

VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 74 vom 11. April 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-04-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__74

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 74 du 11 avril 2016

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2016 / 74 del 11 aprile 2016

Regeste

TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 11.04.2016 Arrêt / 2016 / 74

TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}

TRIBUNAL CANTONAL AI 17/15 - 87/2016 ZD15.004489 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 11 avril 2016

_____ Composition : Mme Berberat , présidente MM. Bidiville et Berthoud, assesseurs Greffière : Mme Berseth Béboux ***** Cause pendante entre : W. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Jean-Emmanuel Rossel, avocat à Morges, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey.

_____ Let. a al. 1 et 4 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6 e révision de l'AI, premier volet) E n f a i t : A. a) W. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante d'origine U. _____, née en [...], est arrivée en Suisse en [...] en qualité de réfugiée. A la suite d'une procédure de naturalisation, elle a acquis la nationalité suisse en 2001. Divorcée, elle est mère de trois enfants nés en [...], [...] et [...]. Engagée par X. _____ 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 de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en raison d'une fibromyalgie prévalant depuis 14 ans. Renseignant l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans un rapport du 17 janvier 2000, la Dresse K. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée depuis 1993, a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif avec syndrome somatique, de fibromyalgie, de céphalées d'origine mixte (tensionnelle et migraineuse) et de syndrome bilatéral du canal carpien. Le traitement consistait en des antalgiques et anxiolytiques. La praticienne a attesté une incapacité de travail, à divers taux depuis le 17 avril 1998, puis à 100% dès le 6 décembre 1999, jugeant que la situation était en aggravation. La Dresse K. _____ a encore précisé que sa patiente était atteinte d'une fibromyalgie de très forte intensité, répondant mal à la plupart des traitements entrepris, en présence d'une composante anxio-dépressive importante ayant conduit à un séjour à l'Hôpital de S. _____ en 1998, suivi d'un traitement auprès d'une psychologue. La situation de l'assurée était péjorée par un conflit conjugal et par la délinquance de son fils aîné, la praticienne jugeant cependant le pronostic « pas totalement défavorable car il s'agi[ssai]t d'une patiente intelligente et courageuse qui [était] apte à se réinsérer dans une activité n'impliquant pas un stress important et probablement lorsque la situation familiale

se sera « calmée », on [pourrait] attendre une reprise d'une éventuelle activité ». La Dresse K. _____ a joint à son rapport un lot de pièces médicales, parmi lesquelles : - un rapport du 17 décembre 1993 du Dr B. _____, spécialiste en neurologie, concluant à l'existence de céphalées de deux types : les unes d'origine tensionnelle, prévalant depuis l'adolescence, les autres de source migraineuse, - un avis de sortie du Secteur psychiatrique S. _____ du 2 juin 1998, indiquant que l'assurée avait séjourné dans l'établissement du 22 avril au 2 juin 1998, en raison d'un état anxio-dépressif d'intensité légère avec syndrome somatique (ICD 10 : F320), - un rapport du Dr B. _____ du 13 avril 1999, faisant état d'une patiente lui ayant paru particulièrement déprimée et angoissée, se plaignant également de troubles du sommeil, l'ayant conduit à réintroduire un traitement antidépresseur. Le neurologue a relevé une stabilisation des migraines, les céphalées de tension restant quant à elles bien présentes, - son propre rapport du 23 juin 1999 à C. _____ Caisse-maladie, dans lequel la Dresse K. _____ qualifiait le pronostic de favorable, tout en précisant que l'assurée avait repris le travail à 50% le 15 juin 1999, mais qu'une augmentation de taux lui paraissait difficile à envisager. Dans un avis médical du 29 octobre 2001, le Dr N. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a estimé que les atteintes à la santé de l'assurée semblaient pour l'essentiel consécutives à des difficultés familiales, sociales et personnelles. Le médecin a préconisé de requérir un consilium du Dr. J. _____, psychiatre, afin que celui-ci se prononce sur l'existence d'une pathologie psychiatrique se répercutant sur la capacité de travail. Par le biais d'un rapport d'expertise du 22 mai 2002, le Dr J. _____ s'est prononcé en ces termes : « VII. Discussion : Il s'agit chez Madame W. _____ d'une situation qui se dévoile et se comprend uniquement dans la mesure où on met les différentes facettes d'expression ensemble. La patiente a un vécu particulier en tant que participante-victime dans la guerre [...] d'U. _____ qui l'a opposée à l'A. _____. Les traumatismes vécus ne semblent pas la causalité des pathologies ultérieures, mais témoignent plutôt d'une capacité d'adaptation et « résilience » qui a pu permettre à cette femme de s'en sortir vivante, de fonder une famille et de se créer véritablement une deuxième identité. Sa volonté et l'aboutissement vers une naturalisation suisse en témoignent. Au cours de ce cheminement elle est arrivée à des limites et face à des problèmes insurmontables pour elle : chemin de délinquance de son fils, violence de son mari, etc. De plus, elle semble réellement présenter un terrain héréditaire migraineux et un certain mode de réagir par somatisations. Si alors ce terrain est « fertilisé », c'est-à-dire activé et actualisé par des problèmes et facteurs psycho-sociaux, elle décompense sur un mode multiple. Sa surcharge et l'ampleur des problèmes ont d'ailleurs été reconnues par plusieurs examinateurs et sont aujourd'hui encore en vigueur, expliquant ainsi la persistance de problèmes médicaux et son incapacité de travail. Son médecin traitant était toujours optimiste car en face d'une très forte volonté et mobilisation des ressources de sa patiente. Mais ces dernières sont contrebalancées par les limitations objectives. Au fond, les problèmes contextuels ne sont, malgré des ébauches, pas vraiment résolus. La situation de son fils est catastrophique et la patiente n'est pas du tout déchargée du poids que cette dernière représente et aucune mesure officielle ne semble en vue. Deuxièmement, la situation conjugale n'est pas encore résolue, on pourrait peut-être en parler dans quelques années après son divorce réellement effectué et voir l'influence soulageante sur son état de santé. Troisièmement, les limitations de son corps avec un problème hypophysaire manifeste, un terrain migraineux, un syndrome de douleur (peu importe quel nom on lui donne) sont devenus une réalité indépendante et non seulement « terrain d'expression ».

