

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 539 vom 13. Juni 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__539

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 539 du 13 juin 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 539 del 13 giugno 2014

Regeste

RÉVISION{DÉCISION}, RÉVISION{LÉGISLATION}, RENTE D'INVALIDITÉ,
SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE | 4 LAI, 17 LPGA, 7 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 13.06.2014 Arrêt / 2014 / 539

RÉVISION{DÉCISION}, RÉVISION{LÉGISLATION}, RENTE D'INVALIDITÉ,
SUPPRESSION DE LA PRESTATION D'ASSURANCE | 4 LAI, 17 LPGA, 7 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 225/13 - 193/2014 ZD13.039112 COUR DES
ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 13 juin 2014 _____ Présidence de M. Merz Juges :

Mmes Röthenbacher et Berberat Greffier : Mme Parel ***** Cause pendante entre
: C. _____, à Lausanne, recourant, représenté par Me Jean-Marie Agier, avocat auprès
de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

_____ Art. let. a al. 1 er des dispositions finales de la modification LAI du 18
mars 2011; 17 LPGA E n f a i t : A. a C. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante),
née en 1959, de nationalité suisse, a déposé en septembre 1997 une demande de prestations
AI en indiquant comme atteinte à la santé une polyarthrite existant depuis 1995 et comme
médecins traitants les Drs B. _____, spécialiste en médecine générale, et F. _____,
spécialiste en médecine interne et en rhumatologie auprès du Centre hospitalier E. _____
(ci-après : le E. _____). A. b Par un courrier du 24 octobre 1997, le Dr B. _____ a
adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) divers
documents établis par plusieurs médecins entre 1993 et 1997. Il retenait les diagnostics
suivants : - Arthropathie inflammatoire d'allure rhumatoïde séronégative pour le facteur
rhumatoïde et HLA B27 absent - Syndrome fibromyalgique connu - Dorso-lombalgies
chroniques - Etat dépressif en traitement Parmi les documents transmis à l'OAI par le Dr
B. _____, figurait un courrier du 19 octobre 1993 des Drs M. _____ et G. _____
du Service de rhumatologie du E. _____, qui posaient comme diagnostics des
lombalgies chroniques, des fibromyalgies et une obésité modérée; était également joint un
rapport médical du 7 octobre 1993 des Drs Q. _____ et R. _____, médecin associé et
médecin assistant auprès de la Division autonome de médecine psychosociale du
E. _____, qui posaient le diagnostic de trouble somatoforme douloureux chez une
personnalité fragile dans le cadre d'une crise existentielle. Le Dr B. _____ a aussi
produit un courrier du 28 mai 1997 du Dr F. _____ dans lequel ce dernier évoquait les
mêmes diagnostics que ceux retenus par le Dr B. _____ et formulait son appréciation
comme suit : "Compte tenu de l'anamnèse, des constatations cliniques et d'une
hyperfixation à la scintigraphie osseuse du 10.03.1997 touchant le tarse, l'articulation

tarso-métatarsienne et dans une moindre mesure les carpes et les articulations carpo-métacarpiennes, une arthropathie inflammatoire est hautement probable, séronégative pour le facteur rhumatoïde et en l'absence de l'antigène HLA B27. Au plan biologique, la VS est de 11 mm la première heure. La protéine-C réactive est dans les limites de la norme. Une étiologie psoriasique est possible. Le changement par rapport à 1993 est indiscutable notamment au plan scintigraphique puisque le 08.10.93, cet examen réalisé au E. _____ était strictement normal, il n'y avait notamment pas d'atteinte périphérique ou axiale (rachis). Je relevais à ce moment-là des lombalgies chroniques ainsi que des fibromyalgies. Je propose d'instituer un traitement de fond, puisque les anti-inflammatoires non stéroïdiens seuls sont inefficaces, avec de la Salazopyrine jusqu'à 4 cp en 2 prises à 8 semaines et s'il y a un échec du traitement, d'envisager le Méthotrexate per os 7,5 mg/sem. avec les précautions habituelles au plan hématologique, rénal et hépatique." Dans un courrier du 3 octobre 1997 adressé au Dr B. _____, le Dr F. _____ relevait encore notamment ce qui suit : "[L'assurée] souffre d'arthralgies à caractère inflammatoire, touchant principalement les mains et les pieds, confirmée par une scintigraphie osseuse du 10.03.97 en l'absence du facteur rhumatoïde avec au plan biologique une élévation modérée de la VS à 11 mm la première heure. Il n'y a pas d'arguments pour une pathologie secondaire notamment un Lyme." A. c Le contrat de travail de l'assurée a été résilié par lettre de son employeur du 24 février 1998 avec effet au 31 mai 1998. Le motif indiqué était que son état de santé ne semblait pas lui permettre d'envisager une reprise du travail dans un proche avenir. Dans un document intitulé "bilan initial" du 3 mars 1998 faisant suite à un entretien du même jour, l'OAI a notamment noté les éléments suivants : " Limitations fonctionnelles Le 3 mars, l'assurée doit se faire opérer ambulatoirement à la permanence de [...] pour tenter de rétablir les flux nerveux au niveau des poignets, donc la sensibilité et diminuer les fourmillements. Le deuxième poignet sera opéré ultérieurement. Les limitations inhérentes à l'affection rhumatismale sont décrites comme stables, c'est-à-dire majeures, et sujettes à des fluctuations sensibles. L'assurée dit ne pouvoir écrire plus que quelques lignes, après quoi elle doit placer tant bien que mal le crayon entre majeur et l'annulaire, avant de devoir tout arrêter. Tenir un sac léger n'est pas possible au-delà de courtes périodes, en raison de l'intolérance à la position de main recroquevillée. Tenir une barre d'appui est tout aussi problématique. Il est évident que l'activité professionnelle antérieure n'est plus possible, alors que le ménage est assumé avec peine, par petites tranches, et avec une certaine aide. Situation professionnelle [...] poste d'opératrice de saisie [...] Conclusion Les plaintes émises par l'assurée concernant ses limitations fonctionnelles ne laissent aucun espoir de reprise du travail tant qu'il n'y aura pas d'amélioration. Même en dehors de la saisie, nous ne voyons pas quel emploi peut être compatible avec des variations importantes de ces limitations, et de surcroît ne pas exiger d'utilisation suivie des mains; hôtesse touristique : les MI [membres inférieurs] seraient mis à rude épreuve, les compétences linguistiques sont nulles et les perspectives de gain ainsi bien hypothétiques... téléphoniste : les manipulations sont suivies, même si plus variées qu'en saisie pure. [...] Sauf évolution de dernière minute, il restera à conclure à une invalidité économique complète." A. d En date du 9 février 1999, le Dr B. _____ a répondu aux questions de l'OAI comme suit : "1. Au vu des douleurs au niveau des mains résistantes aux différents traitements, un reclassement me semble très compromis. 2. DIAGNOSTICS : - Arthropathie inflammatoire d'allure rhumatoïde non érosive et séronégative pour le facteur rhumatoïde (HLA B27 absent). - Syndrome fibromyalgique connu et floride. - Dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs. - État dépressif en traitement. - Surcharge pondérale. - Status après cure de

