

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 juillet 2020

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Riesen et Peter, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Emmanuel Rossel,
avocat à Morges,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) K._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse d'origine [...], née en 1961, est arrivée en Suisse en 1982 en qualité de réfugiée, avant d'obtenir la nationalité suisse en 2001, à la suite d'une procédure de naturalisation. Divorcée, elle est mère de trois enfants nés en 1982, 1986 et 2002. Engagée par la Société coopérative G._____ en avril 1995, elle a occupé différents postes de travail, dont, en dernier lieu, celui de caissière depuis le 1^{er} avril 1998, au taux de 60%.

Le 10 décembre 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) en raison d'une fibromyalgie prévalant depuis quatorze ans.

Les médecins du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) ont alors retenu, sur la base du rapport d'expertise du 22 mai 2002 du Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de troubles dépressifs récurrents avec syndrome somatique (F33.01) et ont estimé la capacité de travail de l'assurée, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, à 20% en raison des limitations psychiatriques.

Par décision du 18 novembre 2002, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 1999, sur la base d'un taux d'invalidité de 80%.

b) L'OAI a entrepris une première procédure de révision le 29 septembre 2005, à l'issue de laquelle il a fait savoir à l'assurée que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, de sorte qu'elle continuerait à bénéficier d'une telle rente.

c) La deuxième révision initiée par l'OAI le 4 juin 2010 a abouti au même résultat, en ce sens que l'assurée a continué à bénéficier de sa rente d'invalidité, sans modification du droit.

d) L'OAI a procédé à une troisième révision d'office du droit à la rente de l'assurée à partir du 6 février 2013.

Dans un rapport du 25 mars 2013 à l'attention de l'OAI, la Dresse T._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie et médecin traitant de l'assurée depuis 1993, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de troubles dépressifs récurrents (F33.9) avec attaques de panique (F41), de syndrome douloureux chronique, de céphalées, de troubles du sommeil, de tachycardie paroxystique, de colon spastique, d'hypothyroïdie substituée et d'hypovitaminose D. Cette médecin a notamment relevé la présence d'autres troubles fonctionnels, tels que des douleurs abdominales, des céphalées, des troubles mnésiques et des vertiges. L'assurée présentait en outre des limitations au niveau de ses capacités de concentration, d'attention, d'organisation et de planification. Les activités exigeant de l'endurance, de la précision, de la rapidité, une adaptation permanente, de même que celles impliquant du stress ou des tâches complexes, n'étaient plus possibles, l'assurée n'étant au demeurant pas capable d'assumer une activité physique prolongée, compte tenu notamment des séquelles douloureuses d'une cure de canal carpien droit, d'une épitrochléite droite et de l'impossibilité de garder la tête penchée en avant.

L'OAI a jugé opportun de mettre en œuvre une expertise médicale qu'il a confiée au Centre d'expertise Z.____s (Centre d'expertise Z.____). Dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire du 10 janvier 2014, les experts n'ont retenu aucun diagnostic portant atteinte à la capacité de travail de l'assurée, tout en précisant que seul un syndrome douloureux persistant existant depuis au moins 1998 prévalait, sans toutefois avoir d'incidence sur la capacité de travail de celle-ci.

Par décision du 5 janvier 2015 confirmant un projet de décision du 19 novembre 2014, l'OAI a supprimé la rente versée à l'assurée. L'Office précité retenait notamment que les diagnostics qui avaient ouvert le droit à la rente étaient liés à un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Il n'y avait aucun fondement anatomique objectivable qui pouvait, du point de vue de la médecine des assurances, fonder une incapacité de travail durable. Il n'y avait pas non plus de rattachement à une comorbidité psychiatrique ni de graves limitations fonctionnelles autres. Il n'existait enfin aucun autre critère susceptible de mettre en doute avec vraisemblance prépondérante la capacité à surmonter la douleur. Dès lors que l'expertise effectuée en janvier 2014 avait retenu que seul subsistait un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 1998, les conditions du droit à la rente n'étaient plus remplies.

Parallèlement, l'OAI a proposé à l'assurée une mesure de réinsertion professionnelle, assortie du versement de la rente, au maximum pendant deux ans, sous forme d'un entraînement à l'endurance à partir du 9 décembre 2014.

L'assurée a recouru contre la décision du 5 janvier 2015, en faisant notamment valoir qu'elle présentait une incapacité de travail totale et qu'elle devait ainsi continuer à bénéficier d'une rente entière d'invalidité sur la base d'un taux d'invalidité de 100%.

L'assurée a séjourné du 20 avril au 10 mai 2015 à la Clinique L._____ avec pour but l'éloignement des facteurs de stress, une amélioration symptomatique de la dépression et de l'insomnie. Le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode alors sévère avec syndrome somatique, a été posé dans un rapport médical du 22 juin 2015. Au titre de comorbidités, ont été retenus une fibromyalgie, une hypothyroïdie substituée, une carence en vitamine D, substituée, ainsi que des éléments de trouble de stress post-traumatique.

Par réponse du 10 septembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, en faisant valoir que le syndrome somatoforme prévalant depuis 1998 au moins ne répondait pas aux critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître un caractère invalidant. L'OAI a également relevé que l'assurée n'avait pas atteint l'âge de 55 ans en 2012 et ne bénéficiait pas d'une rente depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen, si bien que celle-ci n'échappait pas au réexamen de sa rente en vertu des dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012.

Par réplique du 5 novembre 2015, la recourante a fait valoir que les différents maux dont elle était affectée la rendaient incapable de travailler, de sorte que le maintien d'une rente entière s'imposait. Elle a en particulier produit des certificats médicaux du Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestant d'incapacités de travail entre le 26 août et le 30 octobre 2015. Ce médecin a notamment mentionné que la patiente présentait de façon chronique les symptômes suivants : asthénie importante invalidante, troubles somatoformes algiques invalidants, insomnie majeure, angoisse de fond, crises d'anxiété aiguës et attaques de panique avec repli sur soi, phobie de sortir, désarroi majeur, sentiments d'injustice, de dévalorisation et de tristesse. Il retenait en définitive comme diagnostics, avec une incidence sur la capacité de travail, des phobies de sortir aiguës répétées, une réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée, un état de stress post-traumatique ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Par duplique du 26 novembre 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions, tout en précisant que les incapacités de travail attestées par le Dr P._____ concernaient une période postérieure à la prise d'effet de la décision contestée.