Enfin, nous sommes en face d'un état dépressif sous-jacent, même si il n'est actuellement que d'un degré léger et même si il n'est pas facilement décelable et caché derrière les facettes des somatisations. Dès lors, nous nous trouvons alors en face d'une situation globale plutôt lourde. VIII. Diagnostic et conclusions : Au vu de ce qui précède, je pense donc que nous sommes chez cette patiente en face d'un véritable 1. Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4 dans la Classification Internationale des troubles Mentaux en vigueur, CIM-10) avec, comme décrit, une présence de conflits émotionnels et psychosociaux très importants, pouvant être considérés comme cause essentielle du trouble. Nous avons en parallèle les notions de 2. Troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01 selon CIM-10), 3. Migraines (G43 selon CIM-10), 4. Burn out (Z73.0 selon CIM-10). En observant le fonctionnement professionnel et adaptatif de la patiente ces dernières années, on constate qu'elle n'a pu maintenir qu'un taux de 10-20% en tant que caissière. Il est crédible et cohérent selon les différents témoignages qu'elle a toujours essayé de donner son maximum. Il est tout aussi crédible lorsqu'elle nous parle de son regret d'avoir dû arrêter aussi ce dernier petit pourcentage. Maintenant, elle met toutes ses ressources restantes pour sa propre santé, pour tenir la situation de la séparation involontairement prolongée et pour cadrer ses enfants. Même si elle le dément (c'est son objectif d'orientation), elle lutte probablement intérieurement encore contre une culpabilité importante, surtout par rapport à la situation de son fils semi-délinquant. Les différents diagnostics mentionnés reflètent donc l'ensemble de la charge de sa situation et sa pathologie y respective. Cette pathologie est double dans son contenu central : un syndrome douloureux véritablement confirmé, de même qu'une co-morbidité sous forme d'un trouble dépressif. Quant à l'état dépressif, il n'est pas étonnant que dans une situation aussi polymorphe, mixte, psychosocialement influencée, une médication classique antidépressive n'ait pas de prise. Je pense donc que ce n'est pas non plus un changement particulier de médication ou de traitement qui pourrait influencer d'une manière prépondérante les choses. Par contre, il est imaginable que la patiente puisse bénéficier d'un véritable travail psychothérapeutique du moment où elle est partie prenante. Peut-être une orientation avec « insistance en douceur » serait nécessaire. Malheureusement, elle a vécu auparavant deux tentatives d'approche psychothérapeutique dans des services psychiatriques où elle ne se sentait pas entendue et elle s'est donc réfugiée dans le groupement religieux qui est certes d'un certain soutien, mais pas assez professionnel pour travailler dans le sens d'une véritable approche psychothérapeutique. J'ai discuté la question et proposition déjà avec son médecin-traitant. En conclusion, je retiens donc que cette patiente, avec l'ensemble de ses problématiques, est dans une incapacité de gain d'au moins 80% probablement ces prochaines années. La situation pourrait être revue la première fois dans 2 à 3 ans et ensuite selon l'évolution. Au vu de son intelligence, il n'est même pas complètement exclu qu'elle puisse demander à bénéficier d'une formation ou d'une aide de réinsertion ultérieurement . » Dans un avis du SMR du 23 juin 2002, les Drs N._____ et D._____ se sont ralliés à l'avis du Dr J._____. Ils ont retenu un syndrome douloureux somatoforme persistant et des troubles dépressifs récurrents avec syndrome somatique (CIM F45.5 et F33.01). Au titre des pathologies associées du ressort de l'AI influençant la capacité de travail, les médecins ont mentionné des migraines. Tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, les médecins ont estimé la capacité de travail à 20%, en raison des limitations psychiatriques. Ils ont fixé le début de l'incapacité de travail durable en avril 1998, date de l'hospitalisation de l'intéressée en milieu psychiatrique. Par décision du 18 novembre 2002 confirmant un projet de décision du 17 juillet 