

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 août 2019

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Métral, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représenté par Me Karim Hichri, avocat à
Lausanne,

et

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

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961, sans formation, a travaillé à partir de janvier 2002 en qualité d'ouvrière auprès de l'entreprise E._____ SA à [...], activité dans laquelle elle s'est retrouvée en incapacité de travail dès le 28 octobre 2005.

Le 15 septembre 2006, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations au motif qu'elle souffrait d'un syndrome douloureux vertébral lombosacré, d'une allergie des voies respiratoires supérieures, d'un trouble de l'adaptation, de céphalées et d'anémie.

A la demande du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), l'assurée a été examinée au X._____ de [...] (X._____) en date du 16 mai 2007. Dans leur rapport d'expertise rhumato-psychiatrique du 5 juillet 2007, les Drs T._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de personnalité dépendante (F60.7), lesquels engendraient une incapacité de travail, respectivement une diminution de rendement de 50 %. Leur appréciation était la suivante :

« Rappel de l'histoire médicale :

Madame V._____ est une assurée d'origine marocaine, italienne par mariage, âgée de 45 ans, en Suisse depuis 1993. Elle ne travaille plus depuis octobre 2005 en raison de douleurs dorso-lombaires. A ce moment, elle travaillait depuis 4 ans dans une boulangerie industrielle et devait porter à de multiples reprises de lourdes charges de 25 Kg.

Elle a été prise en charge par le Dr F._____ (médecine physique) et par son médecin traitant le Dr C._____ (médecine générale). Ces deux médecins ont fait de multiples investigations qui n'ont pas mis en évidence de pathologie particulière au niveau de la colonne dorsale et lombaire. La recherche d'une spondylarthrite ankylosante a été faite et s'est avérée négative (radiographie + scintigraphie).

Les traitements d'anti-inflammatoire, de physiothérapie et même des infiltrations des articulaires postérieures n'ont pas permis d'améliorer la situation.

Situation actuelle :

Sur le plan somatique, Madame V._____ se plaint toujours de douleurs lombaires basses au niveau du trapèze à gauche. Ses douleurs étant plus fortes le matin et en fin de nuit et occasionnellement une raideur d'une à deux heures le matin. Elle déclare également ne pas pouvoir s'occuper de son ménage, ni du repassage, de faire le minimum à la maison et de s'occuper uniquement des repas de ses deux enfants. Elle doit à multiples reprises se coucher la journée.

Elle souffre également d'un asthme, de migraines, de deux à quatre fois par mois et d'une anémie ferriprive qui est traitée par injection de fer.

Les examens radiologiques, la scintigraphie osseuse, les examens sanguins et l'examen clinique de ce jour ne permettent pas de poser de diagnostic précis, à part des lombalgies sur des troubles de la posture liés à une mauvaise statique et un relâchement de la sangle abdominale. L'examen rhumatologique de ce jour est parfaitement dans la norme.

Il est possible que les sollicitations articulaires puissent aggraver la symptomatologie, étant donné les troubles dégénératifs débutants, mais cela n'implique pas de diminution de capacité de travail.

La capacité de travail est donc de 100% dans l'ancienne activité et dans toute autre activité.

La question de l'éventuelle allergie à la farine n'a pas été investiguée. Si celle-ci devait exister, elle devrait être considérée comme une maladie professionnelle engageant la responsabilité de la SUVA.

Sur le plan psychique, on se trouve en présence d'une assurée de 46 ans qui présente depuis une année et demi[e] un syndrome douloureux chronique qui ne paraît pas étayé par une affection somatique avérée. Le tableau actuel sur le plan psychiatrique correspond à celui d'un Trouble somatoforme douloureux sévère, accompagné d'un vécu dépressif et d'un sentiment de désarroi existentiel dans le cadre d'une situation conjugale très conflictuelle. Par ailleurs, cette symptomatologie s'est développée sur la base d'un Trouble de la personnalité tel que nous l'avons décrit. On parlera ici d'une Personnalité passive et dépendante selon les critères de la CIM-10.

A notre avis, cette association d'un Trouble de la personnalité et d'un Trouble somatoforme entrave sérieusement les capacités de l'assurée à reprendre une activité professionnelle. En raison de cette comorbidité nous estimerons à 50 % l'incapacité de travail dans l'activité exercée précédemment.

Cependant, la situation ne paraît pas encore suffisamment fixée pour que l'on puisse se déterminer sur une éventuelle incapacité de travail à long terme chez cette assurée. Il faut considérer qu'un traitement psychiatrique a été mis en place depuis la fin de l'an passé seulement. Son psychiatre traitant - avec qui nous avons eu une communication téléphonique - était sur le point de modifier la médication antidépressive au moment de notre examen, passant de l'Efexor au Cymbalta, ce qui explique le taux sanguin en dessous de la fourchette thérapeutique. Il a l'impression qu'un certain mieux est observé avec cette nouvelle médication, surtout au niveau de l'intensité des céphalées.

Quoi qu'il en soit, il est à notre avis encore trop tôt pour juger de l'efficacité du traitement psychothérapeutique et psychopharmacologique mis en place. Le pronostic nous paraît cependant réservé, surtout en raison des troubles de la personnalité. Ceux-ci risquent d'empêcher l'assurée d'agir pour se sortir éventuellement d'une situation conjugale douloureuse sans doute en lien avec la décompensation actuelle et sa chronification.

Il nous semblerait donc pertinent que les instances de l'AI reprennent contact avec le psychiatre traitant d'ici six mois environ pour faire avec lui le point sur la situation. En cas d'amélioration suffisante sur le plan psychiatrique, l'assurée pourrait reprendre une activité. »

A l'initiative du SMR, la Dre G. _____, psychiatre traitant de l'assurée, a été interpellée en raison du changement de médication antidépressive. Dans un rapport du 4 juillet 2008, elle a posé les diagnostics de troubles somatoformes (F45) et de difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0). Elle a estimé qu'une capacité de travail pouvait être estimée à 50 % dans une activité sans charges lourdes et sans stress, dès l'atténuation des douleurs.

Par décision du 27 octobre 2008, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2006. Il a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 50 % dans toute activité adaptée ne nécessitant pas de qualification particulière depuis le 28 octobre 2006 et que son taux d'invalidité était de 49 %.

b) L'assurée a fait recours contre cette décision auprès de la Cour de céans en date du 26 novembre 2008.

Dans un rapport du 3 mars 2009, la Dre G. _____ a indiqué que l'incapacité de travail de l'assurée était totale pour l'activité

précédente et qu'on pouvait estimer sa capacité de travail actuelle dans une autre activité à 40 %.

Par arrêt du 12 avril 2011, la Cour de céans a réformé la décision de l'OAI, en ce sens que la recourante avait droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2006. Retenant l'existence d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, les juges ont estimé qu'un taux d'abattement de 15 % devait être appliqué sur le revenu d'invalidité, au lieu des 10 % retenus par l'OAI, ce qui avait pour conséquence de porter le taux d'invalidité de la recourante à 51,50 %.

c) Par décision du 10 août 2011, annulant et remplaçant la précédente, l'OAI a accordé à la recourante une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2006.