Par arrêt du 11 avril 2016 (AI 17/15 - 87/2016), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) a admis le recours et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle

décision. Elle a en effet estimé que les éléments au dossier ne suffisaient pas à statuer en pleine connaissance de cause sur le droit de l'assurée en lien avec la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral applicable en matière de troubles somatoformes douloureux. Elle a par conséquent jugé qu'un complément d'expertise auprès du Centre d'expertise Z. _____ était nécessaire, en mentionnant que les experts étaient invités à préciser s'ils maintenaient ou modifiaient leur appréciation de la capacité résiduelle de travail de la recourante, compte tenu de la nouvelle grille d'analyse posée par le Tribunal fédéral. Les experts devaient également se prononcer sur l'éventuelle évolution de cette capacité de travail depuis leur dernière évaluation, intervenue en septembre 2013.

Par communication du 27 mai 2016, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'une expertise médicale pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) allait être mise en œuvre auprès du Centre d'expertise Z. _____ afin de clarifier son droit aux prestations, conformément à l'arrêt rendu le 11 avril 2016 par la CASSO.

Par décision du 8 juin 2016 confirmant un projet de décision du 29 avril 2016, l'OAI a cessé le versement de la rente entière au 31 mai 2016, dès lors que les mesures de nouvelle réadaptation avaient été interrompues le 6 avril 2016.

L'assurée a effectué un second séjour à la Clinique L. _____ du 6 au 23 juin 2016 dans le but notamment de recevoir un soutien psychologique. Le rapport établi à l'issue de son séjour retenait, comme diagnostic principal, un trouble dépressif récurrent, épisode alors sévère sans symptôme psychotique et, comme comorbidités actives, une légère athérosclérose avec des plaques ostiales sur la coronaire D et le tronc commun, une tachycardie supraventriculaire paroxystique sur probable rentrée nodale, une fibromyalgie, une hypothyroïdie substituée ainsi que des lombalgies chroniques non déficitaires.

L'OAI ayant rejeté la demande, déposée par l'assurée, de récusation des experts proposés par décision incidente du 21 juillet 2016, le complément d'expertise a été confié au Centre d'expertise Z. _____,

en particulier à la Dresse B._____, spécialiste en rhumatologie, au Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'au Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale. Ces médecins ont rendu leur rapport le 13 décembre 2016 dont on extrait ce qui suit :

« Situation actuelle et conclusions

Sur le plan de la médecine interne, la crise de tachyarythmie, constatée en janvier 2016 à l'hôpital de [...], a cédé spontanément et le bilan cardiologique complet pratiqué par la suite (coronarographie en avril 2016) n'a révélé aucune anomalie cardiaque. Les douleurs de l'hémicorps gauche, dont Madame K._____ continue à se plaindre, n'ont donc pas de relation avec son cœur.

Par ailleurs, les autres affections constatées en 2013 persistent, mais n'ont aucune influence sur la capacité de travail.

Sur le plan rhumatologique, Madame K._____ présente un syndrome douloureux chronique, inchangé depuis des années, hormis des douleurs décrites comme plus importantes, actuellement surtout de l'hémicorps gauche depuis l'épisode de troubles du rythme de janvier 2016. Tous les points de fibromyalgies sont positifs. Le reste de l'examen clinique est dans les limites de la norme. Les examens complémentaires effectués cette année sont normaux (IRM cervicale, Rx cervicale et de l'épaule gauche).

Sur le plan thérapeutique, un rendez-vous à la consultation de la douleur des Hôpitaux F._____ [Hôpitaux F._____] est prévu prochainement.

En l'absence de comorbidités psychiatriques et d'éléments objectifs en relation avec les douleurs, sa capacité de travail est complète dans toute activité. Comme mentionné dans l'expertise de 2014, on peut tout au plus en raison des rachialgies, de l'âge et de la longue période d'inactivité suggérer quelques limitations, à savoir une activité plutôt légère, assise, sans port de charges lourdes de manière répétée, avec possibilité de changer fréquemment de position.

Au vu de l'anamnèse, plus le temps avance, moins les ressources de l'expertisée sont grandes au vu de la durée de l'arrêt de travail et de la non-évaluation de la situation.

Sur le plan psychique, Madame K._____ se plaint d'une symptomatologie dépressive et anxieuse fluctuante, en partie liée au syndrome douloureux et en partie aux autres problèmes (situation financière depuis la suppression de la rente, situation dans son pays d'origine, préoccupations au sujet de sa fille aînée).

Humeur dépressive fluctuante, plus forte dès l'après-midi, d'intensité entre 6 et 10/10, tristesse, pleurs ; n'a envie de rien, mais se force à sortir pour se distraire, sa libido est absente depuis une vingtaine d'années ; elle a peu d'appétit et a perdu 3 kg en quelques mois ; met deux heures à s'endormir et se réveille jusqu'à

4 fois par nuit à cause des douleurs ; elle ressent une forte fatigue en permanence ; elle a des difficultés à se concentrer et oublie facilement ; son estime et sa confiance se sont écroulées depuis qu'elle ne travaille plus, elle pense qu'elle ne sert à rien.

Au printemps 2016, durant deux à trois mois, elle avait des crises d'angoisses fortes, une fois par jour, pendant quelques minutes, souvent l'après-midi. Elle avait peur de mourir et se sentait épuisée. Cela arrivait lorsqu'elle sortait ou bien lorsqu'elle conduisait. Elle est inquiète face à l'avenir de ses enfants. Elle se décrit comme une femme qui a toujours été inquiète vis-à-vis de son entourage.

Aucun trait de personnalité pathologique n'est relevé tant dans son histoire personnelle qu'à l'examen psychiatrique.

La description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes. Elle est partie un mois en septembre 2016, en [...], visiter ses sœurs. Elle fait seule les courses, le ménage et les tâches administratives. Elle effectue ces tâches à son rythme, en se ménageant des pauses après une vingtaine de minutes. Elle peut conduire jusqu'à une heure au maximum. Elle lit un peu la Bible, fréquente un lieu de culte une heure deux fois par semaine. Elle se promène, se rend à ses rendez-vous médicaux, regarde une heure la télévision le soir. Elle communique via internet chaque soir durant 45 minutes, avec des compatriotes qui fréquentent la même église qu'elle. A de rares contacts téléphoniques avec ses sœurs et fréquente plus régulièrement d'autres fidèles de l'église.

L'examen psychiatrique montre une femme plaintive, légèrement déprimée (tristesse, sentiment d'inutilité) et inquiète pour l'avenir. Le contenu de la pensée est fixé sur son syndrome douloureux chronique, sur sa fatigue et sur son passé douloureux, qu'elle n'a pas encore digéré. Il n'est constaté aucun ralentissement psychomoteur ni aucun signe patent de troubles cognitifs, à part une datation des événements anciens imprécise.

En conclusion, nous retenons le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant depuis 1998. En effet, l'expert rhumatologue retient le diagnostic de fibromyalgie, et chez cette assurée il existe des conflits émotionnels et des problèmes psychosociaux suffisamment importants. Le syndrome douloureux assure à cette expertisée une *aide et une sollicitude accrue*, notamment de la part de professionnels de la santé.

