail entière dans son ancienne activité auprès de M._____ ou une activité identique, celle-ci respectant les limitations fonctionnelles d'épargne de l'épaule, comme l'absence de port de charges lourdes. Le Dr N._____, quant à lui, après avoir retenu une capacité de travail de 50 % dans son premier rapport, a par la suite expressément renoncé à se déterminer sur cette question. En définitive, on ne saurait admettre que la recourante présente désormais des atteintes somatiques pouvant entraîner une incapacité de travail.

d) Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à considérer que l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle depuis la fin de l'année 2016. La situation de la recourante ayant connu une amélioration notable et durable, la suppression de la demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2018 était justifiée. Cette date correspond au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision litigieuse du 14 novembre 2017 (cf. art. 88a al. 1 et 88bis al. 2 let. a RAI ; consid. 3b supra).

6. Le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de mettre en œuvre l'expertise pluridisciplinaire requise par la recourante. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les

considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 122 II 464 consid. 4a ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1 et 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2).

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 14 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de W._____.
- IV.** 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 :

- Nadine Frossard Goy (pour W. _____)
- 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 :