

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 février 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Dessaux et Berberat, juges
Greffière : Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourante, représentée par Me Laurent Pfeiffer, avocat à Montreux,

et

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

E n f a i t :

A. a) L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante de l'actuelle République de Macédoine née en 1959, au bénéfice d'un permis C, mariée et mère de deux enfants, sans formation professionnelle, résidant sans interruption en Suisse depuis 1991, a travaillé comme aide-maraîchère jusqu'en 1998.

Le 16 juin 1999, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), indiquant souffrir d'une maladie générale depuis avril 1998.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, les rapports médicaux suivants ont été versés au dossier :

- un rapport du 13 juillet 1998 de la Dresse C._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, posant les diagnostics de lombosciatalgies gauches chroniques sur troubles statiques et dégénératifs avec insuffisance de poste et dysbalance musculaire, excès pondéral et insuffisance veineuse des membres inférieurs et précisant que l'examen clinique ne démontrait pas de syndrome lombovertébral ni de syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire, ni pelvisondylite rhumatismale, que les articulations périphériques étaient parfaitement libres et indolores et qu'il n'y avait pas de douleurs au niveau des points caractéristiques de la fibromyalgie. Selon cette praticienne, il apparaissait néanmoins évident que la symptomatologie douloureuse avait été déclenchée par des efforts importants réalisés dans le cadre de l'activité d'aide-maraîchère, activité qui semblait contre-indiquée au vu des troubles dégénératifs de l'assurée ;

- un rapport du Dr K._____, spécialiste en neurologie, du 20 mai 1998, mettant en évidence un examen neurologique normal ne

révélant ni syndrome lombo-vertébral ni syndrome radiculaire irritatif ou déficitaire des membres inférieurs ;

- un rapport du Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, adressé à l'OAI le 25 août 1999, attestant une incapacité de travail indéterminée à partir du 9 novembre 1998 dans l'activité d'aide-maraîchère et posant les diagnostics de lombo-sciatalgies gauches chroniques sur troubles statiques et dégénératifs du rachis, de céphalées tensionnelles et d'état anxio-dépressif avec importants problèmes d'adaptation. Ce praticien concluait qu'indépendamment d'un travail relativement lourd, le substrat somatique n'expliquait pas toutes les plaintes et que le problème était à son avis surtout psychiatrique et social ;

- un rapport du 16 septembre 1999 des Drs B._____
et B._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie auprès de la Fondation V._____
(ci-après : la Fondation V._____), posant les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2), de troubles de l'adaptation à l'environnement socio-économique suisse, avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F 43.22), de difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z 56) et de difficultés liées à l'acculturation (Z 60.3) et précisant que la dépression actuelle de l'assurée était centrée autour des préoccupations financières et concrètes et qu'elle était susceptible de présenter une évolution favorable en cas d'amélioration de la situation socio-économique de la patiente.

Par projet de décision du 14 mai 2001, l'OAI a signifié à l'assurée son intention de lui refuser le droit à une rente au motif qu'elle ne subissait aucun préjudice économique du fait que, malgré ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail demeurait entière dans des activités adaptées.

L'assurée s'est opposée au projet précité le 23 mai 2001, alléguant une aggravation de son état de santé.

Dans un rapport médical intermédiaire à l'OAI du 18 juin 2001, le Dr T. _____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était dégradé, en raison de l'exacerbation de l'état anxio-dépressif et l'apparition d'une hypertension artérielle depuis l'automne 2000, concluant que l'état psychique et somatique de l'assurée était tel qu'aucune activité professionnelle ne pouvait être exigée du fait que même la vie de tous les jours était perturbée de manière importante.

L'assurée a fait l'objet d'une expertise médicale auprès de la Polyclinique [...] (ci-après : Polyclinique D. _____). On extrait ce qui suit du rapport d'expertise du 22 février 2002 signé par les Drs R. _____ et Z. _____, spécialistes en médecine interne générale :

DIAGNOSTICS

travail **Diagnostics avec influence essentielle sur la capacité de**

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique F33.2
- Syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme de lombalgies avec irradiation pseudo-radiculaire au niveau des MIG, cervico-brachialgies bilatérales et céphalées F45.4

Diagnostics sans influence essentielle sur la capacité de travail

- Hypertension artérielle I10
- Obésité (BMI 34 kg/m²) E66

APPRECIATION DU CAS

[...]

Sur le plan somatique (et notamment rhumatologique), sur la base du dossier médical à notre disposition, de l'anamnèse, de l'examen clinique, des examens paracliniques et de l'étude du dossier radiologique, nous pouvons conclure à l'absence de lésion organique et significative (compte tenu de l'âge de la patiente) pouvant expliquer les plaintes. Le tableau clinique est pathognomonique pour un syndrome douloureux somatoforme persistant. Tous les critères diagnostics pour celui-ci sont remplis selon la CIM-10 : la plainte essentielle concerne une douleur intense et persistante, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux (cf. la discussion ci-dessous) suffisamment importants pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Les limitations qui en dérivent sont donc d'origine fonctionnelle, algique (vécu douloureux chronique): la capacité de travail est limitée en ce qui concerne les travaux lourds,

nécessitant des mouvements en porte-à-faux, les travaux répétitifs, le maintien de positions statiques prolongées pendant plus de 1 1/2 heure, sans possibilité de varier la position, l'exposition à des vibrations corporelles. En revanche, dans le cadre de travaux légers tenant compte des limitations décrites ci-dessus, la capacité de travail est de l'ordre de 80% d'un point de vue rhumatologique strict, en faisant bien sûr abstraction de la pathologie psychiatrique.