D'après la grille d'examen en cas de troubles somatoformes découlant de l'arrêt du Tribunal Fédéral du 3 juin 2015, nous retiendrons qu'il n'existe pas de troubles psychiques, nous estimons que la symptomatologie dépressive chronique et proportionnelle à l'intensité des douleurs rentre dans le cadre du syndrome douloureux chronique. L'anxiété que l'expertisée décrit ne nous paraît pas être excessive et semble pertinente par rapport à sa situation de vie (la guerre que subissent (sic) la famille de ses sœurs en [...], les difficultés de sa fille aînée, son avenir financier). Le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé lors de ses hospitalisations à la Clinique L. _____ ne nous paraît pas justifié, il a été posé pas (sic) des non-spécialistes. D'ailleurs son psychiatre traitant a évoqué un diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Nous ne retenons pas ce

dernier diagnostic, car l'expertisée ne se plaint plus de crises d'angoisses depuis quelques mois et nous estimons que la symptomatologie dépressive rentre dans le cadre du syndrome douloureux comme nous l'avons déjà évoqué ci-dessus.

L'expertisée a quelques ressources personnelles, elle a pu s'intégrer en Suisse, apprendre le français, qu'elle parle parfaitement bien, se marier, puis quitter une relation nocive, puis élever ses enfants et faire face aux difficultés qu'ont rencontrées son fils et sa fille aînés. Elle a un bon contact relationnel. Elle peut compter sur le soutien de son entourage social, notamment issu de l'église qu'elle fréquente. Par contre, elle paraît fixée sur son rôle de malade.

Des mesures de réadaptation sont exigibles du point de vue psychiatrique, mais cela a déjà été proposé et a échoué. Concernant la cohérence, la description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes, elle est suivie régulièrement par son psychiatre traitant. Par contre aucun traitement psychotrope régulier n'est prescrit, hormis du Tranxilium en réserve que l'expertisée ne prend que 3 fois par semaine (elle dit avoir mal toléré les antidépresseurs qui lui ont été prescrits dans le passé (sic) et subir les effets sédatifs du Tranxilium). Elle a bien collaboré avec les experts.

La prise en charge psychiatrique intégrée nous paraît adéquate.

Nous ne constatons pas de limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique et estimons que sa capacité de travail peut être considérée comme complète dans toutes activités, sans diminution de rendement. »

Dans un avis médical du 17 janvier 2017, la Dresse C. _____, médecin au sein du SMR a estimé que l'expertise pluridisciplinaire était complète, détaillée, convaincante et respectaient les critères permettant de lui conférer pleine valeur probante, si bien qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Elle a précisé ce qui suit :

« Les experts, dans leur complément du 13.12.2016, ont mis en évidence une situation identique à cela (sic) de 2014 pour ce qui concerne les douleurs (diffuses constantes, prédominant la nuit, associées à des troubles du sommeil et à une importante fatigue, ne répondant pas aux différents traitements, page 22). Les examens para cliniques de 2016 sont normaux et ne montrent pas de lésion objective.

Même au plan psychiatrique la situation n'a pas changée (sic) (page 23). L'examen psychiatrique a montré une femme plaintive, légèrement déprimée, inquiète pour l'avenir, fixée sur le syndrome douloureux chronique et sur sa fatigue (page 24). La description des activités quotidiennes (sic) a été considérée congruente aux plaintes. D'autres facteurs de stress ont (sic) apparus, notamment la situation financière précaire depuis la suppression de la rente en janvier 2015, la situation de sa fille aînée (page 23).

Néanmoins les experts ne retiennent pas l'existence de troubles psychiques, la symptomatologie dépressive étant chronique et proportionnelle à l'intensité des douleurs et rentrant dans le cadre du syndrome douloureux chronique (page 24).
Les ressources personnelles ont été mises en évidence. (page 25).

A la fin de l'analyse de tous les nouveaux indicateurs standards de la jurisprudence en vigueur depuis l'arrêt du TF du 3 juin 2015 dans le cadre des atteintes de nature psychosomatique (page 24 et 25), les experts retiennent des *rachialgies chroniques* ayant une répercussion sur la CT [capacité de travail], un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) existant depuis 1998, des céphalées communes depuis l'adolescence, une hypothyroïdie substituée depuis 2010, des crises de tachyarythmie paroxystique depuis 2010 et gastrite chronique sous traitement sans effet sur la CT.
Ils confirment tout en (sic) plus les limitations fonctionnelles au plan somatique : il est indiqué une activité plutôt légère, assise, sans port de charges lourdes de manière répétée avec possibilité de changer fréquemment de position.
Par conséquent les experts confirment les conclusions de la précédente expertise pluridisciplinaire de janvier 2014 et concluent à une CT entière dans toute activité dans le respect des limitations mentionnées. »

Par projet de décision du 26 juillet 2017 annulant et remplaçant la décision du 5 janvier 2015, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il comptait mettre fin à la rente qu'elle percevait avec effet au 31 mai 2016, au motif qu'à la suite de l'instruction médicale complémentaire mise en œuvre sous forme de complément d'expertise du Centre d'expertise Z._____, la capacité de travail de l'assurée était toujours estimée à 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues (activité plutôt légère, assise, sans port de charges lourdes de manière répétée avec possibilité de changer fréquemment de position).

Par courrier du 15 septembre 2017, la recourante, par l'intermédiaire de son conseil, a fait valoir que l'expertise en question ne répondait pas à la mission telle que définie par la CASSO. Elle relevait en particulier que la CASSO mentionnait des céphalées, des troubles du sommeil, des attaques de panique, ainsi que l'aggravation des douleurs et leur résistance à tous traitements et que les experts ne s'étaient pas déterminés sur ces points, comme requis. Elle estimait également que l'expertise devait être réalisée par des médecins autres que ceux qui avaient effectué la précédente expertise et mentionnait une série de questions auxquelles les experts devaient répondre.