tunnel carpien gauche le 03.03.1998. - Status après cure de tunnel carpien droit le 24.03.1998. 3. L'état de santé est stationnaire, tous les traitements entrepris jusqu'à ce jour (Plaquenil, Salazopyrine, Méthotrexate, anti-inflammatoires) n'ont pas amélioré l'arthropathie inflammatoire touchant ses mains et ses pieds. Une infiltration du poignet gauche puis du poignet droit par le Dr F. _____ n'ont pas amélioré la situation. La patiente a été adressée au Dr P. _____, rhumatologue au E. _____, pour une tentative de synoviorthèse du médius de l'index et du poignet gauche qui jusqu'à ce jour n'ont pas amélioré la situation. Dernier contrôle médical le 29.01.1999. 4. Traitement actuel : Saroten ret., Melleril 10, Tramadol. Actuellement elle est suivie par le Dr P. _____ [...]

5. Incapacité de travail à 100 % du 23.01.1997 au 09.02.1997, 50% du 10.02.97 au 09.06.97 et à 100% dès le 10.10.1997." A. e A la suite de ce courrier du Dr B. _____, l'OAI a retenu, dans une fiche d'examen établie le 21 mai 1999, notamment ce qui suit : "Diagnostic : Arthropathie inflammatoire d'allure rhumatoïde séronégative pour le facteur rhumatoïde et HLA B 27 absent. Syndrome fibromyalgique connu, dorso-lombalgies chroniques et état dépressif en traitement. Selon le rapport du Dr. B. _____ du 9 février 1999, l'assurée présente les incapacités de travail suivantes : 100% du 23.1.97 au 9.2.97 50% du 10.2.97 au 9.6.97 100% dès le 10.10.1997. L'état de santé de l'assurée est stationnaire et tous les traitements entrepris jusqu'à ce jour sont [recte : n'ont] pas amélioré l'arthropathie inflammatoire touchant ses mains et ses pieds. Conclusion : LM depuis le 23.1.97 et droit à la rente entière dès le 23.1.98 et révision dans 2 ans." Sur cette base, l'OAI a établi le même jour (21 mai 1999) un projet d'acceptation de rente en retenant une invalidité de longue durée en indiquant notamment ce qui suit : "Après étude de votre dossier, il ressort que médicalement vous présentez une incapacité de travail totale depuis le 23 janvier 1997. À l'échéance du délai de carence d'une année, soit dès janvier 1998, le droit à la rente entière est ouvert. A partir du 23.01.1998, vous avez droit à une rente de l'AI basée sur un degré d'invalidité de 100 %." Par décision du 10 septembre 1999, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1 er janvier 1998 (de 1'831 fr. par mois et de 732 fr. par enfant). Cette décision n'a pas été attaquée et est donc entrée en force. B. a En été 2001, l'OAI a entamé d'office une procédure de révision du droit à la rente. Interpellé, le Dr B. _____ a déclaré, en date du 9 octobre 2001, que l'état de santé de sa patiente était stationnaire et qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics, le status étant inchangé et le pronostic réservé. L'OAI a alors décidé de maintenir la rente entière avec une révision dans trois ans, sans prévoir d'autre réserve ou modification. Il en a informé l'assurée par courrier du 28 novembre 2001, sans autre explication. B. b En automne 2005, l'OAI a introduit une nouvelle procédure de révision du droit à la rente de l'assurée. Le 31 janvier 2006, le Dr B. _____ a répondu au questionnaire qui lui avait été adressé en relevant notamment les éléments suivants : "A) Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail : Arthropathie inflammatoire d'allure rhumatoïde non érosive et séro-négative pour le facteur rhumatoïde HLAB 27 absent. Syndrome fibromyalgique connu et floride. Dorsolombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs. État dépressif en traitement. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : Status après by-pass le 5.10.05 ayant nécessité quatre dilatations de l'anastomose gastro-jéjunale. B) [Incapacité de travail] A 100% du 23.01.1997 au 9.02.1997, 50% du 10.02.97 au 9.06.97 et à 100% dès le 10.10.1997 ceci de façon définitive. [...]

D) [...]