B. L'assurée a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI le 3 juin 2010, faisant valoir une aggravation de son état de santé. Cette demande a été laissée en suspens compte tenu de la procédure de recours alors pendante (communication du 8 juin 2010).

C. Une révision d'office du droit à la rente a été initiée en février 2013. Le 18 février 2013, l'assurée a indiqué que son état de santé était toujours le même.

Dans un rapport du 22 avril 2013, le Dr C._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics incapacitants de syndrome vertébral lombosacré récurrent avec sciatalgies gauches, d'asthme bronchique allergique avec hypersensibilités multiples, d'état dépressif, de troubles végétatifs de la ménopause et de céphalées migraineuses. Il a estimé que, globalement, l'état de santé de l'assurée se péjorait, si bien qu'il avait attesté une totale incapacité de travail depuis le 16 février 2013, y compris dans une activité légère. Le pronostic était réservé, voire mauvais.

Le Dr N._____ a indiqué dans un rapport du 29 juillet 2013 que l'assurée ne souffrait d'aucun problème orthopédique ayant une influence sur sa capacité de travail à long terme.

Une nouvelle expertise a été confiée au X._____. Dans leur rapport du 27 juin 2014, les Drs S._____, spécialiste en médecine interne générale, P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Z._____, spécialiste en médecine physique, réadaptation et rhumatologie, ont conclu que l'assurée bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (simple, sans stress, ne nécessitant pas une grande force manuelle ou de serrer des objets de façon répétitive) avec une diminution de rendement de 20 %, après avoir fait l'appréciation suivante :

« *Situation actuelle et conclusions :*

Sur le plan de la médecine interne la fatigue est probablement multifactorielle, il y a une anémie ferriprive compensée régulièrement, une ronchopathie qui peut fatiguer, même sans la présence d'apnées qui sont possiblement aussi présente, surtout en cas d'obésité.

Il existe un souffle aortique, de sclérose aortique ou en relation avec des turbulences à travers une valve normale dans le cadre de l'hypertension constatée lors de l'examen (souffle fonctionnel).

Les céphalées sont compatibles avec des migraines et traitées comme telles. Le problème allergique est contrôlé par Cetallerg et quelques mesures préventives ; par contre, le prurit - connu depuis des années — ne l'est pas (Prurimed).

Ces éléments ne justifient pas une incapacité de travail.

Sur le plan rhumatologique depuis l'expertise pluridisciplinaire de 2007, les douleurs dorsolombaires sont restées stationnaires. De nouvelles radiographies de la colonne dorsolombaire et du bassin du 03.12.2010 ne montrent toujours pas de discopathie lombaire notable, et la spondylose de la colonne dorsolombaire est modérée. [...]

Dès lors, concernant les douleurs dorsolombaires, la situation est inchangée par rapport à l'expertise bidisciplinaire de 2007. L'intensité et le caractère handicapant des douleurs ne peuvent être mis en relation avec des atteintes objectives au vu des constatations radio-cliniques rassurantes. Par conséquent, on ne peut pas retenir de limitations fonctionnelles concernant le problème rachidien.

Concernant les douleurs de genoux, il s'agit de plaintes postérieures à l'expertise X._____ en 2007. Les douleurs seraient apparues, sans facteur déclenchant, vers 2009, principalement au niveau du

genou gauche ; elles auraient justifié plusieurs interventions arthroscopiques entre 2009 et mars 2014. [...]

Actuellement, dans l'ensemble, les constatations radio-cliniques sont plutôt rassurantes et les plaintes sont occasionnelles au niveau du genou droit et modérément handicapantes au niveau du genou gauche. L'absence de corrélation claire entre les douleurs du genou gauche et les constatations radio-cliniques nous amène à penser que ces douleurs s'inscrivent aussi dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique.

Ces éléments sont nouveaux par rapport à l'expertise précédente et justifient une incapacité de travail dans l'activité antérieure, mais pas dans une activité adaptée.

Concernant les mains, l'expertisée décrit, depuis deux à trois ans, des douleurs ayant justifié plusieurs interventions (au moins cinq), avec des résultats plutôt mitigés et persistance des douleurs. [...]

L'expertisée présente un status après multiples opérations pour des doigts à ressaut et opération d'un tunnel carpien, avec persistance de nodules douloureux au niveau des 3^{ème} et 4^{ème} rayons de la main droite, avec une trapézo-métacarpienne modérément sensible à droite. Bien que les mains et les doigts soient fonctionnellement mobiles avec force de préhension globalement conservée, la persistance de ténosynovites dégénératives peut limiter des activités nécessitant une grande force manuelle ou de serrer de façon significative et répétitive des objets.

Ces éléments sont nouveaux par rapport à l'expertise précédente et justifient une incapacité de travail dans l'activité antérieure, mais pas dans une activité adaptée.

Sur le plan psychique, Madame V. _____ se plaint de douleurs très envahissantes dans les mains, les bras, les épaules, la tête, le dos et de brûlures dans les fesses. En lien avec ses douleurs, elle déplore des troubles du sommeil, lesquels sont d'autant plus importants que son anxiété est grande.

Elle dit en avoir assez de la vie ; elle aimerait parfois en finir, mais affirme qu'elle ne passera jamais à l'acte à cause de ses enfants.

[...]

Vu la discordance entre l'importance des plaintes douloureuses et les trouvailles rhumatologiques, nous retenons aussi le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Madame V. _____ évoque une détresse en lien avec ses douleurs qu'elle met en avant de façon assez démonstrative. Celles-ci conditionneraient aussi bien sa vie actuelle que future. Elle rend en effet ses douleurs responsables de sa mauvaise qualité de vie. Elle ne parvient pas à réaliser que ses douleurs surviennent dans un contexte de conflit émotionnel et de problèmes psycho-sociaux responsables. Elle ne démontre pas d'efforts pour surmonter son trouble douloureux somatoforme.

On relève, par ailleurs, un trouble dépressif récurrent, épisode d'intensité actuelle moyenne, dans le contexte d'un conflit conjugal.

Sa tristesse est permanente, ses intérêts diminués mais certains plaisirs persistent. Elle se dit fatiguée, bien que cette fatigue n'ait pu être objectivée, et rapporte une diminution de ses activités. Ses troubles anxieux s'inscrivent dans le tableau dépressif.

Ce trouble dépressif récurrent est plus difficilement surmontable que Madame V._____ présente un trouble de personnalité passive et dépendante.

Madame V._____ déplore le comportement de son mari, mais ne peut envisager un divorce pour ne pas faire subir à ses enfants ce qu'elle a enduré dans son enfance. Par ailleurs, elle n'a jamais été autonome. En raison de ses douleurs, elle dépend aujourd'hui de sa fille pour le ménage, fille qui égaie quelque peu son existence.

Madame V._____ dit manger sans limite jusqu'à se faire vomir, son surpoids le confirme. On posera donc aussi le diagnostic de trouble de l'alimentation, sans précision.

Le surpoids joue vraisemblablement un rôle non négligeable dans la composante douloureuse.

Si sa vie sociale a été très limitée depuis son arrivée en Suisse, on n'observe pas de perte de l'intégration sociale actuellement. Le retrait définitif de son permis de conduire l'empêche, par contre, de sortir et !a rend encore plus dépendante.