Toujours sur le plan somatique, nous avons mesuré une valeur unique de tension artérielle à l'occasion de notre examen clinique de 180/115 mmHg chez une patiente traitée pour hypertension artérielle avec Co-Aprovel Forte et Dilatrend 25 mg. Un contrôle des valeurs tensionnelles est bien sûr indiqué, afin d'établir s'il s'agit éventuellement d'une thérapie insuffisante ou d'une mauvaise observance thérapeutique.

A noter aussi une obésité (BMI à 34 kg/m²). Actuellement, nous n'avons pas d'autres éléments en faveur d'un éventuel syndrome métabolique : la glycémie, l'uricémie et le profil lipidique se sont révélés dans la norme.

Sur la base du contexte anamnestique et clinique actuel, nous n'avons pas retenu nécessaire de pratiquer des investigations supplémentaires en présence d'une vitesse de sédimentation à 35 mm/h. et d'un taux de plaquettes de 407 G/l avec une protéine C-réactive dans les normes. Nous proposons au médecin traitant d'effectuer un contrôle de ces valeurs.

Sur le plan psychiatrique, Mme L. _____ décrit l'apparition d'un état dépressif en 1998, ce qui a vraisemblablement représenté un facteur important, à côté de l'exacerbation des douleurs, à l'origine de l'arrêt de travail. Il faut relever que la naissance de l'état dépressif et l'exacerbation des douleurs datent du moment de l'émancipation de sa fille (avec laquelle une relation difficile et conflictuelle est actuellement en cours). Pour l'instant, le fils vit encore auprès de ses parents et Mme L. _____ affirme « faire le possible pour le garder auprès d'elle et de son mari » tout en étant consciente de son projet de départ pour mener une vie indépendante.

Une évaluation psychiatrique a été effectuée par le secteur psychiatrique de [...] avec trois consultations le 10 mai, le 31 mai et le 14 juin 1999. Les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, troubles de l'adaptation à l'environnement socio-économique suisse avec réactions mixtes, anxieuses et dépressives, difficultés liées à l'emploi et au chômage et difficultés liées à l'acculturation ont été retenues par les psychiatres de la Fondation Polyclinique D. _____. Les spécialistes relèvent entre autre que, à l'époque, l'état dépressif était centré autour de préoccupations financières et concrètes et une incapacité de travail à 100% pour des raisons psychiatriques (état dépressif surajouté aux troubles somatiques) est attestée.

A notre avis, le projet de décision de l'OAI Vaud du 14 mai 2001, reconnaissant que la patiente ne pouvait plus exercer l'activité d'aide-maraîchère mais attestant une capacité de travail entière

dans des activités adaptées, légères, en position assise, permettant une alternance des positions et sans port de charges, soit dans des emplois d'ouvrière non qualifiée dans le domaine du montage industriel, a sous-estimé l'importance de la pathologie psychiatrique. En juin 2001, le Dr T. _____ relève que l'état de santé s'est aggravé, avec une évolution caractérisée par une exacerbation de l'état anxio-dépressif. Le Dr T. _____ écrit que « *on ne peut pas exiger que l'assurée exerce une autre activité : l'état psychique et somatique est tel qu'aucune activité professionnelle ne peut être exigée du fait que même la vie de tous les jours est perturbée de manière importante* ».

Tant l'expert principal que le consultant en psychiatrie ont été frappés par l'importance du tableau clinique psychiatrique, caractérisé par un état dépressif sévère avec une forte composante d'anxiété, d'angoisse et de tension sans aucune discordance dans le comportement et la présentation de la patiente chez les deux médecins.

Il est indéniable que tous les critères diagnostiques, selon la CIM-10 pour un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel toujours sévère sont remplis. Les troubles de la concentration et la diminution de la mémoire décrite par la patiente entrent à notre avis dans le tableau clinique de l'état dépressif sévère. Il s'agit donc d'une comorbidité psychiatrique grave associée à un syndrome douloureux somatoforme persistant.

La prescription d'un traitement pharmacologique antidépresseur sédatif avait été suggéré par les psychiatres de la Fondation V. _____ en 1999 mais le traitement aurait été mal toléré (effets secondaires) par Mme L. _____ et une mauvaise observance thérapeutique a toujours eu lieu jusqu'à présent, confirmée par le fait que la patiente affirme prendre de façon extrêmement régulière le Surmontil actuellement (dernière prise du médicament 5 jours avant l'entretien avec l'expert principal).

Tous les éléments à notre disposition nous font penser qu'un état dépressif sévère est présent depuis en tout cas le mois de mai 1999, époque de l'évaluation auprès de la Fondation V. _____. Le traitement a été insuffisant et inefficace.

A notre avis, une hospitalisation en milieu psychiatrique afin de procéder à un cadrage et à la mise en route d'un traitement antidépresseur *lege artis* serait indiquée et nécessaire.

Ce traitement est susceptible de conduire au mieux à une amélioration de l'état de santé psychique de la patiente plutôt au niveau de son bien-être personnel et de la qualité de vie, qu'en ce qui concerne les chances réelles d'amélioration de la capacité de travail, tellement la pathologie psychiatrique semble être fixée. Des facteurs de mauvais pronostic, mais extérieurs à la LAI sont représentés aussi par : le départ à court terme du fils, les problèmes de santé du mari (dorsalgies), la durée de l'arrêt de travail, une mauvaise maîtrise de la langue française.

Notre appréciation globale, selon le modèle bio-psycho-social, nous permet de conclure à une capacité de travail fortement réduite,

voire nulle, non seulement en tant qu'aide-maraîchère, mais dans tout autre emploi depuis en tout cas le mois de mai 1999, époque du début de l'évaluation psychiatrique par la Fondation V._____ avec notamment le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité sévère. En effet, depuis cette époque, tout nous laisse penser qu'il n'y a pas eu d'amélioration significative de l'état de santé physique et psychique de Mme L._____ [...].