Par décision du 20 novembre 2017, l'OAI a supprimé la rente de l'assurée, pour le même motif qu'évoqué dans le projet de décision du 26 juillet 2017. Dans un courrier explicatif daté du même jour, joint à la décision, l'OAI faisait remarquer que les juges n'avaient pas expressément nommé les experts, ni soulevé de grief d'aucune sorte à l'encontre des médecins désignés. Il relevait que le fait que les mêmes médecins se fussent prononcés lors du complément d'expertise n'entachait aucunement la valeur probante de cette dernière ; qu'au contraire, ces médecins étaient plus à même de se prononcer de manière précise sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée. L'Office relevait en outre qu'il ressortait des conclusions du complément d'expertise que la situation était identique à celle existant en 2014 en ce qui concernait les douleurs (diffuses, constantes, prédominantes la nuit, associées à des troubles du sommeil et à une importante fatigue ne répondant pas eux différents traitements) et que les examens paracliniques étaient en outre normaux et ne montraient pas de lésion objective. L'intimé estimait que les conclusions du rapport d'expertise du 13 décembre 2016 étaient claires, dûment motivées et ne souffraient d'aucune contradictions, si bien qu'elles remplissaient les critères jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante. Il relevait encore que l'assurée disposait de ressources personnelles, qu'elle ne présentait pas de repli social, qu'elle était certes régulièrement suivie par son médecin traitant mais qu'aucun traitement psychotrope régulier n'était prescrit, ce qui tendait à démontrer que le trouble somatoforme douloureux diagnostiqué chez l'assurée ne constituait pas une atteinte invalidante au sens de l'Al. L'intimé précisait enfin que la rente devait être supprimée avec effet au 1^{er} mars 2015 (et non au 31 mai 2016 comme indiqué dans le projet de décision).

B. Par acte du 8 janvier 2018, l'assurée, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la CASSO, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité en fonction d'un degré d'invalidité de 100%. Elle a également requis qu'une nouvelle expertise confiée à d'autres médecins soit ordonnée ainsi que l'audition du Dr

P._____ et a repris en substance les arguments invoqués dans son courrier du 15 septembre 2017, tout en précisant que la révision de son cas du seul fait d'une modification législative qui ne permettait plus de considérer la fibromyalgie comme une atteinte prise en charge par l'Al heurtait profondément le sentiment de justice. A cet égard, la recourante a mentionné que l'OAI se prévalait d'une faute de frappe pour empêcher l'application de la disposition transitoire selon laquelle les bénéficiaires de rente depuis 15 ans au moins au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen selon les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012, échappaient à ce réexamen. Conjointement à son recours, l'assurée a déposé une demande d'assistance judiciaire.

Par décision du 30 janvier 2018, la juge instructrice a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 8 janvier 2018, sous forme d'exonération des avances et des frais judiciaires et d'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Emmanuel Rossel, la recourante étant exonérée de toute franchise mensuelle.

Par réponse du 1^{er} mars 2018, l'intimée a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision du 20 novembre 2017, en se référant aux explications données dans le courrier explicatif qui accompagnait cette décision.

Par réplique du 11 juin 2018, la recourante a souligné la nécessité d'une nouvelle expertise pour les motifs déjà évoqués dans ses écritures précédentes et a proposé de désigner le Centre hospitalier N._____ (Centre hospitalier N._____) comme expert, à charge pour lui de désigner le médecin compétent. Elle a également réitéré sa réquisition d'audition du Dr P._____.

L'intimé a dupliqué le 25 juin 2018.

C. Par avis du 21 février 2019, la juge instructrice a informé les parties de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire

comportant les volets rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne.

Le mandat d'expertise a été confié le 10 avril 2019 à l'Unité I._____ (Unité I._____) de la Policlinique R._____ (Policlinique R._____) à [...], plus particulièrement aux Drs H._____, spécialiste en médecine interne, W._____, spécialiste en rhumatologie, et X._____, spécialiste en psychiatrie, qui ont examiné la recourante les 24 septembre, 9 octobre, respectivement 15 octobre 2019.

Faisant part de ses conclusions dans un rapport du 10 octobre 2019, l'expert rhumatologue a retenu le diagnostic de syndrome polyalgique idiopathique diffus de type fibromyalgie en précisant ce qui suit :

« L'examen clinique est pauvre, et ne fait pas état, hormis des douleurs, survenant avec un faible degré de stimulus ou force de palpation, sans déformation articulaire, ni limitation anatomique structurelle articulaire.

[...]

Les limitations fonctionnelles rapportées par l'expertisée contrastent avec l'absence de raideur importante et d'amyotrophie.

Je ne puis expliquer sur le plan somatique le contraste entre les plaintes douloureuses majeures et l'examen clinique relativement pauvre hormis les multiples douleurs.

Ceci ne met cependant pas en doute l'authenticité des plaintes. »

Sous la rubrique « évaluation médicale et médico-assurancielle », l'expert a indiqué que du point de vue rhumatologique strict, on ne pouvait que constater qu'il n'y avait pas de maladie ostéo-articulaire type auto-immune, inflammatoire, infectieuse objectivable depuis le début de la symptomatologie douloureuse.

Pour ce qui est de la capacité de travail, l'expert s'est exprimé en ces termes :

« a) Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici

D'un point de vue rhumatologique strict, je ne puis justifier une incapacité de travail de longue durée dans l'activité de

caissière ou technicienne de surface ni autre activité professionnelle.

D'un point de vue médico-théorique, il est plus ou moins admis de manière consensuelle que les activités physiquement lourdes avec mouvements répétitifs, exposition au froid, au bruit, avec stress de rendement, sont plutôt contre-indiquées chez des personnes se plaignant de douleurs chroniques généralisées. En tenant compte de la symptomatologie douloureuse chronique, on peut admettre une baisse de rendement de 20% pour toutes activités professionnelles.

b) Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

Dans une activité physiquement légère, non soumise à un stress de rendement, dans un environnement professionnel « bienveillant », et après une période de réentraînement au travail considérant la longue période d'incapacité de travail, la capacité de travail médico-théorique est de 100%, avec baisse de rendement de 20%. »

Dans un rapport du 18 octobre 2019, l'expert psychiatre a, quant à lui, exposé ce qui suit :

« A. Appréciations médicales

[...]

5. Appréciation diagnostic (sic)

[...]

Au terme de mon expertise, je confirme le syndrome douloureux somatoforme persistant, déjà posé à plusieurs [reprises] dans le dossier et les expertises précédentes. On se trouve face à une expertisée qui affiche comme plainte principale, voire essentielle, des douleurs intenses, persistantes, générant un sentiment de détresse. Ces douleurs ne sont pas entièrement expliquées par un processus somatique et sont liées à des conflits émotionnels et psychosociaux (événement de traumatisme de guerre dans son pays, vécu de maltraitance conjugale, difficultés avec ses enfants).

L'argumentation au sujet de ce diagnostic rejoint celle réalisée dans les expertises précédentes.

[...]

6. Cohérence

[...]

Le tableau clinique actuel est cohérent au sujet du syndrome douloureux somatoforme persistant, en raison des traumatismes

existentiels vécus par l'expertisée, qui sont la plupart du temps rencontrés dans le cadre de cette pathologie. Le fonctionnement social, en partie préservé, semble limité à sa communauté religieuse et à la garde de ses petits-enfants, ce qui n'exclut pas le diagnostic retenu.

[...]

Ce qui est connu de l'évolution des syndromes douloureux somatoformes se retrouve dans la situation de l'expertisée.

[...]