4) La patiente se plaint toujours de douleurs articulaires ainsi que d'un état dépressif. 5) [...] Douleurs au niveau des mains, des doigts, des épaules, des coudes ainsi que du genou gauche avec une douleur rétro-rotulienne laissant suspecter un début d'arthrose

fémoro-patellaire [...] 7) [...] Pronostic : réservé " Par courrier du 2 mai 2006, l'OAI a informé l'assurée que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, de sorte que la rente entière d'invalidité était maintenue. Il a indiqué que la prochaine révision aurait lieu dans trois ans. Il n'a pas formulé d'autre réserve. C. a L'OAI soutient avoir transmis à l'assurée, en date du 15 juin 2011, un questionnaire de révision. Un tel document ne se trouve pas dans le dossier de l'OAI transmis au tribunal. Il y a toutefois une copie d'une sommation, adressée par l'OAI à l'assurée le 10 novembre 2011, invitant celle-ci à compléter et retourner le questionnaire de révision joint en annexe. Le 30 novembre 2011, l'assurée a répondu au questionnaire de révision en indiquant que son état de santé s'était aggravé "depuis cette année" puisqu'elle présentait une polyarthrite évolutive. Elle a précisé qu'elle était désormais en traitement auprès du Dr N._____, spécialiste en médecine interne, et de la Dresse W._____, spécialiste en rhumatologie. Sur le questionnaire de l'OAI rempli le 5 février 2012 par le Dr N._____, le praticien a renvoyé pour les diagnostics à l' "ancien dossier" de sa patiente. Il a expliqué qu'en raison de douleurs articulaires, l'assurée ne pouvait "pas faire grand-chose" et que la capacité de travail exigible tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée était nulle. Par communication du 3 mai 2012, l'OAI a informé l'assurée de son intention de procéder à une expertise médicale pluridisciplinaire. C. b Le 26 octobre 2012, les Drs H._____, spécialiste en psychiatrie, et S._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, de la Clinique Z._____, ont déposé leur rapport d'expertise (de 137 pages). Ils y indiquent notamment les éléments suivants : "[p. 112] D'un point de vue rhumatologique, il existe de nombreuses plaintes fonctionnelles qui semblent invalidantes, ou du moins qui sont vécues comme invalidantes par l'investiguée, mais qui contrastent avec l'absence de diagnostic lésionnel sous-jacent. Aucun signe clinique ou paraclinique probants n'est présent. [p. 113] Avant l'expertise actuelle, il a été évoqué un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, lequel a conduit au versement de prestations, diagnostic pourtant posé par excès dans la mesure où il n'y a aucune arthrite ni ténosynovite sous-jacente. Il n'y avait également pas d'antécédent familial de polyarthrite. Biologiquement, aucun syndrome inflammatoire, ni présence de facteur rhumatoïde, ni d'anticorps anti-CCP n'ont été retrouvés. Radiologiquement, il n'existe aucune atteinte destructrice. L'annonce de ce diagnostic conduit aujourd'hui l'examinée à se considérer comme atteinte de "polyarthrite évolutive", après avoir suivi durant longtemps un traitement somme toute inutile. Au niveau des mains, la même discordance est retrouvée par l'experte rhumatologue, le médecin évoquant des enflures et des douleurs, dont [l'assurée] ne fait pas part et qui ne sont pas constatées à l'examen clinique, les deux choses renvoyant en outre à un ressenti. Aucun signe clinique n'est retrouvé, ni en faveur d'un canal carpien évolutif ni d'une tendinite de DE QUERVAIN évolutive, malgré les douleurs alléguées lors des tests. De plus, la localisation des douleurs et la non-reproduction de celles-ci dans les territoires habituels ne plaident pas pour une pathologie avérée. Elle a par le passé présenté des pathologies, ayant été traitées, et pouvant avoir, pour partie, expliqué les plaintes passées au niveau des mains. En outre, il avait été également retrouvé des dorso-lombalgies sur des troubles statiques dégénératifs, mais ils n'ont pas été retenus. Il existe ainsi peu de signes cliniques, l'examen clinique est rassurant, il n'y a pas de raideur lombaire, ni de signe clinique, ni d'irritation radiculaire. Le peu de signes cliniques relevé est discordant, avec une majoration manifeste ne permettant pas de les considérer comme valables, cette majoration contraste d'autant plus que selon les dires de l'expertisée, les lombalgies ne sont pas au premier plan et ne l'invalident pas. Les diagnostics de "syndrome fibromyalgique" et de fibromyalgie avaient

été évoqués, dont les points caractéristiques ne sont pas retrouvés. Il s'agit de douleurs diffuses ne correspondant à aucun des points douloureux décrits par l'ACR, en 1990, dans la description de la fibromyalgie. Dès lors, ceci ne permet pas de retenir une éventuelle fibromyalgie, ce qui correspond de plus aux dires de l'assurée, évoquant ne pas être au courant de ce diagnostic. [...] [p. 115] Au terme de la présente expertise, en effet, aucun diagnostic évolutif somatique n'a finalement été retenu. [...] Au jour de l'expertise, on peut considérer que la situation, sur le plan strictement médical, est relativement simple, avec un trouble somatoforme sans précisions, présentant de notables discordances à la situation socio-psychique de l'explorée, avec un syndrome d'amplification des plaintes et une anticipation sur la mise à disposition de bonnes capacités physiques de l'investiguée à la disposition de sa famille. [...] Sur le plan médical, une réadaptation professionnelle n'est pas nécessaire, [l'assurée] étant totalement apte à reprendre une activité professionnelle similaire à la dernière." Aux pages 116 et 117 de leur rapport, les experts ont posé les diagnostics, existant depuis 2006, de syndrome du tunnel carpien bilatéral (status post), de tendinite de DE QUERVAIN (status post), de surpoids, de gastrite et bulbite (status post) et, depuis le 27 août 2012, de trouble somatoforme sans précision, tous sans effet limitatif au sujet du dernier emploi, respectivement de la capacité de travail. Depuis la dernière décision de l'OAI, les limitations et la capacité de travail se seraient améliorées. A ce sujet, les experts ont ajouté un commentaire : "Sur le plan somatique, soit les diagnostics ne sont pas retenus, soit ils sont en phase de status post. De ce fait, aucune limitation ne peut être attestée. Par ailleurs, sur le plan psychiatrique, pour le seul diagnostic retenu, les algies ne remplissent pas les critères de gravité de la jurisprudence pour être qualifiées d'invalidantes." C.c Faisant suite à un entretien du 15 janvier 2013 entre l'assurée et des collaborateurs de l'OAI (cf. rapport initial DIF), l'office a établi, le 30 janvier 2013, un projet de décision supprimant la rente d'invalidité à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de dite décision. Comme bases légales, il a invoqué uniquement les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20), en précisant que celles-ci permettaient une réduction ou une suppression de rente même si les conditions générales d'une révision selon l'art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales; RS 830.1) n'étaient pas remplies. Il a exposé comme suit les "résultats de [ses] constatations" : "En complément aux renseignements médicaux contenus au dossier, nous avons mis sur pied une expertise pluridisciplinaire et c'est la Clinique Z. _____ (Centre d'expertises médicales pluridisciplinaires) qui s'est chargée de la réaliser. Celle-ci s'est déroulée en date du 27 août 2012 par une consultation de l'appareil locomoteur et de médecine interne et par une consultation de psychiatrie. Le rapport d'examen y relatif est convaincant et selon les experts, suivi dans cet avis par le Service médical régional (SMR), vous présentez une capacité de travail complète, soit de 100 % dans votre dernière activité qui est celle d'employée de bureau non qualifié[e]. En conclusion, ils ne retiennent aucun diagnostic médical somatique ou psychiatrique comme susceptible d'influencer votre capacité de travail. Votre capacité de travail étant complète en qualité d'employée de bureau, vous ne présentez dès lors aucun préjudice économique et le droit à la rente s'éteint." C. d Par courrier du 19 mars 2013 de son (nouveau) mandataire, Me Jean-Marie Agier, l'assurée a formulé des objections au projet de décision de l'OAI. Elle a notamment fait valoir que – comme le relevait le Dr P. _____ dans son certificat médical du 13 février 2013 joint en annexe - elle continuait à l'heure actuelle à souffrir d'une polyarthrite rhumatoïde, maladie séronégative, mais agressive avec des érosions confirmées par une