Dans le rapport d'examen du 15 mars 2002, les Drs O._____ et S._____ du Service Médical Régional de l'AI (ci-après : SMR), se basant sur l'expertise de la Policlinique D._____, ont retenu comme atteinte principale à la santé un trouble dépressif récurrent, épisode sévère et un syndrome douloureux somatoforme persistant et comme pathologie influençant les mesures professionnelles les dorso-lombalgies communes. Ils ont retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une capacité résiduelle de 20% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit l'absence de travaux lourds, de positions statiques ou en porte-à-faux, précisant qu'il existait des limitations psychiques dans toutes activités. Ces praticiens ont conclu que compte tenu de l'âge relativement jeune de l'assurée et de l'approche bio-psycho-sociale de l'expertise, une révision de la situation dans une année semblait indiquée.

Par décision du 11 avril 2002 confirmée après révision les 9 octobre 2003 et 2 juin 2010, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} avril 1999, basée sur un degré d'invalidité de 76% correspondant au montant de son préjudice économique, calculé en tenant compte d'une capacité résiduelle de travail et de gain de 20% dans une activité adaptée, soit dans une activité plus légère, en position assise, permettant l'alternance des positions et sans port de charges, soit dans des emplois d'ouvrière non-qualifiée dans le domaine du montage industriel.

B. Dans le cadre d'une procédure de révision d'office de la rente d'invalidité initiée au mois de novembre 2012, l'OAI a décidé de confier la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au Centre [...] (ci-après : le Centre G._____) de [...]. A cette occasion, elle a été examinée par le Drs

M._____, spécialiste en médecine interne générale, X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et F._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, lesquels ont posé, dans leur rapport d'expertise du 27 octobre 2014, les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail de périarthrite de la hanche gauche, de lombalgie et cervicalgie communes sans syndrome déficitaire, de dysbalance musculaire, de syndrome douloureux du compartiment antérieur du genou gauche, d'hypertension artérielle traitée dès 2000, d'obésité de classe 1 (BMI à 30.8 kg/m²), de dyslipidémie non traitée, d'hypertension oculaire traitée, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) depuis 1999 et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.40), et ont retenu les conclusions suivantes :

Au vu des éléments recueillis aujourd'hui, au cours de cette expertise et aux lires des antécédents médicaux de l'expertisée, celle-ci présente une symptomatologie dépressive depuis le mois de mai 1998. Celle-ci s'est exacerbée en 2001, lors du refus de l'obtention d'une rente. En 1999, l'expertisée est décrite par le Dr T._____ comme anxieuse et nerveuse. Elle sera licenciée à la suite de cet arrêt de travail et s'inscrira au chômage. Depuis lors, il persiste une symptomatologie anxio-dépressive qui a été traitée et relevée par le Dr Q._____ en 1999. Depuis lors, elle est sous le bénéfice du même traitement Deanxit et Surmontil et n'a pas fait d'autres consultations psychiatriques et reste suivie par le Dr T._____, médecin généraliste FMH.

Situation actuelle et conclusions

Sur le plan de la médecine interne, il n'est relevé aucune affection susceptible de limiter la capacité de travail de l'expertisée. Les céphalées de tension chroniques, connues de longue date, ne permettent pas de retenir de limitation dans l'activité exercée. Il en est de même de l'hypertension artérielle, bien compensée sous traitement.

Il n'y a aucune indication à une incapacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, les plaintes sont toujours les mêmes : une symptomatologie douloureuse touchant le squelette axial et les ceintures scapulaire et pelvienne. Celle-ci est permanente exacerbée au moindre mouvement. Paradoxalement elles ne limitent pas le périmètre de marche, et ne perturbent pas le sommeil, sauf quand elle doit se tourner ou se trouve par hasard en décubitus latéral gauche.

Compte tenu de l'importance des plaintes, la présente expertise est étonnante : aucun signe de non-organicité n'est décelé malgré une recherche minutieuse, le seul point de Yunus retenu est celui de la région trochantérienne gauche. La mobilité du rachis lombaire est normale avec une distance doigt-sol de 0 cm. La seule anomalie à retenir est l'hypotonie abdominale et la bascule antérieure du bassin

qui signent la dysbalance musculaire autrefois déjà mentionnée, mais qui n'est pas une condition incapacitante. La colonne cervicale, quant à elle, est quelque peu limitée et douloureuse uniquement dans les amplitudes maximales. Les radiographies sont strictement normales pour l'âge du sujet. Quel que soit le segment vertébral, on ne décèle aucun déficit neurologique périphérique, qu'il soit moteur ou sensitif.

Il y a donc une dissociation entre l'importance des plaintes et les constatations objectives. Ces rachialgies ne sont en réalité que des rachialgies communes, pouvant parfois justifier une incapacité temporaire de travail dans l'activité lourde qu'est celle de maraîchère, mais pas de longue durée, encore moins définitive.

Il y a également une douleur au trochanter gauche, mais qui n'est pas incapacitante. Cette dernière, qui se manifeste au repos en décubitus latéral gauche, que l'examen clinique exacerbe à la fois à la pression et à la mise en tension du moyen fessier, est bien une périarthrite de la hanche, que ce soit une tendinite du moyen fessier et/ou une bursite para trochantérienne. Cette condition appartient aussi aux troubles musculo-squelettique[s] que l'expertisée a également développés (achillodynies, épicondylite) et pourrait aussi bénéficier d'une infiltration locorégionale de dérivés stéroïdiens.

Les gonalgies droites dont elle s'est plainte également, secondaires à un syndrome douloureux du compartiment antérieur du genou ont pratiquement disparu après physiothérapie et une infiltration intra-articulaire de dérivés stéroïdiens.