On peut pondérer certaines plaintes de l'expertisée, qui se dit totalement incapable de travailler, alors qu'elle déclare dans le même temps s'occuper de ses petits-enfants (bien qu'elle précise qu'elle aurait souvent demandé l'aide d'une tierce personne pour le faire). L'expertisée exerce encore quelques activités avec l'aide de sa communauté religieuse. On doit également tenir compte d'une attitude démonstrative relevée lors de la dernière tentative de réinsertion professionnelle en 2015 avec une assurée qui se trouvait déjà à cette époque dans des démarches de recours contre la décision de l'AI. Ce facteur est susceptible d'abaisser la motivation de l'expertisée à exploiter ses ressources résiduelles.

[...]

A la lecture du dossier, on peut constater que l'expertisée a suivi différentes prises en charge, mais comme bien souvent dans le cadre des syndromes douloureux somatoformes persistants, un échec thérapeutique est constaté, que ce soit sur la plan psychothérapeutique ou médicamenteux. Ces sujets sont habituellement ambivalents par rapport aux soins et peu aidés par l'approche purement psychothérapeutique ou psychiatrique. Il ne s'agit pas d'un manque conscient de motivation vis-à-vis du traitement.

7. Personnalité

[...]

Globalement, l'expertisée dispose d'un niveau intellectuel satisfaisant. Elle est apte à apprécier sagement la réalité. Son intentionnalité est par contre moyennement abaissée par la fatigue et les symptômes algiques. Les capacités de gestion émotionnelle sont abaissées par le syndrome algique qui rend l'expertisée hypersensible (d'autant plus que des conflits émotionnels sont sous-jacents). On n'observe par contre pas de trouble du contrôle des impulsions. Dans ce sens, les fonctions complexes du Moi peuvent être considérées comme étant modérément abaissées et modérément efficaces.

[...]

L'entretien psychiatrique met en évidence une assurée collaborante, certes un peu plaintive et démonstrative au sujet de ses douleurs en fin d'entretien, ce qui est compatible avec le diagnostic de syndrome

douloureux somatoforme persistant et ne constitue pas un indice d'une exagération consciente. Il n'y a dans le même sens aucun indice de simulation.

8. Ressources

[...]

Sur le plan psychique et mental, l'équilibre entre les limitations fonctionnelles et les ressources peut être évalué de la façon suivante en suivant le canevas du mini-CIF APP [instrument d'évaluation des aptitudes psychiques] :

L'expertisée manifeste des troubles du sommeil, sur la base d'un syndrome algique chronique. Si elle reste en mesure de comprendre des règles et des routines imposées, une irrégularité et une lenteur pathologique sont à prévoir, une baisse moyenne de cette aptitude est à retenir.

En ce qui concerne la capacité de planification et de structuration des tâches, on doit tenir compte de la fatigabilité et de certains troubles cognitifs constatés au status (notamment diminution des aptitudes en calcul alors qu'auparavant l'expertisée n'aurait rencontré aucune difficulté dans cette tâche cognitive). Les troubles de la concentration diminuent moyennement la capacité de planification et de structuration des tâches (par exemple dans une activité de caissière), alors que dans une activité de nettoyage, ces troubles seraient moins handicapants).

La flexibilité et les capacités d'adaptation sont moyennement abaissées. Avec les années, l'expertisée s'est enfermée dans sa symptomatologie algique, qui signe l'échec d'élaboration des conflits psychiques. Dans le même sens, on peut relever le peu d'efficacité des prises en charges psychothérapeutiques et médicamenteuses dispensées jusqu'à ce jour. On doit tenir compte du vécu traumatique de l'expertisée, que ce soit dans son pays ou dans le cadre de sa relation de couple, qui a amenuisé ses capacités adaptatives. Cette capacité est moyennement à sévèrement abaissée.

L'expertisée dispose d'un faible bagage professionnel, elle ne peut s'appuyer sur des compétences spécifiques. Elle est cependant parvenue à s'acquitter de tâches simples, sans indice pour une diminution du potentiel intellectuel.

La capacité de prendre des décisions et d'émettre un jugement se heurte à la fatigabilité, qui découle des troubles du sommeil et des symptômes algiques. Dans une activité simple, l'expertisée dispose encore d'une capacité d'organisation, comme elle le démontre dans la prise en charge de deux enfants en bas âge, qui nécessite un bon degré d'organisation psychique. Seule une baisse légère peut être retenue dans cet item.

L'endurance est moyennement affaiblie par la fatigabilité et les troubles du sommeil qui découlent du syndrome algique.

Les capacités d'affirmation sont encore présentes : l'expertisée ne mentionne pas d'idée marquée de dévalorisation ou de culpabilité.

Le sens du contact envers des tiers n'est pas gravement perturbé : l'expertisée est une femme qui reste ouverte et agréable, capable d'interagir de façon différenciée avec des tiers, bien qu'elle mentionne des fluctuations dans son niveau d'investissement de la réalité sociale et amicale. Dans les postes de travail occupés dans notre pays, l'expertisée est toujours parvenue à établir des relations équilibrées, sans conflictualité ou bizarrerie du comportement.

Les capacités à évoluer au sein d'un groupe sont encore présentes. L'expertisée est apte à discerner les règles explicites et implicites d'un groupe et de s'y adapter, comme elle le démontre dans le cadre de sa communauté religieuse.

Les relations avec les proches sont plutôt apaisées, notamment en ce qui concerne les soucis traversés par ses enfants. L'expertisée est en outre valorisée par son rôle de grand-mère.

Les activités spontanées sont encore présentes mais limitées, car cantonnées à sa communauté religieuse et aux activités partagées en famille.

L'hygiène et les soins corporels ne sont pas abaissés.

Les capacités de déplacement doivent prendre en compte les douleurs chroniques.

Au final, cette investigation met en évidence un équilibre entre les limitations fonctionnelles et les ressources résiduelles. Cette analyse servira de base à l'établissement de la capacité de travail médico-théorique.

Sur le plan social, comme relevé plus haut, l'expertisée parvient encore à s'intégrer dans des activités associatives et groupales, même si elles paraissent assez limitées, cantonnées à sa communauté religieuse. Il s'agit toutefois d'un soutien à prendre en compte, comme une ressource.

[...]

B. Appréciation du point de vue de la médecine des assurances

[...]

3. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici

[...]

En tenant compte de l'affection psychique, de son enkystement avec les années, de l'équilibre relatif entre les ressources résiduelles et les limitations fonctionnelles, et de certains facteurs de pondération extra-médicaux (notamment assurée qui n'a probablement pas mobilisé toute son énergie pour les mesures de réinsertion en fonction de son conflit assécurologique), on peut dégager une capacité de travail partielle dans toute activité simple et cadrée.

[...]

Dans ce sens, une capacité de travail résiduelle de 50%, intégrant la baisse de rendement peut être retenue sur le plan psychiatrique.