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%. Le 24 décembre 2003, l'OAI a fait savoir à la Caisse de pensions X. _____ que le taux d'invalidité de l'assurée n'avait pas été déterminé par la méthode mixte dès lors qu'elle avait été considérée comme active à plein temps, et que la révision du dossier était prévue en juillet 2004. b) L'OAI a entrepris une première procédure de révision le 29 septembre 2005. Interpellée par l'office, l'assurée a indiqué le 4 octobre 2005 qu'elle avait été en incapacité de travail à 80% depuis 2002. Au niveau des modifications de son état de santé, elle a évoqué une aggravation, mentionnant une perte de force dans la main droite après l'opération du tunnel carpien ainsi qu'une situation générale douloureuse, tant sur le plan physique que « moral ». L'assurée a expliqué qu'elle était occupée aux travaux de son propre ménage et qu'elle n'exerçait aucune activité lucrative, hormis une aide dans une conciergerie dès janvier 2005, pour un salaire mensuel brut de 200 francs. Sous la rubrique « Remarques », l'intéressée a apporté les précisions suivantes : « Malheureusement et à tous points de vue, je ne peux actuellement pas accomplir une tâche régulière qui demande de la force de mes bras et mains et aussi une concentration des yeux et de la tête ». Toujours le 4 octobre 2005, l'assurée a fait savoir à l'OAI que si elle était en bonne santé, elle travaillerait en qualité de caissière à 80%, en plus de la tenue de son ménage, par nécessité financière et pour mener « une vie normale ». Elle aurait travaillé de la sorte depuis 1995, date de l'arrêt de travail de son époux en raison de son invalidité. Dans un rapport du 4 novembre 2005 à l'OAI, la Dresse K. _____ a retenu les diagnostics invalidant d'état anxio-dépressif sévère avec crises de panique récidivantes, de syndrome fibromyalgique et de céphalées chroniques. Elle a attesté une incapacité de travail à 80% depuis 1998, faisant état d'une tendance à l'aggravation. Le traitement consistait en psychothérapie, antidépresseurs et antalgiques. Au plan des constatations objectives, le médecin traitant a relevé les éléments suivants : « (...) La mobilisation de la plupart des articulations est douloureusement ressentie surtout du côté gauche. Les points de fibromyalgie sont tous présents. La force des doigts de la main droite est réduite après une intervention pour libération du médian dans le canal carpien. Dysesthésies diffuses. Le reste du status neurologique est dans les limites de la norme ». S'agissant du pronostic, la Dresse K. _____ s'est exprimée en ces termes : « Le pronostic m'avait paru favorable il y a quelques années. Actuellement on a l'impression d'une impasse et malgré la bonne volonté de cette patiente qui tente à tout prix de trouver des moyens de subsister financièrement, je ne l'imagine pas entrer dans le circuit professionnel même dans une activité adaptée et légère. Le pronostic me semble surtout défavorable au plan psychiatrique ». Le médecin traitant a estimé qu'en cas d'amélioration de l'état psychologique, il n'était pas exclu que l'assurée puisse reprendre le travail, soit dans son activité habituelle, soit dans une activité adaptée, celle-ci devant être variée, sans contraintes physiques ni stress psychologique. Une telle activité pourrait être exercée à raison de deux heures par jour, avec une baisse de rendement. La Dresse K. _____ a encore expliqué l'aggravation par une impotence douloureuse du poignet avec des paresthésies correspondant à une récurrence éventuelle du syndrome du canal carpien après échec de l'opération et la présence d'un même syndrome à gauche. Les limitations fonctionnelles consistaient en une fatigue généralisée, l'impossibilité de lever les bras au-dessus de la tête, d'effectuer des mouvements répétitifs avec les mains ainsi que de soulever K. _____ a joint à son rapport les documents suivants : - un rapport du 15 mars 2005 du Dr G. _____, psychiatre, à son attention, à teneur duquel après quelques séances en automne 2002, il avait retenu le diagnostic de troubles paniques (CIM-10 F41.0), - un rapport du 22 mars 2005 du Dr B. _____ à son attention, selon lequel la patiente souffrait