Les ressources psychiques de l'expertisée sont limitées, mais on n'observe pas d'état psychique cristallisé.

Du point de vue psychique, on ne constate pas de péjoration. L'état dépressif, l'illettrisme, l'intelligence limite, l'impossibilité de reconnaître la part psychique de ses douleurs ont déjà été décrits préalablement, à l'octroi de sa demi-rente AI. Par rapport à l'expertise de 2007, on constate plutôt une amélioration de l'état dépressif, consécutive peut-être à l'augmentation récente du traitement antidépresseur. Les examens de laboratoire reflètent d'ailleurs ce dosage.

Au vu du trouble somatoforme douloureux, du trouble dépressif récurrent moyen dont l'évolution est compromise vu le trouble de la personnalité dépendante et des ressources psychiques limitées, on retiendra une diminution de sa capacité de travail de 20%, en lien avec une diminution de rendement, dans une activité simple et sans stress.

Si le trouble alimentaire n'est pas en soi un facteur limitant la capacité de travail, il reflète néanmoins une certaine fragilité de l'expertisée.

Il ne nous apparaît pas utile d'envisager des mesures de réadaptation chez cette expertisée. On peut en effet craindre qu'au vu de sa formation scolaire et de ses acquis professionnels extrêmement pauvres, elle ne puisse en bénéficier.

Le pronostic reste néanmoins réservé dans le sens où l'expertisée s'est inscrite dans une certaine chronicité et où elle n'envisage pas la possibilité de travailler.

[...]

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail.
Depuis quand sont-ils présents ?

- Syndrome douloureux somatoforme persistant : F45.4
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique : F32 11
- Trouble de la personnalité dépendante : F60 7
- Ténosynovite nodulaire douloureuse des 3^{ème} et 4^{ème} rayons de la main droite (~2011),
- Rhizarthrose droite modérée.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

Depuis quand sont-ils présents ?

- Spondylose dorsolombaire modérée
- Gonarthrose débutante bilatérale prédominant à gauche
- Status après intervention arthroscopique sur lésion ménisque gauche
- Status post-multiples opérations pour doigts à ressaut
- Status après cure d'un tunnel carpien
- Trouble de l'alimentation, sans précision : F50.9.
- Obésité de classe I.
- Ronchopathie
- Migraines »

Dans un avis médical du 18 août 2014, le SMR a estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'appréciation des experts.

Dans un avis juriste du 21 octobre 2014, l'OAI a considéré qu'il y avait lieu de procéder à la révision de la rente sur la base de l'art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), compte tenu de l'amélioration de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée.

Un stage d'évaluation professionnelle a été mis en place par l'OAI du 9 mars au 10 avril 2015. Le rapport final établi le 28 avril 2015 conclut que l'assurée n'est pas en mesure de mettre en valeur une capacité résiduelle de travail suffisante pour qu'elle puisse être exploitée sur le marché de l'emploi :

« 3. COMPTE RENDU DE LA CONSEILLERE EN ORIENTATION

Aspects de la personnalité professionnelle :

Mme V. _____, de bon contact, montre beaucoup de difficultés à réaliser ce stage en raison de sa santé. Le dernier emploi qu'elle a exercé remonte à 2005 lorsqu'elle était ouvrière dans une boulangerie industrielle, puis elle n'a plus retravaillé par la suite en raison de ses problèmes de santé. Elle souhaite s'investir au mieux dans cette mesure malgré toute la fatigue et les contraintes que cela implique. Mme V. _____ est rapidement envahie de douleurs qu'elle supporte péniblement. Elle peut rapidement angoisser en situation de travail, pleurer et se montrer très nerveuse. Elle souffre de multiples douleurs, a parfois de forts maux de tête et éprouve d'importantes douleurs aux mains dans des activités manuelles. Elle dort très mal la nuit et se sent rapidement épuisée. Son état de santé se péjore rapidement et inquiète, selon elle, tout son entourage. Par ailleurs, elle supporte très mal le fait que ses enfants doivent endurer cette situation dans un contexte familial décrit comme déjà difficile.

Mme V. _____ se sent très limitée dans tout type d'activité professionnelle en raison de ses problèmes physiques et psychiques et se verrait difficilement retravailler. De plus, elle ne sait ni lire ni écrire et nous constatons que ses capacités d'apprentissage et d'adaptation sont faibles. Mme V. _____ n'est actuellement pas dans une dynamique de reprise professionnelle et présente un faible potentiel de réadaptation.

4. ACTIVITES REALISEES DURANT LE STAGE

4.1. Bilan global des capacités physiques

L'assurée souffre d'obésité, de difficulté à la marche, de douleurs aux mains et de migraine.

4.2. Capacités d'apprentissage par la pratique

Ses facultés d'adaptation à la nouveauté sont très faibles. Elle montre de grandes difficultés de compréhension. Elle manque d'autonomie et a besoin d'une présence accrue de la maîtrise.

4.3. Capacités d'intégration sociale

Elle ne se souvient pas de ses rendez-vous, elle rejette la faute sur autrui. Elle prend très mal la moindre petite remarque, elle interprète mal ce qui lui est dit et n'est pas fiable.

5. COMPTE RENDU DES OBSERVATIONS EN ATELIERS

Conformément à votre demande, nous avons accueilli Mme V. _____ pour un stage d'observation professionnelle (Art. 69 RAI) du 09.03.2015 au 03.04.2015 qui a dû être prolongé jusqu'au 10.04.2015 à cause des absences de l'assurée. Une grande partie du stage a été effectué à 50% du temps.

A l'arrivée dans nos ateliers, nous sommes en présence d'une personne en surpoids qui marche en boitant, qui nous parle de douleurs diverses notamment aux mains et au pied. Au bout du deuxième jour, l'assurée nous dit que nos chaussures de sécurité lui procurent beaucoup de douleurs au pied. Sur le plan pratique, ses facultés d'adaptation à la nouveauté sont faibles. Pour chaque nouvelle activité, elle a besoin de la démonstration pratique détaillée pour devenir plus ou moins autonome. L'assurée est en

difficulté face à des travaux comprenant plusieurs phases, où elle se retrouve souvent bloquée. Elle n'est pas en mesure de prendre des initiatives pour résoudre des problèmes par elle-même. Elle sourit quand la maîtrise se montre compréhensive, ou alors rigole et discute avec son entourage, comportement qui nuit parfois à sa concentration. Elle a souvent des oublis, notamment des rendez-vous et n'est pas toujours ponctuelle aux ateliers. Elle refuse des activités mettant en avant des douleurs aux mains ou des migraines. L'assurée a une mauvaise compréhension des consignes. Parfois elle interprète également mal ce qui lui est transmis verbalement.

Son habileté manuelle est plutôt entravée par une problématique de coordination de mouvement. Elle ne parvient pas à suivre un apprentissage simple et ne semble pas s'en rendre compte. Ses rendements dans nos ateliers sont plutôt bas.