IRM, une maladie qui est totalement incompatible avec son ancienne activité d'employée de bureau non spécialisée, mais n'est pas non plus compatible avec une activité adaptée en raison d'une atteinte des épaules, des coudes, des poignets, des doigts, des hanches, des genoux, des chevilles et des pieds. Elle faisait encore valoir, en reprenant les termes du Dr P. _____, que "s'il existe encore quelques diagnostics additionnels chez une patiente qui présente des troubles dégénératifs du rachis avec une lombo-sciatalgie droite en 2011, qui a bénéficié d'une opération de by-pass pour obésité en 2004 avec un syndrome de dumping périodique, et aussi d'une opération du genou pour un problème mécanique de ménisque, il n'y a par contre aucun signe pour un rhumatisme de type fibromyalgique et il s'agit bien d'un rhumatisme inflammatoire." Faisant suite à ce courrier, l'OAI a complété son dossier en requérant des pièces médicales auprès du Dr P. _____ et du Service de rhumatologie du E. _____. Dans un avis médical du 2 juillet 2013, les Drs V. _____ et L. _____, du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI, ont conclu que les examens prescrits par le Dr P. _____ en février 2013 ne permettaient pas de retenir une maladie inflammatoire touchant les articulations sacro-iliaques et qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise Z. _____ du 26 octobre 2012. C. e Par décision du 19 juillet 2013, identique à son projet du 30 janvier 2013, l'OAI a supprimé la rente de l'assurée au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Dans une lettre d'accompagnement du même jour, il a en outre notamment donné les précisions suivantes : "Il s'agit d'une révision de l'office de la rente prévue au 1 er juin 2011. Le questionnaire pour la révision de la rente a été adressé pour la première fois le 15 juin 2011. Vous nous l'avez retourné dûment complété le 30 novembre 2011, soit après l'envoi de notre sommation le 10 novembre 2011. A réception du questionnaire de révision, nous avons demandé un rapport médical auprès de votre médecin traitant le Dr N. _____ ainsi qu'auprès de la Dresse W. _____, médecin spécialiste en rhumatologie. La Dresse W. _____ ne nous répondant pas, le dossier a été examiné par le Service Médical Régional. Il a été constaté que nous ne pouvions pas apprécier la situation au vu du manque d'information. Raison pour laquelle une expertise a été sollicitée. [... , réd. : considérations d'ordre général sur l'instruction et l'administration des preuves] Nous avons donc mandaté la Clinique Z. _____ pour une expertise en médecine interne, rhumatologique et psychiatrique. Après avoir reconstitué votre histoire médicale par une enquête basée sur votre dossier médical et une anamnèse fouillée, les experts vous ont examinée avec précision et souci du détail. En conclusion, ils ne retiennent aucun diagnostic médical somatique ou psychiatrique comme susceptible d'influencer votre capacité de travail. Ainsi, dans votre dernière activité, celle d'employée de bureau non qualifiée, vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible de 100 %. D'un point de vue médico-asséculo-logique, leurs conclusions sont convaincantes, en page 117/137 ils écrivent : Au jour de l'expertise, soit le 27 août 2012, la capacité de travail est entière dans la dernière activité d'employée de bureau en charge de la saisie des données informatiques. [... , réd. : considérations d'ordre général sur la valeur probante d'avis médicaux, avec renvoi notamment à l'ATF 125 V 350 consid. 3b/cc] L'expertise du 26 octobre 2012 de la Clinique Z. _____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante. Vous n'avez pas fait part aux experts d'un séjour en rhumatologie au E. _____ en 2010, ni de votre inclusion dans un protocole d'étude d'août 2010 à avril 2011, ni de suivi par le Professeur P. _____. Nous avons dès lors interrogé les médecins précités. Ces