Les mains raides, qui s'assouplissent en cours de matinée, sans jamais avoir présenté de tuméfaction ou de synovite, ne sont pas témoins d'un rhumatisme inflammatoire chronique en cours ou à venir. Les bilans biologiques effectués par le médecin traitant ne témoignent pas en faveur de cette hypothèse. Elles ne permettent pas, quoi qu'il en soit, de retenir de limitation.

Finalement, cette expertisée souffre d'un syndrome douloureux occupant le squelette axial et les ceintures scapulaire et pelvienne pour lequel aucun lésion anatomique ou maladie inflammatoire ou métabolique susceptibles de l'expliquer. A retenir tout de même la présence d'une périarthrite de la hanche gauche et d'une dysbalance musculaire. Ces deux dernières conditions ne sont pas incapacitantes mais pourraient, autant que faire se peut, bénéficier d'un traitement.

Sur le plan psychique, Madame L. _____ mentionne se sentir déprimée, fatiguée, triste, sans valeur, avec de gros troubles de la mémoire et de l'attention. Les problèmes seraient déclenchés par ses douleurs qui sont l'origine de tous ses problèmes. Elle reste en colère contre son ex-employeur, cela fait maintenant 16 ans. Elle a des troubles du sommeil, une anhédonie importante, une perte de confiance en elle et de motivation, elle présente des crises de pleurs. Son état physique, sa situation familiale et financière l'inquiètent. Elle mentionne se replier sur elle-même, s'isoler, pleurer seule. Elle ressent de la lassitude et n'a aucun espoir de s'en sortir ainsi qu'un fort sentiment de dévalorisation.

Elle a des crises d'angoisse, sans que cela n'atteigne le stade d'attaque de panique. Son anxiété se manifeste parfois par des symptômes physiques et gastro-intestinaux, notamment des douleurs abdominales, des nausées et des diarrhées.

On note par contre que l'appétit reste présent et le poids n'a pas changé. La libido est basse depuis de nombreuses années, pour elle c'est normal.

On ne relève pas d'événements traumatiques au cours de la vie.

A l'observation, l'hygiène est conservée, le visage est expressif, elle est tendue, mais pourra rester assise durant tout l'entretien. La voix est d'une intensité normale, elle peut la moduler adéquatement. Elle présente un ralentissement psychomoteur. Elle est plutôt asthénique et ses mouvements sont plutôt ralentis.

L'orientation dans le temps et dans l'espace sont préservés, le discours est structuré. On note une anxiété qui s'éteindra très légèrement, il n'y a pas d'attaque de panique, pas de signes d'anxiété généralisée.

Elle présente une triste exprimée spontanément, sans idée noire ou de mort, ni d'idéation suicidaire. Son humeur ne présente pas de variation particulière au cours de l'expertise.

Il n'y a ni irritabilité, ni impulsivité, mais plutôt la manifestation d'une grande lassitude accompagnée de plusieurs soupirs.

On ne relève pas de troubles cognitifs, si ce n'est des difficultés à préciser les dates des événements et la chronologie de ces événements de vie. Il n'y a ni apraxie, agnosie ou aphasie.

On n'observe pas de symptômes neurovégétatifs, pas de signes psychotiques, pas de symptômes de troubles suggérant un état de stress post-traumatique.

Il y a une certaine fixation sur les douleurs.

On relève qu'elle n'a pas de suivi psychiatrique, car elle se sentirait limitée au niveau financier. De plus, elle pense que cela n'a aucun intérêt et ne pourrait pas l'aider dans ses problèmes. Comme traitement psychotrope, elle a du Deanxit, ce qui est une association de mëlitracène et de flupentixol, substances étant reconnues comme le traitement d'états légers à moyens d'inhibition dépressive et d'anxiété.

Il y a quelques discordances entre l'anamnèse et l'observation, en tenant compte aussi de l'analyse du dossier, il est possible de poser le diagnostic de trouble dépressif, probablement récurrent, l'épisode actuel est léger.

L'expert rhumatologue conclut à un syndrome douloureux sans lésion anatomique ou maladie inflammatoire ou métabolique susceptibles de l'expliquer. Le diagnostic de trouble somatoforme doit être posé, on notera qu'il y a bien une fixation sur les douleurs qui sont au centre de tout et la cause de tout.

Le trouble somatoforme n'est pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère, il n'y pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale significative, pas d'état psychique cristallisé, pas d'échec des traitements ambulatoires. La capacité de travail est complète en temps et en rendement, sans limitation.

Il y a par ailleurs des éléments non médicaux, notamment financiers, ainsi que l'incapacité de comprendre et parler le français après presque 24 ans de séjour en Suisse.

Dans un avis du 13 janvier 2015, le Dr H. _____ du SMR, a constaté qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions des experts, soit le fait qu'il n'existait aucune atteinte à la santé invalidante et que la capacité de travail était complète dans une activité adaptée à plein temps, soit une activité sans travaux lourds, sans positions statiques ou en porte-à-faux, sans port de charges et sans exposition aux vibrations corporelles. Il a en outre précisé que le psychiatre examinateur ne retenait plus d'empêchement à une activité dans l'économie et évoquait un épisode dépressif de gravité légère sans pouvoir préciser à quel moment l'épisode sévère s'était amendé. Il a souligné que le syndrome douloureux somatoforme persistant était retenu comme sans répercussion sur la capacité de travail et conclu que l'état de santé psychique de l'assurée s'était donc amélioré depuis l'expertise de 2002.

Par projet de décision du 14 mars 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de supprimer sa rente d'invalidité, compte tenu de l'amélioration de son état de santé psychique depuis 2002, conduisant à une capacité de travail entière dans toute activité.

L'assurée a contesté le projet précité le 22 mars 2016, alléguant une aggravation de son état de santé et précisant qu'un rapport de son médecin traitant parviendrait à l'OAI par courrier séparé.