Dans les ateliers et face aux machines, Mme V._____ agit soit en position assise soit en position debout. Elle se déplace avec une boiterie marquée. Elle est dérangée par le bruit des machines, peine à organiser son travail, est ralentie et manque d'endurance. Elle présente un état de forme perturbé avec des jours où elle fonctionne relativement bien et des lendemains où elle est apathique en proie à de forts maux de tête. Dans ces moment-là, son mari vient directement la chercher et, soit elle ne revient pas le lendemain soit elle revient avec la ferme intention d'abandonner le stage.

6. CONCLUSION

Conclusion de l'équipe

Au terme de la mesure et compte tenu de ce qui précède, notre équipe d'observation est d'avis que Mme V._____ ne peut pas prétendre à exercer une activité sur le marché de l'emploi. Elle présente de grandes difficultés à gérer les moindres situations stressantes et a d'importantes difficultés de concentration et d'interprétation.

Dès lors, nous pouvons répondre aux questions posées de la manière suivante

- Activités adaptée à l'état de santé ? Aucune.
- Capacité d'apprentissage et d'assimilation ? L'assurée possède une très faible capacité d'apprentissage.
- Ressources et capacités d'adaptation à un environnement professionnel ? Très faible capacité dans ce domaine aussi. Son taux d'absentéisme est élevé, elle est intolérante au bruit et sa résistance au stress est faible.
- Limites et freins à la réadaptation ? Elle est interprétative, ne comprend pas grand-chose à ce qui est dit. Elle montre de grandes difficultés cognitives. »

Le Dr R._____, médecin-conseil à l'Orif, a terminé son rapport du 13 avril 2015 en lien avec le stage d'observation comme suit :

« Mme V._____ a produit plusieurs certificats médicaux, a été peu présente pendant les 4 semaines de stage. L'absentéisme est

important. Lorsqu'elle est là, elle travaille en position assise. Elle se plaint sans arrêt de toutes sortes de douleurs. Elle est très limitée intellectuellement et ne comprend pas les consignes, même démonstratives. A plusieurs reprises, elle s'endort à la place de travail, est mal organisée, lâche des pièces, n'est pas à son affaire, complètement submergée par ses symptômes multiples intriqués à des ennuis familiaux. Elle est lente, peu habile, coordonne mal les 2 mains. Ses rendements sont extrêmement faibles, inférieurs à 25 %, quel que soit le support d'action.

Au terme de ces 4 semaines de stage, notre groupe d'observation est d'avis que Mme V. _____ n'a plus une capacité de travail exploitable dans l'économie ouverte. Elle est complètement dans ses douleurs et problèmes familiaux divers. Elle centre son discours sur ses multiples plaintes touchant à peu près tous les systèmes. Elle présente une intelligence limitée avec une médiocre compréhension des consignes, n'a pratiquement pas de capacité d'apprentissage et d'adaptation. Elle est lente, sensible au stress et au bruit. L'absentéisme a été important pendant tout le stage pour divers motifs et il n'y a pas de raison de penser qu'il en irait autrement dans une place de travail. »

Dans un certificat médical du 30 novembre 2015, le Dr C. _____ a indiqué que l'assurée était toujours en totale incapacité de travail et que les conclusions de son rapport du 21 avril 2013 restaient pertinentes.

Le SMR s'est prononcé comme suit dans un avis du 17 mars 2016 :

« L'assurée n'a présentée à maintenir la cohésion du noyau familial est à accompagner ses enfants avec succès au terme d'une scolarité secondaire malgré un lourd climat familial de fonctionnement plombé par le problème d'alcool et les troubles colériques de l'époux [sic]. A la lumière des indicateurs standards de l'OFAS en vigueur (lettre circulaire AI 339), nous maintenons donc nos conclusions. Pour ses enfants elle a maintenu le couple et à la demande de ses enfants, elle accepte de prendre soin de son mari et a su lui poser des limites. La situation de conflit chronique est gérée avec habileté et efficacement par notre assurée.

De plus, elle a su maintenir des liens forts avec certains de ses proches vivant en Suisse ou au Maroc.

A la lumière des indicateurs standards de l'OFAS en vigueur (lettre circulaire AI 339) et présents dans le texte de l'expertise, nous maintenons nos conclusions du 18 août 2014. »

Le 20 juin 2016, l'OAI a fait parvenir à l'assurée un projet de décision, visant la suppression de sa rente d'invalidité en raison d'une amélioration globale de son état de santé depuis avril 2014.

Le 13 septembre 2016, le Dr C._____ a fait savoir que l'assurée souffrait d'une probable décompensation de son début de gonarthrose interne du genou droit, nécessitant des examens complémentaires, et d'une aggravation de son état de fatigue chronique, également en cours d'examen, si bien que la diminution de rendement dans une activité adaptée dépassait largement les 20 % notés par l'expert.

Dans un rapport du 28 octobre 2016, la Dre G._____ a retenu comme diagnostics, outre un conflit conjugal chronique, un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique (F32.11), un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et une personnalité dépendante (F60.7) qui étaient tous en aggravation. La médication à base de Cymbalta avait été revue à la hausse à 120 mg par jour. Selon la psychiatre, la péjoration de l'état psychique, conjuguée aux ressources psychiques limitées de l'assurée et son inscription dans une forme de chronicité, ainsi que la décompensation rhumatologique affectaient sa capacité de travail à plus de 20 %, y compris dans une activité adaptée.

L'assurée a présenté ses objections au projet de décision de l'OAI par courrier de son mandataire du 11 décembre 2016.

Elle a produit un rapport médical établi le 2 décembre 2016 par le Dr M._____, spécialiste en pneumologie et médecine interne générale, qui posait notamment le diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil de degré sévère, pour lequel existait une indication à un traitement par pression positive continue.

Dans un rapport complémentaire du 12 décembre 2016, le Dr C._____ a mentionné ce qui suit :

« 1.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail

:

- Etat dépressif récurrent avec somatisations
- Syndrome douloureux du rachis lombosacré
- Trouble de la personnalité passive et dépendante
- Intelligence limite et illettrisme
- Fatigue chronique
- Gonarthrose interne bilatérale prédominante à droite
- Arthrose dans les mains prédominant au niveau trapèze métacarpien
- Début de maladie de Dupuytren à la main droite
- Asthme bronchique atopique et BPCO
- Céphalées migraineuses.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- Rhino conjonctivite atopique
- Status après TBC pulmonaire traitée en 1980
- Obésité (BMI > 35kg/m²)
- Carence martiale substituée
- Status après cure de tunnels carpiens DDC
- Status après plusieurs opérations de doigts à ressaut
- Allergie à la Pénicilline

1.4 Anamnèse / contrat [recte : constat] médical / Pronostic

A : sur le plan somatique :

Si l'on compare l'évaluation de l'expert du COMAI en 2007 qui estime une capacité pleine et entière pour toutes activités (y compris l'activité antérieure) avec l'évaluation de l'expert du X. _____ en 2014 qui estime que l'activité antérieure ne peut plus être exercée on doit admettre ainsi que je l'ai constaté moi-même une aggravation de l'état de santé.