d'un nouveau type de céphalées, plutôt postérieures, que le neurologue a estimé comme faisant partie intégrante d'une crise de panique. Il a préconisé d'ajouter au traitement antidépresseur en cours une médication spécifique aux crises de panique, - le protocole opératoire du 30 août 2002 du Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, relatif à la décompression du nerf médian droit par endoscopie, le chirurgien indiquant que la sollicitation du nerf médian, aplati de 30% de son diamètre au moins, n'était sans doute pas seule responsable des brachialgies affectant l'assurée. A teneur d'une fiche d'examen du 28 avril 2006, l'OAI a retenu une aggravation de l'état de santé, lequel ne permettait pas la reprise d'une quelconque activité lucrative, l'assurée poursuivant néanmoins une petite activité de conciergerie lui rapportant 200 fr. bruts par mois. L'office a conclu au maintien de la rente entière, compte tenu d'un taux d'invalidité de 80%, la prochaine révision étant fixée en mai 2010. Par communication du 28 avril 2006, l'OAI 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 de la même rente que jusqu'alors, compte tenu d'un degré d'invalidité de 80%. c) L'OAI a initié une seconde révision le 4 juin 2010. Renseignant l'office le 11 juin 2010, l'assurée a qualifié son état de stationnaire. Elle a indiqué qu'elle s'occupait des travaux de son propre ménage et qu'elle était sans activité lucrative depuis octobre 2009. En guise de remarque, l'assurée a fait savoir qu'elle ne supportait pas les médicaments contre la dépression et les douleurs et que depuis 2008, elle suivait un traitement de physiothérapie, à raison d'une heure par semaine. Le 23 juin 2010, par le biais du formulaire de détermination de son statut, l'assurée a indiqué qu'en l'absence d'atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100% en qualité de caissière, par nécessité financière et « besoin personnel psychique d'avoir une activité normale dans la société », et ce dès 1999, année de la séparation d'avec son époux. Interpellée par l'OAI, la Dresse K. _____ a rendu un rapport le 11 août 2010, aux termes duquel elle a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles paniques et dépressifs sévères, de céphalées chroniques et de rachialgies chroniques. Qualifiant l'état de l'assurée de stationnaire, elle a émis un pronostic défavorable, au vu de la durée de l'affection psychiatrique. Le traitement consistait en un soutien psychologique, des anxiolytiques et de la physiothérapie. S'agissant de l'état actuel, le médecin traitant a relevé que les douleurs ostéo-articulaires et rachidiennes étaient d'intensité variable avec toutefois la persistance d'une mobilité cervicale diminuée, d'une périarthropathie de l'épaule gauche avec une épicondylite gauche chronique et des signes de compression du canal rachidien gauche. Le résultat de la cure de canal carpien droit était malheureusement négatif. L'assurée ne pouvait ni lever les bras au-dessus de la tête ni effectuer des gestes répétitifs. Elle présentait au demeurant une fatigabilité de la ceinture tant scapulaire que pelvienne. Toujours selon la Dresse K. _____, les restrictions affectant sa patiente étaient surtout d'ordre psychique, compte tenu de troubles paniques persistants et parfois très importants, empêchant une vie sociale normale. Les restrictions physiques concernaient quant à elles surtout la ceinture scapulaire. Dites limitations ne permettaient plus aucune activité, l'assurée connaissant au surplus une capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et de résistance limitée en raison des troubles paniques. Selon une fiche d'examen du 3 septembre 2010, l'OAI a confirmé le statut de personne active à 100% et maintenu le droit à la rente entière, compte tenu d'un taux d'invalidité inchangé de 80%, la prochaine révision étant prévue en septembre 2013. Par communication du 3 septembre 2010, l'OAI a signifié à l'assurée la poursuite du versement de sa rente d'invalidité, sans modification du droit. d) Le 6 février 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un questionnaire en