[...]

Oui, l'activité exercée jusqu'ici est encore exigible à raison de 50%, qui tient compte de la baisse de rendement.

[...]

La grille d'évaluation actuelle des indicateurs de gravité n'est pas superposable à l'analyse réalisée lors de l'expertise Centre d'expertise Z. _____ du 13.12.2016. On retrouve des éléments assez succincts dans cette expertise en page 24 et 25, sans prise en considération des limitations fonctionnelles et des ressources selon un canevas structuré tel le mini-CIF APP. Il est par conséquent difficile de suivre les conclusions de cette expertise et il est probable qu'une incapacité de travail de 20% soit présente de façon continue depuis la 1^{ère} expertise psychiatrique réalisée par le Dr Q. _____. Par contre, depuis la 1^{ère} expertise réalisée au Centre d'expertise Z. _____, une analyse structurée des limitations fonctionnelles et des ressources, en tenant compte de facteurs motivationnels ne permettant pas à l'expertis[é]e d'exploiter pleinement ses ressources, on peut s'écarter dans une certaine mesure de l'incapacité de travail totale retenue par le Dr Q. _____, au profit d'une incapacité de travail partielle de 50%, qui intègre la baisse de rendement.

[...]

4. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?

[...]

Sur le plan psychique, tout poste simple, ne sollicitant pas les aptitudes intellectuelles doit être privilégié, en raison des limitations fonctionnelles qui sont décrites plus haut selon l'analyse du mini-CIF APP.

[...]

De façon globale, on peut retenir une capacité de travail de 50%, qui intègre la baisse de rendement. Cette estimation est à considérer depuis la 1^{ère} expertise réalisée au Centre d'expertise Z. _____. »

Les constatations des experts ont été reprises et synthétisées dans un rapport d'expertise consensuelle du 3 décembre 2019, dont on extrait ce qui suit :

« 5. Appréciation diagnostique

[...]

- Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4
- Rares épisodes de tachycardie supraventriculaire paroxystique I47.1
- Hypothyroïdie substituée E03
- Status après cure de canal carpien droit en 2002

[...]

Madame K._____ présente depuis l'âge de 30 ans une symptomatologie douloureuse ayant débuté à l'épaule droite et ayant fait par la suite tâche d'huile, pour s'étendre actuellement tant à l'hémicorps supérieur droit que gauche, pour laquelle une étiologie ostéo-articulaire inflammatoire ou dégénérative significative n'a pas été mise en évidence, qui permette d'expliquer l'intensité des douleurs, devenues résistantes à tous les traitements entrepris, d'évolution négative au cours du temps. C'est une fibromyalgie qui a été retenue dès 1998 environ, avec description de diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant dans l'expertise psychiatrique de 2002. Nous n'avons pas d'élément clinique, tant à l'anamnèse qu'à l'examen physique, ou encore aux examens de laboratoire ou radiologiques (IRM cervicale entre autres en 2016 ne montrant pas de lésion ostéo-articulaire spécifique), pour retenir un diagnostic d'affection auto-immune rhumatologique, inflammatoire, infectieuse et ceci depuis le début de la symptomatologie douloureuse.

Depuis 2015 environ, Madame K._____ ressent une symptomatologie sous la forme de brûlure allant de la tête aux pieds, généralisée, qui à notre avis dépasse largement ce que l'on pourrait attendre dans un contexte de neuropathie des petites fibres. Les symptômes de brûlure correspondent au territoire des douleurs musculaires décrites, ne correspondent pas à une atteinte périphérique telle qu'on le verrait dans les polyneuropathies. Il n'y a pas d'ataxie, pas de disparition des réflexes ostéo-tendineux. La symptomatologie fait partie du trouble douloureux généralisé.

Concernant les paresthésies dans les mains, il n'est pas exclu qu'il y ait une composante de tunnel carpien, mais avec des symptômes qui dépassent certainement ce diagnostic étant donné qu'il y a eu une opération du tunnel carpien en 2002 à la main droite et que cela n'a que très peu amélioré les paresthésies déjà présentes.

Ainsi, nous considérons que l'ensemble de la symptomatologie douloureuse décrite reste compatible avec le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, tel que déjà posé à plusieurs reprises dans le dossier et les expertises précédentes.

[...]

La fatigue, les céphalées de type tensionnel, les crampes abdominales font partie intégrante du trouble somatoforme douloureux persistant.

L'hypothyroïdie est anamnestiquement bien contrôlée sous traitement substitutif d'Euthyrox.

En ce qui concerne les épisodes de tachycardie paroxystiques, ceux-ci sont devenus très rares, ne sont pas secondaires à une coronaropathie, tel que démontré par une coronarographie en 2016, qui ne décrivait pas de sténose significative ni de dysfonction cardiaque. Il s'agit selon le cardiologue, d'une tachycardie supra-ventriculaire paroxystique sur probable réentrée nodale avec un épisode mise en évidence le 08.01.2016. Etant donné la rareté des épisodes, un traitement de fond n'était pas justifié. Des examens biologiques effectués au printemps 2019 n'ont pas orienté vers un syndrome inflammatoire.

[...]

8. Ressources

[...]

Bien que Madame K. _____ décrive des plaintes douloureuses majeures, l'examen clinique est relativement pauvre au niveau ostéo-articulaire, sans limitation fonctionnelle significative, tel que retrouvé aux status effectués par l'interniste et le rhumatologue. Nous avons trouvé une expertisée se déplaçant avec aisance, pouvant rester assise durant plus d'une heure sans manifester de douleurs particulières, ne montrant pas de mouvement d'épargne lorsqu'elle s'est déshabillée ou couchée sur le lit d'examen. Elle n'était pas ralentie au plan moteur, le status ostéo-articulaire n'a pas montré de raideur importante ou d'amyotrophie. On retient que tous les points de fibromyalgie sont positifs, mais Madame K. _____ ne s'est pas montrée plaintive, figée dans la douleur, ce qui est compatible avec le descriptif de sa vie quotidienne qui lui permet de se mobiliser, de ne pas rester confinée chez elle, d'être autonome tel que décrit aux divers examinateurs pour la présente expertise. Il s'agit globalement d'une ressource, en l'absence de pathologie somatique autre que le trouble somatoforme douloureux persistant. »

Par déterminations du 18 février 2020, l'intimé, en s'appuyant sur un avis médical de la Dre C. _____ du SMR du 31 janvier 2020, a estimé qu'il convenait de s'écarter de la capacité de travail de 50% retenue par les experts, aux motifs qu'aucune atteinte à la santé durablement incapacitante n'avait été retenue sur le plan somatique, que l'assurée disposait de ressources, au plan psychiatrique, qu'elle pouvait mettre en valeur à un taux plus élevé que 50% dans une activité adaptée et qu'il avait été tenu compte de facteurs extra-médicaux et sociaux pour conclure à une capacité de travail restreinte à 50%.