B: sur le plan psychique :

Alors qu'une demi-rente a été octroyée sur la base d'une incapacité de 60% dans toute activité, l'expert du X. _____ en 2014 estime qu'une activité adaptée peut-être exigée à plein temps avec un rendement diminué de 20%. Je n'ai pour ma part pas observé une telle amélioration, l'état psychique de ma patiente restant fluctuant, avec une sévérité variable de l'état anxio-dépressif, et comme l'écrit l'expert du X. _____ en 2014 « le pronostic reste néanmoins réservé dans le sens où l'expertisée s'est inscrite dans une certaine chronicité et où elle n'envisage pas la possibilité de travailler » (p. 21/25)

Je rappelle la tentative de stage mis[e] en œuvre en mars-avril 2015 par l'Al et qui a dû être interrompue en raison d'une recrudescence des douleurs du rachis et des genoux mais aussi de la peur panique de cette patiente devant des exigences qui la dépassent sur tous les plans.

1.5 : Nature et importance du traitement médical :

- Etat dépressif Cymbalta + psychothérapie (Dr G. _____)
- Syndrome douloureux du rachis : AINS
- Arthrose : AINS
- Asthme : Seretide, Ventolin (Prednison)
- Migraine : Dafalgan, Tryptan
- Carence martiale : Ferrinject

1.6 Incapacité de travail

- 100% dans son ancienne activité
- 80-100% dans une activité légère »

Dans un rapport médical du 14 novembre 2016, le Dr W. _____ est revenu sur le diagnostic de gonarthrose interne précédemment posé et a retenu celui de tendinopathie de surcharge des muscles de la patte d'oie du genou droit, pour lequel il a prescrit un traitement conservateur par physiothérapie. L'assurée n'avait plus de douleurs au genou gauche.

Le 27 février 2017, le SMR s'est prononcé comme suit sur les documents produits :

« Le RM [rapport médical] du 15 septembre 2016 évoque un début de gonarthrose interne du genou droit qui ne saurait entraver la capacité de travail dans une activité adaptée telle que décrite dans nos précédents rapports. Quant au SAOS [syndrome d'apnées obstructives du sommeil], il est confirmé par le rapport du Dr M. _____ du 2 décembre 2016 in RM du 11 décembre 2016. Traité, il ne saurait pas être source d'empêchements majeurs. Il convient cependant d'éviter le travail de nuit et toutes les activités qui nécessiteraient de tenir la position debout de façon prolongée ou de se déplacer en terrain irrégulier. Le poste de travail doit donc permettre l'alternance des positions au gré de l'assurée. Les activités décrites en page 2 du projet de décision du 20 juin 2016 sont adaptées ou adaptables.

Le rapport du 28 octobre 2016 du Dr G. _____, psychiatre, qui suit l'assurée de longue date, retient un épisode dépressif moyen qui intègre un trouble somatoforme douloureux pris en compte dans notre instruction actuelle. L'état dépressif était déjà rapporté par le médecin de famille dans le RM du 22 avril 2013 et il a été pris en compte par les experts (expertise du 27 juin 2014 page 22/25). La personnalité dépendante et le conflit conjugal (qui n'est pas à charge de l'Institution) existent de longue date, ils étaient relevés il y a 10 ans dans l'expertise COMAI du 16 mai 2007 pages 9/21 et 18/21 et leurs conséquences ont été prises en compte par les experts du X. _____ en 2014.

Le RM du 11 décembre 2016 nous informe que notre assurée souffre d'un SAOS, probablement de longue date (plainte d'un sommeil non-réparateur depuis une dizaine d'année en page 1), et qu'un

traitement efficace lui a été proposé. Il est probable que l'état de santé objectif et subjectif de notre assurée s'améliore rapidement après la mise en place dudit traitement.

Nous maintenons donc notre position. »

Par décision du 6 juillet 2017, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a considéré qu'elle bénéficiait d'une pleine capacité de travail avec une baisse de rendement de 20 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (activité simple, ne nécessitant pas une grande force manuelle ou de serrer des objets de façon répétitive et avec une certaine force, résistance au stress limitée, troubles mnésiques légers, capacité d'adaptation limitée), telle que des travaux simples de l'industrie légère (processus simple linéaire), conditionnement léger, contrôle-vérification d'un processus de production. Se référant aux données salariales statistiques pour établir le revenu d'invalidité et appliquant un abattement de 15 %, l'OAI a calculé que le taux d'invalidité de l'assurée n'était plus que de 32 %, ce qui mettait fin à son droit à la rente.

L'OAI a pris position sur les objections soulevées par l'assurée dans une lettre du 6 juillet 2017, faisant partie intégrante de sa décision.

C. a) Par acte de son mandataire du 11 septembre 2017, V._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cause AI 278/17), concluant à son annulation et, principalement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, subsidiairement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à partir du 1^{er} février 2013, plus subsidiairement, au maintien de son droit à une demi-rente d'invalidité. Elle a fait valoir que l'OAI aurait dû réexaminer sa situation en application des dispositions finales de la 6^e révision de l'AI, premier volet, et non sous l'angle de l'art. 17 LPGA. Elle a invoqué que les conclusions des experts du X._____ étaient contredites par les constatations des Drs M._____, R._____, C._____ et G._____, que les experts n'expliquaient pas pourquoi les troubles retenus n'entravaient pas sa capacité de travail, que

leur rapport comportait des contradictions et ne répondait pas aux critères jurisprudentiels sur le trouble somatoforme douloureux.

Dans sa réponse du 21 novembre 2017, l'OAI a considéré que l'expertise du X._____ avait pleine valeur probante et concluait à une amélioration de l'état de santé de la recourante, ce qui justifiait une révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Par réplique du 5 janvier 2018, la recourante s'est référée à l'argumentation de son mémoire de recours.

b) Par décision du 20 février 2018, l'OAI a octroyé à V._____ une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juillet au 31 août 2017, ainsi qu'une rente pour enfant liée à celle de la mère pour la même période. Cette décision faisait suite à l'invalidité de son époux.

Par acte du 21 mars 2017 [recte : 2018], l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cause AI 103/18), concluant préalablement à la jonction avec la procédure AI 278/17, principalement, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision, subsidiairement, à être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet au 31 août 2017, avec adaptation de la rente pour enfant en conséquence.

c) Par avis du 27 mars 2018, la juge en charge de l'instruction a joint les causes AI 278/17 et AI 103/18.

Dans sa détermination du 30 avril 2018, l'OAI a maintenu sa position.

La recourante en a fait de même par courrier du 30 mai 2018.

Le 4 juin 2018, l'OAI a versé en cause la première page d'un rapport médical du Dr M._____ du 24 avril 2018 que la recourante lui

avait fait parvenir. Il en ressortait que le syndrome d'apnées obstructives du sommeil était traité efficacement par pression positive continue depuis le 20 janvier 2017.

Le 15 octobre 2018, l'OAI a produit le protocole opératoire du Dr N._____ concernant l'arthroplastie totale du genou gauche par prothèse effectuée le 13 juillet 2018 ainsi que l'avis médical du SMR du 8 octobre 2018, qui estimait que cette intervention chirurgicale ne remettait pas en cause la décision du 6 juillet 2017.

Dans sa détermination du 8 novembre 2018, la recourante a fait valoir que cette intervention, même postérieure à la décision attaquée, mettait en doute la valeur probante de l'expertise du X._____. Il était en effet curieux qu'une telle intervention ait été nécessaire alors que les médecins du X._____ avaient nié toute répercussion sur la capacité de travail en lien avec la gonarthrose débutante.