renseignements ont d'ailleurs fait l'objet d'un examen par le Service Médical Régional qui se détermine comme suit : le service de rhumatologie de l'hôpital nous écrit le 27 mai 2013 que l'assurée a été examinée une seule fois le 13 février 2013. Le compte rendu de radiographie de bassin du 14 février 2013 ne montre pas de PR, ni de spondylarthrite ankylosante, mais des troubles dégénératifs en relation avec l'âge chez une personne de 54 ans. L'arthro-CT des articulations sacro-iliaques du 20 février 2013 retient comme conclusion l'absence de stigmata significative d'atteinte inflammatoire. Il convient donc de conclure que les examens prescrits par le Dr P. _____ en février 2013 ne permettent pas de retenir une maladie inflammatoire touchant les articulations sacro iliaques. Il n'y a donc plus de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise du 26 octobre 2012. Au vu de ce qui précède, votre contestation du 19 mars 2013 ne nous apporte aucun élément susceptible de modifier notre position. Notre projet du 30 janvier 2013 est fondé et doit être entièrement confirmé." D. a Par acte de son mandataire du 10 septembre 2013, l'assurée a interjeté un recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Elle conclut à la réforme de la décision de l'OAI du 19 juillet 2013 en ce sens "qu'il est dit que [l'assurée] continue d'avoir droit, après le 30 août 2013, à une rente d'invalidité entière". La recourante soutient que les conditions d'une révision selon les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la loi sur l'AI ne sont pas remplies. D'une part, elle toucherait une rente de l'AI servie depuis plus de 15 ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen, ce moment étant, selon elle, le 15 janvier 2013, sans qu'elle donne d'explication pour cette date. D'autre part, la rente allouée en 1999 ne l'aurait pas été en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires; la rente lui aurait été octroyée en raison d'une arthropathie inflammatoire "ou plutôt, comme le dit le Dr P. _____, d'une polyarthrite rhumatoïde agressive avec des érosions confirmées par une IRM". Par rapport à une révision sur la base de l'art. 17 LPGA, aucune amélioration de l'état de santé n'aurait été documentée depuis le 2 mai 2006. Pour le surplus, la recourante renvoie au rapport du Dr P. _____ du 18 février 2013. Par décision du 11 septembre 2013, le juge instructeur du tribunal de céans a mis l'assurée, conformément à sa requête, au bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 10 septembre 2011, en lui allouant l'exonération de l'avance de frais et de celle des frais judiciaires. Par écriture du 28 octobre 2013, la recourante a rendu la Cour de céans et l'intimé attentifs à la teneur de l'arrêt 8C_324/2013 rendu le 29 août 2013 par le Tribunal fédéral (publié aux ATF 139 V 442). D. b Par réponse du 29 octobre 2013, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il soutient que l'assurée n'aurait pas touché depuis plus de 15 ans une rente lors de l'ouverture de la procédure de réexamen, le questionnaire pour la révision de la rente lui ayant été envoyé le 15 juin 2011 et la date du début du droit à la rente étant le 1 er janvier 1998. Il en irait de même en se référant à la date de l'entrée en vigueur, le 1 er janvier 2012, des dispositions finales en question. Au sujet des motifs qui auraient mené à l'octroi de la rente en 1999, l'OAI a exposé ce qui suit : "En l'espèce, l'assurée s'est vue octroyer des prestations de l'assurance invalidité en 1999 suite au diagnostic posé d'arthropathie inflammatoire, de syndrome fibromyalgique connu, de dorso-lombalgies chroniques et d'un état dépressif en traitement. A ce jour et après avoir procédé à une évaluation détaillée de l'état de santé de l'assurée, notamment par la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire, nous sommes parvenus à la conclusion que la capacité de travail de l'assurée est de 100 % dans sa dernière activité d'employée de bureau, la rente ayant été initialement accordée en l'absence de substrat organique. En effet, les résultats de l'expertise mentionnent en particulier que "d'un point de vue rhumatologique, il existe de nombreuses plaintes

fonctionnelles qui semblent invalidantes, ou du moins qui sont vécues comme invalidantes par l'investiguée, mais qui contrastent avec l'absence de diagnostic lésionnel sous-jacent. Aucun signe clinique ou paraclinique probants n'est présent." Concernant le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde, il est mentionné ce qui suit : "il n'y a aucune arthrite ni ténosynovites sous-jacente. Il n'y avait également pas d'antécédent familial de polyarthrite. Biologiquement, aucun syndrome inflammatoire, ni présence de facteurs rhumatoïdes, ni d'anticorps anti-CCP n'ont été retrouvés." Enfin, au sujet de la fibromyalgie, les experts retiennent des "douleurs diffuses ne correspondant à aucun des points douloureux décrits par l'ACR, en 1990, dans la description de la fibromyalgie." (cf. page 112 et 113 du rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique Z. _____ du 26 octobre 2012)." D. c Par réplique du 13 novembre 2013, la recourante a confirmé ses conclusions ainsi que les griefs soulevés dans son recours. Au sujet des 15 années de rentes touchées, elle fait par ailleurs valoir qu'elle avait été pour la première fois avisée par l'OAI le 15 janvier 2013 d'un réexamen de son cas selon les dispositions finales de la 6^{ème} révision de l'AI. À cette date, elle aurait été reçue par des collaborateurs de l'OAI pour apprendre qu'il allait y avoir dans son cas une suppression de rente "pour cause non pas d'amélioration de son état de santé mais pour cause de dispositions finales de la 6^{ème} révision." Le 15 janvier 2013, l'assurée avait touché une rente pendant plus de 15 ans. Par mémoires des 10 et 19 décembre 2013, les parties ont maintenu leurs conclusions en renvoyant à leurs précédentes écritures.

En droit : 1. Le présent litige a trait à l'assurance-invalidité. 1.1 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 (AI), sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose, qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes d'été où les délais ne courent pas selon l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 59 et 61 let. b LPGA), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

1.2 Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Vu que la valeur litigieuse dans le cadre de décisions relatives à des rentes dépasse régulièrement les 30'000 francs, mais vu aussi la complexité de l'affaire, c'est une cour composée de trois magistrats qui est appelée à statuer dans le cas d'espèce (art. 94 al. 1 let. a, al. 3 et al. 4, 83c LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]).