vue d'une nouvelle révision d'office de son droit à la rente. Répondant aux questions qui lui étaient posées le 21 février suivant, l'intéressée a qualifié son état de stationnaire. Elle a indiqué être sans activité lucrative, hormis 6 heures par mois en qualité d'aide de ménage chez un particulier, pour un salaire mensuel de 140 francs. Depuis 2002, sa capacité de travail était toujours limitée à 20%. Renseignant le même jour sur son statut, l'assurée a indiqué que si elle n'était pas atteinte dans sa santé, elle travaillerait à 100%, par nécessité financière et besoin personnel et psychique d'avoir une vie « normale » dans la société. Dans un rapport du 25 mars 2013 à l'attention de l'OAI, la Dresse K._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail [sic] de : - troubles dépressifs récurrents (F33.9) avec attaques de panique (F41), - syndrome douloureux chronique, - céphalées, - troubles du sommeil, - tachycardie paroxystique, - colon spastique, - hypothyroïdie substituée, - hypovitaminose D. Au niveau du constat médical, la Dresse K._____ a mentionné des points d'insertion tous douloureux, une palpation des masses musculaires de l'hémicorps également algique, une mobilité cervicale réduite, des séquelles fonctionnelles de la cure du tunnel carpien sous forme d'hyperalgie, le reste de l'examen neurologique étant normal. Le médecin traitant a attesté une incapacité de travail totale dans l'activité de caissière, l'assurée étant dans l'impossibilité de garder la position assise prolongée et d'effectuer des mouvements répétitifs. L'intéressée subissait également une diminution de sa force de préhension. Selon la Dresse K._____, toute réadaptation était illusoire, compte tenu de la durée et de la chronicité des troubles, ceci malgré des ressources intellectuelles évidentes. S'agissant des limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique, la praticienne a fait état de difficultés relationnelles de même que dans la gestion des émotions, d'apragmatisme, de difficultés liées aux tâches administratives, de troubles dans le rythme diurne/nocturne, de difficultés dans la reconnaissance de la maladie et dans la gestion du traitement, d'hypersensibilité au stress et d'apparition périodique de phases de décompensation. La Dresse K._____ a également relevé la présence d'autres troubles fonctionnels, tels que douleurs abdominales, céphalées, troubles mnésiques et 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. S'agissant des activités en contact avec la clientèle ou exigeant de fréquents contacts interpersonnels, la Dresse K._____ relevait la peur de l'assurée de ne pouvoir assumer sa tâche en fonction de l'état douloureux ou des symptômes psychosomatiques. Mentionnant enfin les heures de ménage accomplies par sa patiente, la praticienne précisait qu'elles étaient effectuées à un rythme ralenti et qu'une cadence soutenue ou un horaire régulier ne pourrait pas être assumé. Par communication du 13 mai 2013, l'OAI a informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise médicale. Le 5 août 2013, le SMR a mandaté le L._____ (ci-après : L._____) en vue de l'expertise. Rappelant les termes introduits par la 6^e révision de l'AI impliquant l'obligation de réexaminer les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique, même en l'absence de modification de l'état de santé, le SMR a demandé aux experts de procéder à une nouvelle évaluation du taux d'invalidité. Les médecins du L._____ étaient en particulier invités à se prononcer sur le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative sur la base des critères restrictifs