Invité par avis du 3 juillet 2019 à déposer une liste détaillée de ses opérations, Me Karim Hichri n'a pas fait usage de cette possibilité dans le délai imparti.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA 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, déposés 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), les recours sont recevables.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) Le litige porte sur le point de savoir si l'OAI est fondé à mettre fin à la demi-rente d'invalidité dont bénéficie la recourante depuis le 1^{er} octobre 2006, plus particulièrement si son état de santé s'est amélioré depuis la décision du 10 août 2011.

Par décision du 6 juillet 2017, l'OAI a prononcé la suppression de la demi-rente d'invalidité de la recourante dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de cette décision, au motif que son état de santé s'est amélioré. Par décision du 20 février 2018, l'OAI a effectué un nouveau calcul de la demi-rente d'invalidité à laquelle la recourante avait droit pour la période du 1^{er} juillet 2017 au 31 août 2017, ainsi que la rente pour enfant qui y est liée, compte tenu de l'invalidité de son époux. La décision du 20 février 2018 est en lien avec la décision du 10 août 2011 – entrée en force – par laquelle l'OAI a accordé à la recourante une demi-rente d'invalidité. Si l'OAI a rendu un nouveau prononcé à cet égard, c'est uniquement du fait que le montant de la rente subissait une modification en raison de la reconnaissance de l'invalidité de l'époux de la recourante. L'objet de cette décision est donc le montant de la demi-rente et de la rente pour enfant à verser à la recourante pour la période du 1^{er} juillet 2017 au 31 août 2017, sans qu'il y ait eu un nouvel

examen de sa situation médicale ou de son taux d'invalidité. Dès lors, en concluant à l'octroi d'une rente entière pour la période en question, la recourante sort de l'objet de la contestation tel que délimité par cette décision. La recourante ne formule par ailleurs aucune critique contre le montant de la rente, respectivement celui de la rente complémentaire pour enfant, en tant que tels. Son recours peut néanmoins être considéré comme recevable contre cette décision dans la mesure où elle conclut implicitement à la poursuite du versement de la demi-rente d'invalidité, et de la rente complémentaire pour enfant, au-delà du 31 août 2017.

3. a) 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 LPGGA).

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGGA (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).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

4. a) La recourante soutient en premier lieu dans son recours que l'OAI aurait dû faire application des dispositions finales relatives à la 6^e révision de l'AI, premier volet, et non de l'art. 17 LPGA.

b) Selon la let. a des dispositions finales de la 6^e révision de l'AI, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique doivent être réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la révision ; 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 (al. 1). 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 (al. 2, première phrase).

Cette disposition a été introduite en vue de permettre le réexamen des rentes accordées sur la base d'un diagnostic de troubles douloureux ou d'affections similaires ne s'expliquant pas par des causes organiques, sans qu'il y ait eu un examen du caractère objectivement surmontable de l'atteinte. Dans l'ATF 130 V 352 datant de 2004, le Tribunal fédéral a en effet estimé que les réductions de la capacité de travail résultant de troubles somatoformes douloureux, d'une fibromyalgie ou d'une pathologie similaire étaient, en règle générale, considérées comme surmontables par un effort de volonté raisonnablement exigible. Lors de la 5^e révision de l'AI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008, l'art. 7 al. 2 LPGA a été modifié et prévoit désormais que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Le Tribunal fédéral a toutefois précisé que les rentes d'invalidité en cours ne pouvaient pas être adaptées sur la base de la jurisprudence fédérale précitée, ni en vertu de l'art. 7 al. 2 LPGA, mais qu'une base légale devait être créée pour que ces rentes puissent être révisées (Message du 24 février 2010 relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6^e révision, premier volet] in FF 2010 1670 s.; ATF 135 V 215). Le Tribunal fédéral a

par la suite précisé que la réduction, respectivement la suppression de la rente prévue à la let. a al. 1 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI n'était pas limitée aux rentes allouées avant le 1^{er} janvier 2008. En revanche, si l'octroi de la rente en cause tenait déjà compte de la jurisprudence relative au caractère objectivement surmontable de l'atteinte, il n'était pas possible de la réexaminer au titre des dispositions finales (ATF 140 V 8). A noter que la jurisprudence précitée a depuis lors été abandonnée au profit d'un examen du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées sur la base d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281), dont l'application a par la suite été étendue à l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

c) En l'occurrence, c'est sur la base de l'expertise du 5 juillet 2007 que la recourante a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2006. Or, il se trouve que dans cette expertise, les experts ont retenu une capacité de travail de 50 % dans toute activité après avoir examiné le caractère objectivement surmontable du trouble somatoforme douloureux, conformément à la jurisprudence publiée à l'ATF 130 V 352 - qui faisait alors foi - et à l'art. 7 al. 2 LPGA. Pour évaluer la capacité de travail de la recourante, les experts ont en effet tenu compte de la comorbidité que représentait le trouble de la personnalité, tout en laissant ouverte la possibilité d'une amélioration grâce au nouveau traitement psychiatrique mis en place, amélioration qui n'a finalement pas été constatée. C'est précisément l'association du trouble de la personnalité et du trouble somatoforme qui entravait sérieusement les capacités de l'assurée à reprendre une activité professionnelle (expertise p. 16-17). Il apparaît dès lors qu'en l'occurrence, les conditions posées à l'art. 7 LPGA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, étaient remplies au moment de l'octroi de la rente

d'invalidité à la recourante, étant rappelé que la décision initiale du 27 octobre 2008, octroyant un quart de rente d'invalidité à la recourante à compter du 1^{er} octobre 2006, a été réformée par arrêt de la Cour de céans du 12 avril 2011, ce qui a donné lieu à une nouvelle décision, le 10 août 2011, par laquelle l'OAI a accordé une demi-rente d'invalidité à la recourante dès le 1^{er} octobre 2006. Par conséquent, dans la mesure où l'octroi initial de la demi-rente d'invalidité répondait déjà aux exigences de l'art. 7 LPGA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, un réexamen sur la base de la let. a des dispositions finales de la 6^e révision de l'AI n'entre pas en ligne de compte. Il convient en revanche d'examiner s'il y a eu une modification notable de l'état de santé de la recourante au sens de l'art. 17 LPGA, comme le soutient l'OAI.

5. a) Au niveau somatique, lors de la première expertise, seules des lombalgies sur des troubles de la posture liés à une mauvaise statique et un relâchement de la sangle abdominale ont été constatés. L'examen rhumatologique était parfaitement dans la norme et les troubles dégénératifs débutants n'impliquaient pas de diminution de capacité de travail. La recourante souffrait en outre déjà d'asthme, d'anémie et de migraines.

Les douleurs dorsolombaires sont restées stationnaires entre les deux expertises. En revanche, la recourante présente maintenant des problèmes aux genoux des deux côtés, une ténosynovite nodulaire et un problème de rhizarthrose qui rendent son activité précédente inexigible, mais n'entravent pas sa capacité de travail dans une activité adaptée. Les experts ont par ailleurs évoqué que les problèmes aux genoux pouvaient s'inscrire dans le cadre du syndrome douloureux chronique (expertise p. 18).