2. In casu, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de la recourante à compter du mois d'août 2013 en application de la lettre a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6^{ème} révision de la LAI, premier volet). Est par conséquent litigieuse la question de savoir si la décision de l'intimé, fondée sur cette disposition, était légitime. La lettre a de ces dispositions finales est formulée ainsi : 1 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. 2 En cas de réduction ou de suppression de sa rente, l'assuré a droit aux mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a. Cela ne lui donne pas droit à la prestation transitoire prévue à l'art. 32, al. 1, let. c. 3 Durant la mise en oeuvre de mesures de réadaptation au sens de l'art. 8a, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente. 4 L'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen. 5 La modification du droit à une rente AI en vertu des al. 1 à 4 n'entraîne aucune modification du droit à une rente selon la LAA (rente complémentaire) et ne donne lieu à aucune autre prétention en compensation de la part des assurés. La 6^{ème} révision de la LAI, premier volet, et avec elle les dispositions finales précitées, sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659). 3. Dans le présent cas, la recourante est d'avis qu'elle touchait depuis plus de quinze ans une rente de l'AI au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen, de telle sorte que l'al. 4 de la let. a des dispositions finales s'opposerait à la suppression de sa rente selon l'al. 1. 3.1 Selon l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 29 août 2013, publié aux ATF 139 V 442, le moment déterminant au sens de l'al. 1 des dispositions finales est le début du droit à la rente et non pas une date ultérieure, telle que celle à laquelle la décision d'octroi de la rente a été prononcée. Cela étant, et dans la mesure où la recourante a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 1998, c'est cette dernière date qu'il faut retenir pour calculer le délai de quinze ans. Ce point n'est pas contesté par les parties. 3.2 Recourante et intimé divergent en revanche sur la question de savoir quand la procédure de réexamen a été ouverte. L'OAI se réfère au 15 juin 2011, date à laquelle le questionnaire pour la révision de la rente avait été envoyé à la recourante, ou au 1^{er} janvier 2012, date de l'entrée en vigueur des dispositions finales en question. Il est vrai qu'à ces dates, la recourante n'avait pas encore touché de rente d'invalidité pendant plus de quinze ans, mais seulement pendant treize ans et cinq mois et demi, respectivement quatorze ans. La recourante soutient toutefois qu'il faut retenir la date du 15 janvier 2013, qui correspond à la date à laquelle l'OAI l'a, pour la première fois, avisée d'un réexamen de son cas selon les dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI. Si cette date devait être retenue, la recourante aurait bénéficié depuis juste un peu plus de quinze ans d'une rente d'invalidité. Dans un autre arrêt de principe du 12 février 2014, le Tribunal fédéral a déclaré que le moment de l'ouverture de la procédure de réexamen se référerait "exclusivement au réexamen du droit à la rente découlant des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011, à l'exclusion d'un réexamen fondé sur l'art. 17 al. 1 LPGA [1^{ère} phrase]. Dans le cadre d'une procédure de révision initiée avant l'entrée en vigueur de la sixième révision de la LAI, la date du 1^{er} janvier 2012 constituait un point de rattachement fictif pour établir la durée de perception déterminante [2^{ème} phrase]" (ATF 140 V 15). Le Tribunal fédéral semble ainsi admettre – malgré la première phrase du registre – que si une procédure de révision selon l'art. 17 al. 1 LPGA a été ouverte avant le 1^{er} janvier 2012 et que cette procédure mène finalement au réexamen de la rente selon les dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI après cette date, il faut retenir le 1^{er} janvier 2012 comme date d'ouverture de la procédure de réexamen, ceci apparemment même si le réexamen selon les dispositions finales n'a été envisagé ou communiqué au bénéficiaire de la rente qu'après cette date (cf. ATF 140 V 15 let. a et consid. 5.3.5). Une

telle précision a été donnée par le Tribunal fédéral dans un arrêt subséquent, rendu à trois juges, où il est explicitement retenu qu'une date ultérieure, à laquelle l'assuré avait pris connaissance de la procédure de réexamen selon les dispositions finales, n'était pas déterminante dans de pareils cas (TF 8C_773/2013 arrêt du 6 mars 2014 consid. 3.3; cf. aussi TF 8C_867/2013 arrêt du 7 mars 2014 consid. 6.3). Dans cette mesure, l'al. 4 de la let. a des dispositions finales ne s'opposerait pas à la suppression de la rente, vu qu'il faudrait retenir le 1^{er} janvier 2012 comme date (fictive) de l'ouverture de la procédure de réexamen et qu'à ce moment-là la recourante n'avait pas encore touché une rente d'invalidité pendant plus de quinze ans. En l'occurrence, la question de savoir si le délai de quinze ans empêche la suppression de la rente dans le présent cas peut toutefois rester ouverte, vu ce qui suit.