La recourante s'est déterminée le 16 mars 2020, en relevant que l'intérêt d'une expertise consistait précisément à avoir un avis aussi neutre que possible sur les aspects scientifiques, en l'occurrence

médicaux, et qu'il fallait donc s'en tenir au rapport d'expertise du 3 décembre 2019.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais fixés par la loi ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes, auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le maintien – contesté – de la suppression de la rente AI de la recourante, à la suite d'un complément d'expertise ordonné par arrêt de la CASSO du 11 avril 2016, dans le cadre d'une révision d'office de la rente fondée sur les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6^e révision) applicables au cas d'espèce (cf. CASSO AI 17/15 – 87/2016 du 11 avril 2016 consid. 3).

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

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

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction

complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées).

d) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

5. a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen 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).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose,

en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au

contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

6. a) En l'espèce, après avoir été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 1999 en raison d'un trouble douloureux somatoforme persistant et d'un trouble dépressif, la recourante s'est vu supprimer son droit à une telle rente par décision de l'intimé du 5 janvier 2015, dans le cadre d'une procédure de révision d'office. Cette décision a fait l'objet d'un recours qui a donné lieu à un arrêt de la CASSO du 11 avril 2016 (AI 17/15 - 87/2016). Face à la complexité du cas (diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, soit un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique) et aux multiples diagnostics associés (troubles du sommeil, céphalées, attaques de panique, séquelles douloureuses d'une cure du tunnel carpien droit, épitrochléite droite, troubles mnésiques, vertiges, problèmes de concentration, d'attention, d'organisation et de planification notamment), à l'aggravation des douleurs constatée et à leur résistance à tout traitement, la Cour précitée a estimé que les éléments au dossier ne suffisaient pas à statuer en pleine connaissance de cause et a renvoyé le dossier à l'office intimé pour qu'il mette en œuvre un complément d'expertise auprès du Centre d'expertise Z._____. A la suite de ce complément, l'intimé a rendu une nouvelle décision de suppression du droit à la rente de la recourante au 31 mai 2016, les experts du Centre d'expertise Z._____ ayant conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité.

Dans le cadre de la procédure de recours contre la décision précitée, la juge instructrice a estimé qu'une évaluation médicale complète de l'état de santé de la recourante s'imposait et a ainsi ordonné une expertise judiciaire qu'elle a confiée à la Policlinique R._____, estimant que les experts du Centre d'expertise Z._____ n'avaient pas répondu de manière satisfaisante aux différents points énoncés dans l'arrêt de la CASSO. Ainsi, si les experts ont mentionné la question de l'aggravation des douleurs, ainsi que la résistance à tout traitement, ils n'ont pas développé cet aspect plus avant. Il en va de même des diagnostics associés. Les experts de la Policlinique R._____ ont rendu leur rapport le 3 décembre 2019. Celui-ci est le résultat d'un consensus après que les experts ont examiné la recourante et effectué un examen clinique chacun au regard de sa spécialité. Compte tenu de l'affection psychique (qui intègre les douleurs), de son enkystement avec les années, de l'équilibre relatif entre les ressources résiduelles et les limitations fonctionnelles de la recourante et de certains facteurs de pondération non-médicaux (notamment une assurée qui n'a probablement pas mobilisé toute son énergie pour les mesures de réinsertion en fonction du conflit asséurologique), les experts ont conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, soit dans tout poste simple ne nécessitant pas les seules aptitudes intellectuelles, légère et cadrée. L'intimée considère qu'il y a lieu de s'écarter de la capacité de travail retenue par les experts de la Policlinique R._____, aux motifs qu'aucune atteinte à la santé durablement incapacitante n'a été retenue sur le plan somatique, que l'assurée dispose de ressources, au plan psychiatrique, qu'elle peut mettre en valeur à un taux plus élevé que 50% dans une activité adaptée et qu'il a été tenu compte de facteurs extra-médicaux et sociaux pour conclure à une capacité de travail restreinte à 50%.

b) Il convient ainsi d'examiner si les experts de la Policlinique R._____ ont dégagé une appréciation concluante de la capacité de travail de la recourante au regard des indicateurs déterminants.

aa) En premier lieu, on relèvera qu'il est constant que la recourante souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis à tout le moins 1998. Ce diagnostic a été retenu *lege artis* par les experts de la Policlinique R._____, à l'instar des expertises précédentes (cf. rapports du Centre d'expertise Z._____ des 10 janvier 2014 et 13 décembre 2016). L'expert psychiatre de la Policlinique R._____ explique en particulier pour quelles raisons il ne retient au final que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant à l'exclusion d'autres pathologies psychiatriques telles que phobie sociale, dépression, état de stress post-traumatique ou modification de la personnalité (cf. rapport consensuel du 3 décembre 2019, p. 16 et rapport du Dr X._____ du 18 octobre 2019, p. 7).

bb) Pour ce qui est du volet du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, les experts relèvent que malgré la description de douleurs, même à l'effleurement des régions paravertébrales diffuses de tout le rachis et malgré tous les points de fibromyalgie positifs, la mobilité globale de la recourante est bonne. Celle-ci peut rester assise sans manifester de douleur particulière durant plus d'une heure que dure l'entretien. Il n'y a pas de mouvement d'épargne lorsqu'elle se déshabille ou se couche sur le lit d'examen. Les experts décrivent une femme qui paraît triste au visage hypomimique, sans constater de ralentissement psychomoteur. Ils constatent qu'elle est bien orientée dans le temps et dans l'espace. L'expert rhumatologue explique qu'il ne peut justifier une incapacité de travail de longue durée dans l'activité de caissière ou technicienne de surface ni autre activité professionnelle en l'absence de maladie ostéo-articulaire, tout en précisant que les activités physiquement lourdes avec mouvements répétitifs, exposition au froid, au bruit, au stress de rendement sont plutôt contre-indiquées chez des personnes se plaignant de douleurs chroniques généralisées. L'expert rhumatologue conclut à une baisse de rendement de 20% pour toute activité professionnelle.

Les experts de la Policlinique R._____ mentionnent que la recourante a suivi différentes prises en charge mais comme bien souvent

dans le cadre des symptômes douloureux somatoformes persistants, un échec thérapeutique est constaté, que ce soit sur le plan psychothérapeutique ou médicamenteux.

Au niveau des comorbidités, les experts retiennent que la fatigue, les céphalées de type tensionnel ainsi que les crampes abdominales font partie intégrante du trouble somatoforme douloureux persistant. Ils précisent que l'hypothyroïdie est bien contrôlée sous traitement substitutif d'Euthyrox et que les épisodes de tachycardie paroxystique sont devenus très rares, si bien qu'un traitement de fond n'était pas justifié. Par ailleurs, aucun syndrome inflammatoire n'est à déplorer.