Les experts ont suspecté un problème d'apnées obstructives du sommeil, qui a effectivement été confirmé par la suite par le Dr M._____. Cette atteinte a pu être traitée efficacement par pression positive continue, comme cela ressort de son rapport médical du 24 avril

2018, si bien qu'elle ne saurait entraîner une quelconque incapacité de travail.

La recourante présente en outre un souffle aortique, diverses allergies et un prurit, qui ne justifient aucune incapacité de travail (expertise p. 17).

Au final, les nouvelles atteintes constatées contre-indiquent uniquement les activités nécessitant une grande force manuelle ou de serrer des objets de façon répétitive avec une certaine force ainsi que la position debout en permanence. La recourante conserve, au niveau somatique, une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ces limitations. On ne saurait y voir une modification notable de son état de santé propre à justifier la révision de la décision du 10 août 2011.

b) Sur le plan psychique et psychosomatique, la Dre P. _____ conclut à une amélioration de l'état dépressif de la recourante sans toutefois expliciter pour quels motifs elle arrive à cette conclusion. Elle évoque que cette amélioration pourrait être due à l'augmentation du traitement antidépresseur faite peu avant l'expertise. Cette hypothèse est pour le moins surprenante, dans la mesure où l'augmentation d'un traitement antidépresseur est en principe indiquée en cas d'aggravation de l'état de santé. La prescription de Cymbalta a d'ailleurs été augmentée encore par la suite en raison précisément de l'aggravation de l'état de la recourante durant son stage de réinsertion professionnelle, comme l'indique la Dre G. _____ dans son rapport médical du 28 octobre 2016. Cela étant, il est difficile de voir dans l'augmentation du traitement antidépresseur qui a été faite peu avant l'expertise une quelconque justification d'amélioration de l'état de santé de la recourante.

En outre, si l'on compare la description des plaintes et du constat médical des deux expertises, force est de constater que l'état de santé de la recourante n'a pas vraiment évolué. Tant au cours de l'expertise effectuée en 2007 qu'à l'occasion de celle de 2014, les experts ont relevé chez la recourante une tristesse, une attitude résignée et

passive, une fixation sur ses douleurs, des traits de personnalité dépendante ainsi qu'une grande difficulté à évoquer la dimension psychologique de ses problèmes ainsi qu'à faire le lien entre ceux-ci et certains événements de sa vie (rapport d'expertise du 5 juillet 2007 p. 13, rapport d'expertise du 27 juin 2014 p. 14-15). De même, les plaintes de la recourante sont très similaires dans les deux expertises. En dehors des douleurs, qui sont au premier plan, la recourante se plaint de troubles du sommeil et d'anxiété quant à sa situation actuelle et future. Elle mentionne l'envie de tout laisser tomber, un état de tristesse, d'irritabilité, précise qu'elle est souvent excédée et parfois agressive, et relate des crises de colère en lien avec son mari (rapport d'expertise du 5 juillet 2007 p. 7, rapport d'expertise du 27 juin 2014 p. 7-8).

Dans les deux expertises, la recourante se plaint d'une grande fatigabilité et d'un sommeil perturbé (rapport d'expertise du 5 juillet 2007 p. 7, rapport d'expertise du 27 juin 2014 p. 7-8). En 2014, les experts n'ont toutefois pas observé que la recourante était ralentie et fatiguée (p. 19). Cette fatigue a toutefois pu être constatée lors du stage de réinsertion professionnelle au cours duquel la recourante s'est à plusieurs occasions endormie à sa place de travail, comme en témoigne le Dr R. _____ (rapport du 13 avril 2015). Par la suite, les tests effectués ont pu confirmer que la fatigue de la recourante était notamment provoquée par des apnées obstructives du sommeil, qui sont désormais traitées de manière efficace (rapport du Dr M. _____ du 24 avril 2018).

Certes, selon la nouvelle expertise, l'humeur de la recourante s'améliore lorsque sa fille lui annonce de bonnes nouvelles et elle apprécie partager des moments avec ses enfants. D'un autre côté, elle précise que ses plaisirs restent limités en raison des problèmes physiques et de la fatigue, et elle évoque une tendance à se distancier de la vie, à ne plus avoir d'envies (rapport d'expertise du 27 juin 2014 p. 7-8). Les experts y voient une contradiction par rapport aux envies et plaisirs relatés (p. 14). Il n'apparaît cependant pas particulièrement étonnant que la recourante puisse uniquement éprouver du plaisir au contact de ses enfants. Quoiqu'il en soit, les quelques plaisirs dont elle a fait part doivent être

relativisés au vu des idées suicidaires qu'elle évoque désormais, même si elle n'envisage pas un passage à l'acte, en raison précisément de la présence de ses enfants (rapport d'expertise du 27 juin 2014 p. 15).

Sa situation conjugale est restée la même, à savoir qu'elle se déroule sur un mode conflictuel avec de la violence parfois de la part de son mari, qu'elle décrit comme alcoolique. Malgré cela, la recourante continue à maintenir cette relation, d'une part, en raison des menaces de son mari de lui enlever leurs enfants en cas de divorce et, d'autre part, pour éviter que celui-ci ne se retrouve à la rue et sans soutien, ce que leurs enfants ne souhaitent pas voir arriver (rapport d'expertise du 5 juillet 2007 p. 7-8, rapport d'expertise du 27 juin 2014 p. 11). La recourante explique qu'elle menace son mari de le tuer s'il la touche (rapport d'expertise du 27 juin 2014 p. 11) ou qu'elle a une fois tenté de le calmer en menaçant de s'enfoncer un couteau dans le ventre (rapport d'expertise du 27 juin 2014 p. 19). On ne saurait voir là une situation gérée « avec habileté et efficacement » par l'assurée, qui aurait su « poser des limites » à son mari, comme le retient le SMR dans son avis du 17 mars 2016.

En ce qui concerne ses activités, elle continue à mener une existence cloîtrée par manque d'argent pour sortir et faire des achats, même si elle en aurait envie. Au moment de la première expertise, elle ne faisait pas son ménage, mais se chargeait régulièrement des repas (rapport d'expertise du 5 juillet 2007 p. 6). Par rapport à 2007, elle semble pouvoir s'occuper davantage du ménage, qu'elle fait quand elle est bien et avec, semble-t-il, parfois l'aide de sa fille, qui se consacre toutefois principalement à ses études. D'un autre côté, la recourante affirme qu'elle n'arrive même plus à gérer sa maison. C'est cependant elle qui s'occupe des factures et de tout le travail administratif malgré son illettrisme (rapport d'expertise du 27 juin 2014 p. 7 et 9). On ignore si tel était déjà le cas en 2007.

Dans le rapport d'expertise du 27 juin 2014, les experts retiennent que la vie sociale de la recourante est très limitée depuis son arrivée en Suisse et n'a pas spécialement diminué ces derniers temps,

qu'elle a des contacts avec les membres de sa famille, mais n'a pas d'amis (p. 11 et 20). Les relations sociales de la recourante paraissent cependant un peu plus présentes lors de l'expertise en 2007, puisqu'elle avait alors mentionné avoir une ou deux amies parmi ses compatriotes et bénéficier de l'aide d'une voisine (p. 10).