Dans un rapport du 30 mai 2016, réceptionné par l'OAI le 2 juin 2016, le Dr T. _____, a écrit ce qui suit :

Madame L. _____ est au bénéfice d'une rente AI à 100% pour des lombosciatalgies G chroniques sur troubles statiques et dégénératifs

du rachis, état anxio-dépressif important avec somatisation au niveau digestif, céphalées tensionnelles et HTA depuis environ 1995.

Ces dernières années on assiste à la péjoration de l'état anxio-dépressif secondaire à la symptomatologie douloureuse avec principalement troubles du sommeil, diminution de la mémoire, crise d'angoisse avec repli sur elle-même. Cette symptomatologie est aggravée par des problèmes d'intégration de la patiente qui ne parle que très peu le français. Un traitement psychothérapeutique a été entrepris au sein de la Pol[i]clinique psychiatrique de [...] mais a été interrompu par manque d'efficacité et surtout à cause des frais que le traitement entraînait.

Apparition d'un diabète de type II depuis 2010 environ. Ces 2 dernières années la symptomatologie s'est aggravée avec l'apparition de gonalgies D, de polyarthralgie au niveau des doigts des 2 mains ainsi qu'un syndrome cervico-brachial sur troubles dégénératifs du rachis, suivie par le Dr P._____.

Aggravation des problèmes somatiques ayant entraîné une péjoration de l'état psychique avec augmentation de l'état anxio-dépressif et du repli sur elle-même.

La capacité de travail de Mme L._____ n'est donc pas améliorée, bien au contraire et il me semble logique que la patiente puisse bénéficier de sa rente AI.

Par décision du 2 juin 2016, l'OAI a confirmé son projet du 14 mars 2016 et supprimé la rente d'invalidité de l'assurée.

Dans un rapport du 24 juin 2016, le SMR a pris position comme suit sur le rapport établi par le Dr T._____ le 30 mai 2016 :

Dans son courrier du 30 mai 2016, le Dr T._____, médecin de famille de l'assurée depuis 1998, annonce la persistance des plaintes secondaires aux troubles ostéo-articulaires connus de longue date et pris en compte dans l'expertise du 27 octobre en page 19. Aucune modification objective du status clinique somatique n'est décrite, aucune consultation spécialisée (Dr P._____), ni imagerie médicale récente démontrant une aggravation n'est jointe à ce courrier. Quant à l'HTA, elle est connue depuis octobre 2000 (RM du 21 juillet 2003) et traitée. Le diabète apparu en 2010 est traité par le Dr T._____ qui n'a pas cru bon de l'annoncer dans son RM du 30 mai 2016 ; il ne saurait en aucun cas être la source de limitations durables.

Dans le deuxième paragraphe, le Dr T._____ confirme la place qu'occupent les problèmes d'intégration dans les troubles/plaintes de sa patiente. Ces problèmes ne prennent pa[s] leurs racines dans la sphère médicale.

Il n'y a pas de suivi psychiatrique.

Il n'y a donc aucun indice rendant plausible un fait nouveau ou une aggravation/modification notable et durable de l'état de santé depuis 2014.

Nous maintenons notre position.

Par courrier du 29 juin 2016, l'OAI a indiqué à l'assurée que le rapport du Dr T._____ du 30 mai 2016 n'apportait aucun élément susceptible de modifier sa position et que la décision du 2 juillet 2016 était confirmée.

C. Par acte du 4 juillet 2016, L._____, représentée par Me Laurent Pfeiffer, recourt contre la décision du 2 juin 2016, concluant, avec suite de frais et dépens, à la réforme de la décision litigieuse en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle instruction et nouvelle décision. Sur le plan formel, l'assurée allègue une violation de son droit d'être entendue, car elle ne comprenait pas le dialecte parlé par l'interprète durant l'expertise du Centre G._____, ce qui l'aurait empêché de s'expliquer de manière circonstanciée sur l'état dans laquelle elle se trouve. Sur le fond, elle soutient qu'il n'existe aucun motif de reconsidération de la décision, ni de révision. Elle allègue également que les conclusions de l'expertise du 27 octobre 2014 sont contradictoires, que cette expertise n'est pas suffisamment motivée s'agissant du volet psychiatrique et qu'elle ne permet pas de remettre en cause les avis constants du Dr T._____, de la Fondation V._____ et des experts de la Polyclinique D._____ et sollicite de ce fait d'être soumise à une nouvelle expertise psychiatrique.

Dans sa réponse du 7 septembre 2016, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse. Il rappelle que l'assurée avait été mise au bénéfice d'une rente entière en 1999 compte tenu d'une incapacité totale dans son ancienne activité d'aide-maraîchère en lien avec des dorso-lombalgies communes et d'une exigibilité de 20% dans une activité adaptée en lien avec un trouble dépressif récurrent épisode sévère et un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'OAI souligne que l'expertise réalisée en 2014 a permis de démontrer que l'état

dépressif sévère s'est amendé et qu'il ne persiste plus qu'un état dépressif de gravité légère associé à un syndrome douloureux somatoforme persistant sans répercussion sur la capacité de travail, précisant que cette capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations somatiques est confirmée également à la lumière de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière. Il fait en outre valoir que le cas relève d'un motif de révision.

Par réplique du 3 octobre 2016, L._____ confirme ses conclusions. Elle allègue que l'office intimé n'apporte pas la preuve d'une modification notable de son état de santé, se contentant de procéder à une nouvelle appréciation des faits pourtant identiques. Elle reproche à l'intimé de ne pas se prononcer sur les griefs relatifs au contenu de l'expertise de 2014.