4. Dans un arrêt de principe du 31 octobre 2013 (ATF 139 V 547), le Tribunal fédéral a précisé les conditions permettant le réexamen d'une rente selon la let. a de l'al. 1 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011. Ainsi, trois conditions doivent être réalisées pour que puisse avoir lieu une révision du droit à la rente fondée sur l'al. 1 de la let. a de ces dispositions finales, étant précisé qu'il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. Premièrement, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement ("ausschliesslich") en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Ce n'est que si cette condition est remplie qu'une procédure de révision fondée sur les dispositions finales peut être introduite. Deuxièmement, au moment de la révision, seul un tel diagnostic doit exister ("ausschliesslich ein unklares Beschwerdebild vorliegt"); il convient également d'examiner si, depuis l'octroi de la rente, l'état de santé de l'assuré s'est dégradé et si, entre-temps, un diagnostic clair, en plus des syndromes susmentionnés, a été posé en se fondant, le cas échéant, sur une expertise. Enfin, il faut vérifier si les "critères de Foerster" (pour ces critères : ATF 139 V 547 consid. 9.1; 131 V 49 consid. 1.2; 130 V 352 consid. 2.2.3) sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (ATF 139 V 547 consid. 10.1 ; cf. aussi TF 9C_748/2013 arrêt du 10 février 2014 consid. 5.2, 8C_436/2013 arrêt du 23 janvier 2014 consid. 4 et 8C_505/2013 arrêt du 8 janvier 2014 consid. 4.1; Message du Conseil fédéral du 24 février 2010 relatif à cette modification, in : FF 2010 1736). Dans un arrêt encore plus récent du 16 mai 2014 publié aux ATF 140 V 197, le Tribunal fédéral a partiellement modifié sa jurisprudence susmentionnée en retenant que lorsqu'une rente en cours a été allouée aussi bien en raison de plaintes peu claires que de plaintes explicables, rien ne s'opposait à ce que l'on applique la lettre a al. 1 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI en ce qui concerne les plaintes peu claires, si celles-ci se laissent distinguer ou séparer des plaintes explicables (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3 : "Lassen sich solche von erklärbaren Beschwerden [...] trennen). 5 5.1 En l'espèce, les médecins traitants de l'assurée, notamment les Drs B._____ et F._____, avaient retenu comme diagnostics entre 1997 et 1999, année à laquelle l'OAI a rendu sa première décision d'octroi de rente, une arthropathie inflammatoire d'allure rhumatoïde séronégative pour le facteur rhumatoïde et HLA B27 absent, un syndrome fibromyalgique, des dorso-lombalgies chroniques et un état dépressif en traitement (cf. ci-dessus let. A.b et A.d). L'OAI a repris ces diagnostics de manière intégrale dans sa décision initiale. Il a même explicitement retenu que tous les traitements entrepris jusqu'à ce jour n'avaient pas amélioré l'arthropathie inflammatoire touchant les mains et les pieds. L'intimé avait ainsi conclu, en se référant au Dr B._____ et à tous les diagnostics précités, au droit de la recourante à l'octroi d'une rente entière d'invalidité (cf. ci-dessus let. A.e et notamment fiche d'examen de l'OAI du 21 mai 1999).

A aucun moment, l'OAI n'avait alors mis en doute un de ces diagnostics. Il avait encore moins déclaré que la rente n'était allouée qu'en raison du syndrome fibromyalgique. Lors des deux procédures de révision en 2001 et 2005/2006, les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail étaient restés identiques. L'OAI avait alors maintenu la rente entière sans même modifier la motivation de sa décision, ni restreindre le droit à la rente au seul motif de syndrome fibromyalgique (cf. ci-dessus let. B). De ce qui précède, il ressort que la recourante souffrait, en sus d'une fibromyalgie, d'autres atteintes somatiques et psychiques (arthropathie inflammatoire, dorso-lombalgies chroniques et état dépressif) et que la rente lui a été allouée par l'OAI non seulement en raison de la fibromyalgie mais aussi à cause de ces autres atteintes. Contrairement à ce que soutient l'OAI dans la présente procédure judiciaire, la rente n'avait donc pas été initialement accordée en l'absence de substrat organique. Cela étant, force est d'admettre que la rente d'invalidité n'a pas été exclusivement motivée par une atteinte sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. De plus, ces autres atteintes somatiques et psychiques ne se laissent pas distinguer, voire clairement séparer de la fibromyalgie, vu que leurs symptômes sont en grande partie similaires.

5.2 5.2.1 Comme le laisse entendre l'OAI, on pourrait toutefois se demander s'il n'y a pas lieu de revoir les diagnostics susmentionnés, puisque les experts de Z._____ ne les retiennent pas, voire les mettent en doute dans leur rapport d'expertise du 26 octobre 2012. Selon eux, la recourante n'aurait notamment eu aucune arthrite; d'un point de vue rhumatologique, il y aurait une absence de diagnostic lésionnel sous-jacent. Par ailleurs, les experts de Z._____ sont même d'avis qu'il n'y a pas non plus de fibromyalgie. Ils ne retiennent, comme diagnostics, qu'un syndrome du tunnel carpien bilatéral (status post), une tendinite de DE QUERVAIN (status post), un surpoids, une gastrite et une bulbite (status post) et, depuis le 27 août 2012, un trouble somatoforme sans précision, tous sans effet limitatif au sujet du dernier emploi, respectivement sur la capacité de travail de la recourante (cf. notamment p. 113, 115 à 117 du rapport d'expertise Z._____ et ci-dessus let. C.b).

5.2.2 Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral au sujet de la révision d'une rente en application de l'art. 17 al. 1 LPGA, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle pas à la révision d'une décision de rente (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Ces principes doivent également être appliqués en l'espèce, car ils sont de portée générale. Cela est d'autant plus vrai si l'on examine les motifs de l'arrêt de principe ATF 135 V 201 dans lequel le Tribunal fédéral ne voyait aucune raison d'appliquer la nouvelle jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux à des rentes en cours. Si le législateur a par la suite prévu, par les dispositions finales en question, de pouvoir revenir, sous certaines conditions, sur des décisions de rente en cours, il n'a pas prévu que, contrairement à la jurisprudence constante, les diagnostics posés par les médecins, puis retenus par l'administration, pouvaient être revus sans qu'une évolution significative de l'état de santé soit à la base de cette nouvelle appréciation. Le seul but du législateur était de traiter sur un pied d'égalité les bénéficiaires de rentes qui les touchent uniquement en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique avec les assurés qui déposent pour la première fois une demande AI et se voient opposer la nouvelle pratique judiciaire (depuis ATF 130 V 352 et 396 consid. 6.2.3; cf. aussi ATF 137 V 64 consid. 4.2) relative à ces syndromes. Le législateur ne voulait par contre pas qu'on puisse remettre en cause toutes les autres rentes en procédant à une nouvelle appréciation de l'état de fait. Pour ces autres cas, il voulait en rester au système de révision prévu à l'art. 17 LPGA (cf. ATF 139 V 547 consid. 5.8) Ainsi, contrairement à ce que semble soutenir l'OAI, dans le cas de