Finalement, les experts relèvent que la recourante souffre désormais de troubles de l'alimentation, à savoir qu'il lui arrive de manger sans limite jusqu'à se faire vomir (rapport d'expertise du 27 juin 2014 p. 20). S'ils estiment que ce trouble n'est pas incapacitant en soi, il démontre cependant une certaine fragilité de l'expertisée (rapport p. 21).

Le stage de réinsertion effectué a par ailleurs mis en évidence que la recourante pouvait rapidement angoisser en situation de travail, pleurer et se montrer très nerveuse. Ses capacités d'adaptation à la nouveauté sont très faibles, elle a de grandes difficultés de compréhension, manque d'autonomie et a montré des problèmes de mémoire en lien avec ses rendez-vous (rapport final du 28 avril 2015).

Au vu de ce qui précède, il faut constater que l'état de santé psychique et psychosomatique de la recourante ne s'est pas modifié notablement depuis la précédente expertise. Dans leur évaluation de la capacité de travail, les experts n'exposent en outre pas pour quelles raisons les atteintes présentées par la recourante auraient désormais un impact moindre sur sa capacité de travail, en dehors d'une éventuelle influence du traitement antidépresseur, qui n'apparaît toutefois pas vraiment convaincante, comme vu ci-dessus. En particulier, les experts n'indiquent pas pourquoi ils se distancient de l'appréciation faite en 2007. La capacité de travail de la recourante avait alors été fixée à 50 % dans toute activité en tenant compte de l'association d'un trouble de la personnalité et d'un trouble somatoforme, qui entrave sérieusement ses capacités à reprendre une activité professionnelle. Or, cette association est toujours présente en 2014. Elle est constatée par les experts, qui concluent à la présence d'un trouble somatoforme douloureux, d'un trouble dépressif récurrent moyen dont l'évolution est compromise vu le

trouble de la personnalité dépendante et des ressources psychiques limitées. Malgré cela, ils n'expliquent pas pourquoi la corrélation entre ces troubles entraînerait désormais seulement une diminution du rendement de 20 % dans une activité simple et sans stress.

En définitive, il faut constater que les Drs S._____, P._____ et Z._____ ont procédé à une nouvelle appréciation d'une situation médicale quasiment inchangée.

On peut au demeurant relever que l'expertise du X._____ de 2014 a été réalisée alors que le Tribunal fédéral ne s'était pas encore prononcé en faveur de l'application d'une procédure probatoire structurée pour établir le caractère invalidant des syndromes douloureux somatoformes et des affections analogues (ATF 141 V 281), puis de l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 409 et 143 V 418). En l'absence d'une modification notable de la situation de la recourante, il n'y a toutefois pas lieu d'examiner plus avant si les indicateurs posés par la jurisprudence ont été ou non pris en compte par les experts dans leur appréciation.

c) Il faut par ailleurs constater que les rapports des médecins traitants n'établissent pas non plus de manière convaincante une aggravation de la situation de la recourante.

Le Dr C._____ conclut à une telle aggravation depuis février 2013 (rapports des 22 avril 2013 et 30 novembre 2015), en raison de l'augmentation de la fréquence des épisodes aigus respiratoires et rhumatismaux avec la persistance d'un état dépressif récurrent. L'asthme était toutefois déjà connu lors de l'expertise de 2014 (p. 6) sans être jugé incapacitant. Le Dr N._____ a par ailleurs exclu, dans son rapport du 29 juillet 2013, un éventuel problème orthopédique ayant une influence sur la capacité de travail à long terme.

Dans son rapport du 13 septembre 2016, le Dr C._____ a fait état d'une probable décompensation du début de gonarthrose interne du

genou droit ainsi que de l'état de fatigue chronique. Il apparaît toutefois que le Dr W._____ est finalement revenu sur le diagnostic de gonarthrose interne et a conclu à une tendinopathie de surcharge des muscles de la patte d'oie du genou droit, alors que la recourante n'avait plus de douleurs au genou gauche (rapport du 14 novembre 2016). A noter que l'opération avec arthroplastie totale du genou gauche est intervenue en juillet 2018, soit postérieurement à la décision de révision de juillet 2017, de sorte qu'elle n'a pas à être prise en compte dans le cadre du présent examen (ATF 131 V 242 consid. 2.1). Quant au problème de fatigue, les investigations menées ont pu montrer l'existence d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, qui a pu être traité par appareillage (rapports médicaux du Dr M._____ des 2 décembre 2016 et 24 avril 2018).

Dans son rapport du 12 décembre 2016, le Dr C._____ retient, en plus des diagnostics déjà connus, un début de maladie de Dupuytren à la main droite. Cette atteinte ne saurait cependant constituer une aggravation notable de l'état de santé de la recourante.

Sur le plan psychique, la Dre G._____ parle également d'une aggravation dans son rapport du 28 octobre 2016. Elle ne précise cependant pas en quoi consiste cette aggravation concrètement, au niveau des symptômes. Elle fait état d'une péjoration de la situation socio-économique depuis 2013, lorsque le mari de la recourante s'est retrouvé sans emploi, et d'une exacerbation des tensions au domicile, qui se répercutent sur son état psychique. Ces événements avaient toutefois déjà eu lieu lorsque l'expertise du X._____ a été effectuée, sans que la recourante n'en fasse mention, en dehors du fait que sa relation conjugale était conflictuelle (rapport p. 5 et 11), ce qui était déjà le cas auparavant.

d) En définitive, l'expertise réalisée au X._____ en 2014, de même que les rapports médicaux produits, ne permettent pas de conclure à une modification notable de l'état de santé de la recourante depuis la première expertise du X._____, sur laquelle la décision d'octroi de rente

du 10 août 2011 s'est basée. Il n'y a dès lors pas de motif de révision de cette décision au sens de l'art. 17 LPGA.

6. Le recours dirigé contre la décision du 6 juillet 2017 doit par conséquent être admis. Cette décision est annulée et réformée en ce sens que le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité se poursuit au-delà du 31 août 2017.

Le recours dirigé contre la décision du 20 février 2018 est partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le versement de la demi-rente d'invalidité doit se poursuivre au-delà du 31 août 2017. Cette décision est confirmée pour le surplus.

7. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

c) Par décision du juge instructeur du 24 octobre 2017, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 septembre 2017 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Karim Hichri. Ce dernier n'a pas fait usage de la possibilité qui lui a été offerte par avis du 3 juillet 2019 de déposer une liste détaillée de ses opérations, si bien qu'il y a lieu de fixer l'indemnité sur la base du dossier. Il apparaît, en l'occurrence, que le

montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

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

- I. Le recours contre la décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 6 juillet 2017 (AI 278/17) est admis. La décision attaquée est réformée en ce sens que le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité se poursuit au-delà du 31 août 2017.
- II. Le recours contre la décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 20 février 2018 (AI 103/18) est partiellement admis, dans la mesure où il est recevable. La décision attaquée est réformée en ce sens que le versement de la demi-rente d'invalidité et de la rente complémentaire pour enfant doit se poursuivre au-delà du 31 août 2017. Cette décision est confirmée pour le surplus.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs) à V._____.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (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 :