Dans sa duplique du 21 octobre 2016, l'OAI maintient ses conclusions. S'agissant de la question de l'interprète, il ne relève aucun indice permettant de penser qu'un aspect déterminant aurait été omis en raison d'une incompréhension linguistique entre l'assurée et l'interprète ou des problèmes de traduction, ajoutant au demeurant que l'intéressée n'a nullement indiqué avoir rencontré des problèmes de compréhension lors de l'expertise de 2014 et que ce grief n'est soulevé qu'au stade du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (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, 58 LPGA et art. 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).

Dans le canton de Vaud, 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet la suppression, par voie de révision, de la rente entière de l'assurance-invalidité allouée à la recourante depuis le 1^{er} avril 1999, singulièrement le degré d'invalidité qu'elle présente à compter du 1^{er} août 2016.

3. Sur le plan formel, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue, en tant que l'interprète présent au cours de l'expertise réalisée par le Centre G._____ parlait un dialecte qu'elle ne comprenait que très mal et qu'elle n'a de ce fait pas compris l'ensemble des questions qui lui étaient soumises.

Ce grief, invoqué par la recourante pour la première fois à l'appui de son recours, est toutefois tardif sous l'angle du principe de la bonne foi (art. 5 al. 3 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 1.01]). Selon ce principe, la partie qui s'aperçoit qu'une règle de procédure a été violée à son détriment ne saurait laisser la procédure suivre son cours sans réagir, dans le but, par exemple, de se réserver un moyen de nullité pour le cas où la décision à intervenir ne la satisferait pas (ATF 132 II 485 consid. 4.3 ; ATF 127 II 227 consid. 1b ; TF 9C_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.3.1). La recourante aurait dû soulever ce grief sans tarder, soit encore même avant que l'expert ne

rende son rapport d'expertise. L'assurée ne se prévaut au demeurant pas de motifs qui l'auraient empêchée d'invoquer plus tôt ce grief.

En tout état de cause, il ne ressort pas du rapport d'expertise du Centre G._____ que la recourante aurait rencontré de difficultés particulières de compréhension lors de la traduction qui l'auraient empêchée de comprendre le sens des questions qui lui étaient posées. En effet, si le rapport d'expertise fait état de difficultés pour recueillir les informations utiles à l'anamnèse, celles-ci découlent de l'imprécision de l'expertisée s'agissant des dates. La recourante avait d'ailleurs rencontré les mêmes difficultés lors de l'expertise de 2002, au cours de laquelle elle avait également été assistée par un interprète de langue serbo-croate sans que ce choix ne soit remis en cause, ni n'ait engendré de difficultés de compréhension. Au demeurant, la seconde expertise ne contient aucun élément tendant à démontrer une quelconque incompréhension de la part de la recourante, les experts relevant au contraire que la collaboration entre l'intéressée et l'interprète semblait apparemment bonne (cf. p. 13 de l'expertise du Centre G._____).

Par conséquent, le grief tendant à la violation du droit d'être entendue de la recourante doit être rejeté.

4. Avant d'entrer en matière sur le fond du litige à proprement parler, il convient de déterminer si la suppression de la rente d'invalidité de la recourante tombe sous le coup des dispositions finales de la 6^e révision de l'AI.

a) Selon l'al. 1 de la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6^e révision de l'AI, premier volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies.

L'al. 4 de la let. a des dispositions finales précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint cinquante-cinq ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen.

b) Selon la jurisprudence, la let. a al. 1 des dispositions finales de la LAI demeure applicable lorsque la rente n'a pas été allouée exclusivement en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique (ATF 140 V 197). Cela étant, en cas d'imbrication étroite du syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et des autres atteintes à la santé ayant fondé l'octroi initiale d'une rente d'invalidité, l'application de la let. a al. 1 des dispositions finales de la révision est exclue, à moins que les atteintes objectivables n'aient joué qu'un rôle secondaire, renforçant uniquement les effets du syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires (TF 9C_121/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2.6).

c) En l'espèce, il s'agit de relever à titre liminaire que les circonstances du cas particulier ne tombent pas sous le coup des motifs d'exclusion prévus à l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la 6^e révision de l'AI. En effet, lors de l'entrée en vigueur de la modification de la LAI, la recourante, née en ...]1959, n'avait pas atteint l'âge de 55 ans et n'était pas au bénéfice de la rente depuis plus de quinze ans (ATF 140 V 15 consid. 5.1 et 139 V 442 consid. 3 et 4).

Il convient ensuite de constater que la rente allouée à l'assurée en 2002 se fondait essentiellement sur un trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux paraissant plutôt secondaire pour les médecins. Certes, cette seconde affection était également évoquée, mais son influence sur la capacité de travail de l'assurée était moindre. Dans tous les cas, il ne ressort pas des pièces du dossier qu'il soit possible de séparer le syndrome sans pathogénèse des autres affections dont l'assurée était

atteinte. Au contraire, il apparaît plutôt que les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble somatoforme douloureux présentaient une étroite corrélation entre eux. Ainsi, dans la mesure où il n'est pas possible de distinguer les troubles objectivables des troubles non objectivables, les dispositions finales de la 6^e révision ne s'appliquent pas (*cf.* consid. 4b ci-dessus).

d) Comme il le sera démontré ci-après (*cf.* consid. 7 *infra*), l'application des dispositions transitoires de la 6^e révision de l'AI doit en tout état de cause être déniée dans la mesure où l'on se trouve dans le cadre d'une modification de l'état de fait - l'état de santé de la recourante s'étant amélioré - conduisant à l'application de l'art. 17 al. 1 LPGA.

5. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGA. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - 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 devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294

consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

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 130 V 398 consid. 5.3 et 6).

c) 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) ou la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4).