la recourante, il n'était pas légitimé à procéder à une nouvelle appréciation de l'état de fait existant lors de la décision initiale d'octroi de rente et des décisions de révision des années 2001 et 2005/2006, qui étaient toutes entrées en force. Le renvoi par l'OAI au ch. 1002 de la Circulaire sur les dispositions finales de la modification de la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 18 mars 2011 (Circulaire CDF), n'y change rien. Hormis le fait que le tribunal n'est pas lié par les circulaires et directives de l'administration (cf. ATF 137 V 1 consid. 5.2.3; 132 V 121 consid. 4.4; 131 V 42 consid. 2.3), la Circulaire CDF dans sa version actuelle ne se prononce pas sur la question litigieuse. Au ch. 1002 CDF, ne sont énumérés que différents syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique avec indication de références d'arrêts rendus par le Tribunal fédéral. 5.3 De ce qui précède, il découle que la condition de réexamen, selon l'al. 1 de la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011, soit l'octroi d'une rente ou son maintien lors d'une révision subséquente uniquement en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, n'est pas remplie en l'espèce. 5.4 Pour le surplus, on pourrait se demander si, dans le cas de la recourante, des critères de Foerster sont remplis, lesquels s'opposeraient à une suppression de la rente (cf. ATF 139 V 547 consid. 9.1 et 10.1.3). Il s'agit notamment des critères du processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), de l'existence d'affections corporelles chroniques et de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. Aucune des parties ne s'est prononcée à ce sujet. Eu égard à ce qui a été dit plus en avant, cette question peut toutefois rester indécise. 6. Se pose encore la question de savoir si la rente de la recourante ne peut pas être modifiée sur la base d'une révision ordinaire selon l'art. 17 al. 1 LPGA. Selon cette disposition, 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. 6.1.1 L'OAI avait, à l'origine, introduit une procédure de révision sur la base de cette disposition. Il n'a toutefois plus fondé sa décision litigieuse sur elle et, malgré le fait que la recourante ait invoqué dans son mémoire de recours que les conditions d'une telle révision n'étaient pas non plus remplies faute d'amélioration de l'état de santé, l'intimé ne s'est pas prononcé à ce sujet en procédure judiciaire. Par ailleurs, à l'occasion de son projet de décision l'OAI s'était déjà basé uniquement sur un réexamen selon les dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI. On peut donc se demander, si le tribunal peut, dans un tel cas, substituer la motivation pour la suppression de la rente en se basant finalement sur l'art. 17 LPGA à la place des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI (cf. toutefois TF 8C_867/2013, arrêt du 7 mars 2014 et 9C_748/2013, arrêt du 10 février 2014). Une telle démarche pourrait violer le droit d'être entendus des assurés et les priverait en tout cas de la possibilité de formuler des objections et de produire des documents comme ce serait le cas dans le cadre d'un éventuel projet de décision de l'administration (procédure de préavis selon les art. 73bis à 74 RAI) basé sur l'art. 17 LPGA, puis de la possibilité de former un recours en connaissance des arguments de l'administration au sujet d'une telle révision. Si l'on admettait une telle substitution de motifs, il faudrait au moins en tenir compte de manière appropriée dans le cadre de la décision sur les dépens et les frais judiciaires. 6.2 Quoi qu'il en soit, en l'état du dossier, il apparaît que la rente ne pourrait pas non plus être révisée sur la base de l'art. 17 LPGA, les conditions d'une telle révision n'étant pas non plus remplies. Certes, les experts de Z. _____ disent – à la p. 117 de leur rapport du 26 octobre 2012 – que "depuis la

dernière décision de l'OAI" les limitations et la capacité de travail se seraient améliorées. Il ressort toutefois de leur rapport d'expertise (notamment des p. 112 et 113) que, selon eux, les diagnostics retenus lors de l'octroi de la rente et des révisions de 2001 et 2005/2006 n'étaient pas justifiés. Il n'y aurait eu aucune arthrite ni ténosynovite sous-jacente; aucun syndrome inflammatoire, ni présence de facteurs rhumatoïdes n'auraient été retrouvés; la recourante aurait suivi durant longtemps un traitement somme toute inutile; au niveau des mains et des dorso-lombalgies aucun signe ou peu de signes cliniques auraient été retrouvés; les points caractéristiques pour une fibromyalgie n'ont pas été retrouvés. Ainsi, en définitive, selon l'expertise Z. _____, il n'y a pas eu d'amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis la décision originale d'octroi de rente, ni depuis les décisions de révision de rente de 2001 et 2005/2006 puisque, selon ces mêmes experts Z. _____, les diagnostics posés à l'époque n'avaient pas lieu d'être. En d'autres termes cela signifie que l'expertise Z. _____ procède à une appréciation différente de l'état de santé de la recourante, sans qu'il y ait eu une évolution significative dans un sens ou dans l'autre. Or, comme il a été rappelé ci-dessus, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision d'une décision de rente selon l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Au demeurant, d'autres rapports médicaux externes à l'OAI et établis depuis la précédente révision de 2005/2006 n'indiquent pas d'amélioration significative de l'état de santé de la recourante; au contraire, si l'on se réfère notamment au certificat du Dr P. _____ du 18 février 2013. Il ne ressort pas non plus du dossier une quelconque autre modification notable du taux d'invalidité. On doit en conclure que c'est bien pour cette raison que l'OAI s'est abstenu de baser sa décision de suppression de rente sur l'art. 17 LPGA, que cela soit principalement ou subsidiairement.

7. En conclusion, la suppression de la rente de la recourante selon la décision de l'OAI du 19 juillet 2013 viole le droit fédéral. Il y a donc lieu d'admettre le recours et d'annuler la décision de l'OAI, la recourante restant ainsi au bénéfice d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 août 2013.

8. La procédure n'étant pas gratuite, les frais judiciaires, arrêtés à 400 francs, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI). La recourante, qui obtient gain de cause et est représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens en faveur de son conseil que l'OAI devra lui verser. Ceux-ci sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige et sans égard à la valeur litigieuse, à 2'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 7 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008; RSV 173.36.5.2]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce :

I. Le recours est admis. II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 19 juillet 2013 est annulée, le droit à une rente entière d'invalidité étant maintenu. III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante C. _____ le montant de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre d'indemnité de dépens.

Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Jean-Marie Agier, avocat auprès de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne (pour la recourante), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.