Les experts dressent également un tableau de la personnalité de la recourante et de ses ressources. Ils indiquent en particulier que la recourante ne souffre d'aucun trouble de cet ordre-là et, bien qu'elle ait vécu des traumatismes significatifs, elle a vécu son enfance, son adolescence et l'âge de jeune adulte sans déviation marquée des pensées, des sensations et des relations à autrui par rapport à un individu moyen d'une culture donnée. Il n'existe aucune impulsivité, intolérance à la hiérarchie ou conflits répétés sur le plan professionnel. L'expertisée s'est toujours montrée adaptée dans ses relations interpersonnelles et dispose d'un niveau intellectuel satisfaisant. Elle est en outre apte à apprécier sainement la réalité. Son intentionnalité est par contre moyennement abaissée par la fatigue et les symptômes algiques et les capacités de émotionnelle abaissées par le syndrome algique qui rend l'expertisée hypersensible. En revanche, aucun trouble du contrôle des impulsions n'est constaté. Ainsi, les fonctions complexes du Moi peuvent être considérées comme étant modérément abaissées et modérément efficaces. Les experts relèvent encore que l'entretien psychiatrique a mis en évidence une assurée collaborante, certes un peu plaintive et démonstrative au sujet de ses douleurs en fin d'entretien, ce qui est compatible avec le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et ne constitue pas un indice d'une exagération consciente. Il n'y a en outre aucun indice de simulation.

S'agissant des ressources personnelles, les experts constatent, sur le plan somatique, que la recourante ne s'est pas montrée figée dans la douleur, ce qui est compatible avec le descriptif de sa vie quotidienne qui lui permet de se mobiliser, de ne pas rester confinée chez elle et d'être autonome. L'expert psychiatre procède à une analyse détaillée des ressources de la recourante sur le plan psychique et mental, en suivant les rubriques du mini CIF-APP. Il conclut ainsi que l'investigation menée met en évidence un équilibre entre les limitations fonctionnelles et les ressources résiduelles. Sur le plan social, les experts relèvent que l'expertisée parvient encore à s'intégrer dans des activités associatives ou groupales, même si elles paraissent assez limitées, cantonnées à sa communauté religieuse. Il s'agit toutefois d'un soutien à prendre en compte comme une ressource.

cc) Concernant enfin le critère de la cohérence, les experts soulignent que l'absence de maladie rhumatologique susceptible d'expliquer de manière prépondérante les plaintes de l'expertisée ou d'une pathologie neurologique avec répercussion fonctionnelle ne met pas en doute l'authenticité des douleurs. Ils constatent que le tableau clinique actuel est cohérent au sujet du syndrome douloureux somatoforme persistant, en raison des traumatismes existentiels vécus par la recourante, qui sont la plupart du temps rencontrés dans cette pathologie. Le fonctionnement social, en partie préservé, mais limité à sa communauté religieuse et à la garde de ses petits-enfants, n'exclut pas le diagnostic retenu.

Les experts ajoutent que certaines plaintes de l'expertisée peuvent être pondérées, dans la mesure où elle se dit incapable de travailler, alors qu'elle déclare dans le même temps s'occuper de ses petits-enfants et qu'elle exerce encore quelques activités avec l'aide de sa communauté religieuse. Les experts mentionnent qu'il faut également tenir compte d'une attitude démonstrative relevée lors de la dernière tentative de réinsertion professionnelle en 2015, avec une assurée qui se trouvait déjà à cette époque dans des démarches de recours contre la

décision de l'office intimé et que ce facteur est susceptible d'abaisser la motivation de l'expertisée à exploiter ses ressources résiduelles. Enfin, s'agissant de l'échec des traitements aussi bien psychothérapeutiques que médicamenteux, les experts relèvent qu'il ne s'agit pas d'un manque conscient de motivation vis-à-vis du traitement.

c) Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'expertise réalisée par la Polyclinique R._____ tient compte des indicateurs pertinents posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux persistant. En outre, le rapport d'expertise y relatif répond aux réquisits de la jurisprudence pour se voir accorder une pleine valeur probante. Il contient en effet une étude circonstanciée du cas de la recourante, se fonde sur des examens complets et tient compte également des plaintes exprimées par celle-ci (cf. pp. 10-11 et 14). Par ailleurs, le rapport en question a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse, cf. pp. 9 à 13), contient une description du contexte médical (pp. 3 à 8) et une appréciation de la situation médicale claires (pp. 15 à 17) ainsi que des conclusions bien motivées (pp. 20 à 24).

L'avis (antérieur) des experts du Centre d'expertise Z._____ ne permet pas de remettre en cause les conclusions auxquelles sont parvenus les experts de la Polyclinique R._____. D'ailleurs, on constate que les experts du Centre d'expertise Z._____ ont examiné de manière très succincte les indicateurs posés par la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. pp. 24 et 25 du rapport d'expertise du 13 décembre 2016) et n'ont pas tenu compte des limitations fonctionnelles et des ressources selon un canevas structuré tel que le mini-CIF-APP. On comprend dès lors mal comment ils sont parvenus à la conclusion que la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En outre, ils ne sont pas entrés dans les détails s'agissant de l'aggravation des douleurs ainsi que de la résistance à tout traitement et n'ont fait qu'évoquer les céphalées, troubles du sommeil et autres symptômes associés sans les discuter plus avant.

En définitive, il y a lieu de se rallier aux conclusions des experts de la Polyclinique R. _____ et de retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail résiduelle de 50% depuis à tout le moins janvier 2014, date à laquelle une stabilité clinique a été constatée, dans toute activité simple, légère et cadrée ne sollicitant pas les seules aptitudes intellectuelles. Celle-ci ayant bénéficié d'un rente d'invalidité entière jusqu'au 31 mai 2016, compte tenu de mesures de réadaptation effectuées jusqu'au 6 avril 2016, il n'y a pas lieu de revenir sur le versement de la rente jusqu'à cette date.

7. Au vu du résultat de l'instruction sur le plan médical, il convient de renvoyer la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), pour ce qui est de la détermination du préjudice économique de la recourante.

8. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient de les arrêter à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Par ailleurs, assistée d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, 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.

La recourante ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, son conseil d'office a droit à une rémunération équitable (art. 122 CPC). Celui-ci a produit une liste d'opérations en date du 25 mai 2020 (annulant et remplaçant celle du 31 janvier 2019), faisant état de 11 heures de travail pour la période du 8 janvier 2018 au 25 mai 2020. Dès lors que le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 20 novembre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), 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 le montant de 2'500 fr. à K. _____ à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Emmanuel Rossel (pour K. _____),
 - 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 :