Dans un arrêt 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'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord 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 divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. Lorsque dans le cas particulier, il apparaît clairement que de tels motifs d'exclusion empêchent de conclure à une atteinte à la santé, il n'existe d'emblée aucune justification pour une rente d'invalidité, même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification seraient réalisées (cf. art. 7 al. 2 LPGA). Dans la mesure où les indices ou les manifestations susmentionnés apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante avérée, les effets de celle-ci doivent être corrigés en tenant compte de l'étendue de l'exagération (ATF 141 V 281 consid. 2).

Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail doit être examiné au travers d'une grille d'évaluation normative et structurée, à l'aide d'indicateurs objectifs plaidant en faveur ou en défaveur d'une incapacité de travail totale ou partielle (ATF 141 V 281 consid. 3 et 4).

Cette grille comprendra 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 sera également tenu 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et référence citée).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprendra également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et référence citée).

6. Conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b et 112 V 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

Le point de savoir si un 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 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 conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; voir également ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TF 9C_181/2011 du 9 décembre 2011 consid. 6.1).

7. **a)** Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires

à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C_414/2014 du 31 juillet 2014 consid. 3.1.3, 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2 et 9C_237/2013 du 22 mai 2013 consid. 4.1).

Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

b) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

8. En l'espèce, l'évaluation de l'état de santé de la recourante doit s'apprécier avec comme point de comparaison la décision du 14 juin

2002, qui donnait à l'intéressée le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à partir du 1^{er} avril 1999, du fait qu'elle présentait un degré d'invalidité de 100%. Il s'agit en effet de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents ainsi qu'une appréciation des preuves.

a) Dans sa décision du 14 juin 2002, l'OAI avait retenu, en se fondant sur les conclusions du rapport d'expertise du 22 février 2002, que la recourante présentait depuis 1998 une incapacité de travail totale dans toute activité en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptômes psychotiques. Les experts avaient en particulier mis en évidence que les troubles psychiques de la recourante relevaient principalement de la sphère anxio-dépressive. Ils avaient relevé que la recourante était d'emblée en larmes et visiblement très angoissée face à la situation de l'expertise, soulignant qu'elle vivait depuis plusieurs années avec une angoisse permanente générant une nervosité. L'expert psychiatre a plus particulièrement mis en évidence chez l'intéressée une tristesse permanente, une baisse de l'élan vital, une anhédonie très marquée, un retrait social net et une idéation suicidaire. Les experts avaient également relevé que la naissance de l'état dépressif de la recourante datait de l'émancipation de sa fille avec laquelle elle vivait alors une relation difficile et que la situation avait encore empiré avec le préavis de refus de rente. Les experts du COMAI ont ainsi conclu que l'état dépressif sévère dont souffrait alors la recourante - et qu'ils considéraient comme totalement incapacitant - comportait une forte composante d'anxiété, d'angoisse et de tension. Les conclusions de ces experts rejoignaient par ailleurs celles des médecins de la Fondation V._____, qui relevaient que l'état dépressif de l'assurée était centré autour de préoccupations financières et concrètes.

Dans le cadre de l'expertise de 2002, les experts avaient également posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme de lombalgies avec irradiation pseudo-radiculaire au niveau des membres inférieurs gauches, cervico-brachialgies bilatérales et céphalées. Ils avaient conclu, sur le plan somatique, à l'absence de lésions

organique et significative pouvant expliquer les plaintes et retenu que si l'activité d'aide-maraîchère n'était plus exigible, une capacité de travail de 80% pouvait être retenue – sur le seul plan rhumatologique et en faisant abstraction de la pathologie psychiatrique – dans une activité légère respectant les limitations fonctionnelles de la recourante.

b) S'agissant de la décision de suppression de rente intervenue en juin 2014, l'office intimé s'est appuyé sur le rapport d'expertise établi par le Centre G._____ le 27 octobre 2014, dont les conclusions étaient partagées par le SMR.

aa) Sur le plan psychique, les experts ont mis en évidence une amélioration de l'état de santé de la recourante et posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Pour arriver à cette conclusion, ils ont retenu que la situation financière et familiale de la recourante la rendait triste, que ses émotions pouvaient parfois ressortir dans des crises de pleurs, précisant que cela se déroulait de moins en moins fréquemment depuis plusieurs années. Ils ont également relevé que la recourante disait ne pas avoir tendance à l'anxiété pour toutes les actions ou événements de la vie quotidienne, que son anxiété se manifestait parfois par des symptômes physiques et gastro-intestinaux qui étaient toutefois beaucoup plus présents il y a quelques années. Les experts ont également indiqué que la recourante n'avait pas d'attaque de panique ni de préoccupation excessive pour des problèmes sans importance – ce qui caractérise l'anxiété généralisée – mais qu'elle présentait surtout des ruminations anxieuses vis-à-vis de ses douleurs et de ses troubles de la mémoire. Ils ont également mis en évidence que l'intéressée ne présentait pas de pensée intrusive, mais une tristesse de l'humeur sans idée noire ou de mort, ni d'idéation suicidaire.

Les experts ont encore rappelé que la recourante n'avait aucun suivi psychiatrique malgré les recommandations et que le seule médication en lien avec ses troubles psychiques étant une substance reconnue comme traitement d'états légers à moyens d'inhibition dépressive et d'anxiété.

On relèvera à ce stade que les experts ont fait une étude circonstanciée des points litigieux et expliqué de manière détaillée pour quelles raisons ils ne renaient pas de limitations fonctionnelles en lien avec le trouble psychique. Ils ont également pris en compte les plaintes de la recourante, ainsi que les pièces du dossier et rendu compte d'une anamnèse complète. Enfin, leur appréciation médicale est claire et motivée. Au vu de ces éléments, l'expertise du Centre G._____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante selon les critères jurisprudentiels en la matière (*cf. consid. 5e supra*).

Le Dr T._____, dans son rapport réceptionné par l'OAI le 2 juin 2016, n'amène pas d'éléments allant à l'encontre des conclusions de l'expertise. En effet, il se contente d'observer que l'état anxio-dépressif secondaire à la symptomatologie douloureuse de sa patiente s'est péjoré ces dernières années et que cette symptomatologie est aggravée par des problèmes d'intégration consécutifs à ses problèmes de français et des douleurs aux genoux, aux doigts et au rachis. Ce médecin justifie en outre l'aggravation de l'état de santé en citant une hypertension artérielle et l'apparition de diabète de type II. Or, les troubles ostéo-articulaires dont se plaint la recourante sont connus de longue date et ont été pris en compte dans l'expertise du mois d'octobre 2014 et considérés comme non incapacitants par les experts. Comme le relève le SMR dans son avis du 24 juin 2016, le Dr T._____ ne décrit aucune modification objective du status clinique somatique et aucune imagerie médicale récente démontrant une aggravation n'est jointe. Le problème d'hypertension artérielle est quant à lui connu du médecin traitant depuis 2000 et traitée, à l'instar du diabète apparu en 2010.

Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'office intimé a retenu que l'état de santé de la recourante s'était amélioré sur le plan psychique.

bb) Quant au diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, il a été confirmé par les experts du Centre G._____, lesquels ont toutefois estimé qu'il n'avait pas d'incidence sur la

capacité de travail de la recourante. Ce constat est d'ailleurs corroboré par l'examen des indicateurs mis en évidence par la jurisprudence. Le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant est étayé à satisfaction et posé dans les règles de l'art. A ce propos, les experts sont clairs sur l'absence de limitations fonctionnelles, mentionnant au contraire une tendance à la majoration, ainsi qu'une discordance manifeste entre l'importance des plaintes et les constatations objectives. S'il existe bien une comorbidité psychiatrique, il s'agit seulement d'un épisode dépressif léger que les experts considèrent comme non-incapacitant (*cf. consid. 7b/aa supra*). Sous l'aspect de la cohérence, l'absence de tout suivi thérapeutique par la recourante et celle de toute demande en la matière plaident dans le sens d'une gravité relative de l'atteinte à la santé. Il convient également de relever que le repli social dont se plaint l'intéressée doit être relativisé dans la mesure où il ne peut être imputé au seul syndrome douloureux. En effet, le peu de contact social dont bénéficie la recourante est principalement dû à son manque d'intégration, en particulier qu'elle ne parle pas le français bien qu'elle réside en Suisse depuis plus de 20 ans. L'expertise du Centre G. _____ met en outre en lumière le fait que la recourante, nonobstant ses plaintes, conserve un quotidien relativement structuré, partagé avec son mari, ainsi que ses enfants et son petit-fils et, partant, qu'elle bénéficie d'un soutien individuel de son réseau social proche.

Au vu de ce qui précède, c'est à raison que l'intimé a retenu une capacité de travail entière de la recourante dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte organique.

c) Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre une amélioration significative de l'état de santé psychique de la recourante, ainsi que de sa capacité de gain. C'est ainsi à bon droit que l'office intimé a jugé que les conditions pour le maintien du droit à la rente n'étaient plus remplies.

9. Cela étant, un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par la recourante doit dès lors être rejetée.

Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2).

10. Toutefois, il convient de constater que l'office intimé n'a pas concrètement examiné la question de l'octroi éventuel de mesures de réadaptation.

a) Or, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération ; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (TF 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.4 et les références citées ; TF 9C_800/2014 du 31 janvier 2015 ; TF 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 avec les références).

b) En l'espèce, dès lors que la recourante a bénéficié d'une rente d'invalidité durant plus de quinze ans (du 1^{er} avril 1999 au 2 juin 2016) et qu'elle était âgée de 56 ans révolus au moment de la décision de suppression, elle appartient à cette catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail.

Il ressort toutefois du dossier que l'office intimé n'a pas examiné la question de l'octroi éventuel de mesures d'accompagnement à la réintégration professionnelle. Or, en l'état, il n'apparaît guère concevable que la recourante puisse, compte tenu de son éloignement prolongé du marché du travail, reprendre du jour au lendemain une activité lucrative sans que des mesures destinées à l'aider à se réinsérer dans le monde du travail ne soient mises préalablement en œuvre.

Il convient par conséquent de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il examine concrètement les besoins objectifs de la recourante à cet égard. Ce n'est qu'à l'issue de cet examen et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail que l'office intimé pourra définitivement statuer sur la révision de la rente d'invalidité et, le cas échéant, supprimer le droit à la rente (TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1.1 et les références citées). La recourante peut ainsi prétendre à la poursuite du versement de sa rente entière d'invalidité durant le temps nécessaire à l'examen du droit à des mesures d'ordre professionnel par l'intimé (TF 9C_920/2013 du 20 mai 2014 consid. 4.5 et les références citées).

11. a) Au vu de ce qui précède et dans la mesure où la recourante a conclu principalement à l'allocation d'une rente entière de l'assurance-invalidité, son recours doit être admis. La décision attaquée est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté.

c) La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD), dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 10'000 francs (art. 61 let. g LPGA et art. 11 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]).

En l'espèce, Me Pfeiffer a produit sa note d'honoraires le 22 janvier 2018 faisant état d'un total de 15h48 à 180 fr. de l'heure, soit un montant total de 3'070 fr. 95, TVA comprise. Contrôlées au regard de la procédure, les opérations effectuées rentrent globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Le montant des dépens sera mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

d) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.03]).

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

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 2 juin 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versement à L. _____ une indemnité de dépens fixée à 3'070 fr. 95 (trois mille septante francs et nonante-cinq centimes).

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Laurent Pfeiffer (pour L. _____),
- 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 :