introduits par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Pour les besoins de l'expertise, l'assurée a fait l'objet d'examen au L. _____ le 4 septembre 2013, par les Drs M. _____, spécialiste en médecine interne, et Q. _____, psychiatre, ainsi que le 19 septembre 2013, par la Dre P. _____, rhumatologue. Dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire du 10 janvier 2014, les experts n'ont retenu aucun diagnostic portant atteinte à la capacité de travail. Seul prévalait selon eux un syndrome douloureux persistant (F45.4) existant depuis au moins 1998, mais qui restait sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée. Les experts ont constaté l'absence de limitations fonctionnelles au niveau psychique et social. Au plan physique, ils ont relevé qu'en l'absence de diagnostic incapacitant, il n'y aurait théoriquement aucune limitation, mais qu'en raison des rachialgies, de l'âge et de la longue période d'incapacité, il était préférable que l'activité envisagée soit plutôt légère, assise, sans port de charges lourdes de manière répétée, avec possibilité de changer fréquemment de position. Les experts ont indiqué que le degré d'incapacité de travail, de 80% depuis 1998, était resté inchangé, mais qu'en raison du changement des critères d'évaluation de l'invalidité, la capacité de travail devait maintenant être considérée comme complète tant dans son activité habituelle que dans d'autres activités, sans baisse de rendement. Au niveau psychique, l'assurée était selon eux capable de s'adapter à son environnement professionnel. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient ainsi envisageables sans restriction. Au chapitre de la synthèse et de la discussion, les experts ont fait part des éléments suivants : « Rappel de l'histoire médicale : Madame W. _____ est une assurée suisse d'origine [...] de [...] ans, divorcée, mère de trois enfants. Elle est connue pour un syndrome douloureux chronique depuis des années, au bénéfice d'une rente AI entière depuis le 06.12.2009 [sic]. Elle a été active en dernier lieu comme caissière à X. _____. Depuis son adolescence, elle souffre de céphalées communes, qu'elle traite avec du Dafalgan ; de 1993 à 2002, elle a souffert de migraines vraies. Depuis trois ou quatre ans, elle présente une légère hypothyroïdie traitée par de l'Euthyrox. Depuis quatre à cinq ans, elle souffre de crises de tachycardie paroxystique à type de maladie de Bouveret pour lesquelles un contrôle cardiologique n'a rien révélé. Depuis les années 1990, les douleurs sont inchangées, constantes mais fluctuantes. Tous les traitements essayés sont inefficaces ou mal supportés. Madame W. _____ souffre d'une gastrite chronique depuis sa jeunesse, pour laquelle elle prend actuellement du Pantozol ; elle a été traitée à trois reprises pour une infection à *helicobacter pylori*. Elle a vécu des situations difficiles dues à la guerre dans son pays d'origine, elle a présenté un état de stress post-traumatique qui s'est amendé avec le temps. Situation actuelle et conclusions : Sur le plan de la médecine interne la gastrite chronique est plus ou moins contrôlée avec le Pantozol. L'hypothyroïdie est actuellement traitée avec de l'Euthyrox 50 mg par jour. Les céphalées communes se manifestent une à deux fois par mois, peuvent durer jusqu'à quatre jours, sont plus ou moins contrôlées par de Dafalgan. Les crises de tachycardie paroxystique sont peu fréquentes, survenant au maximum une fois par mois, avec une seule crise depuis une année, celles-ci ayant duré une heure. Madame W. _____ souffre également d'un côlon spastique et de démangeaisons pour lesquelles des recherches allergologiques n'ont pas identifié d'origine précise. Aucune de ces affections n'a d'incidence sur la capacité de travail. Sur le plan rhumatologique depuis environ un an, les douleurs diffuses sont devenues de plus en plus importantes, constantes sans fluctuation, touchant tout le corps, surtout la région cervicale, irradiant dans les deux épaules et lombaire basse. Elles sont accompagnées d'importants troubles du sommeil et d'une importante fatigue. A l'examen clinique, on note un discret syndrome vertébral lombaire. Le reste de l'examen clinique est normal, hormis la présence de points de

fibromyalgie (15/18). Tous les examens effectués jusqu'à présent sont normaux. En conclusion, Madame W. _____ présente un syndrome douloureux chronique sans corrélation objective en aggravation depuis environ un an, ne répondant à aucun traitement. Il n'y a pas de changement depuis 1999, date depuis l'attribution de la rente pour ce problème, hormis l'aggravation récente des douleurs. En l'absence d'éléments objectifs en relation avec les douleurs, la capacité de travail doit être considérée comme complète. 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. Sur le plan psychique l'expertisée a fait preuve de bonnes capacités d'adaptation et d'intégration en Suisse. Elle parle couramment le français. Elle a vécu différents facteurs de stress faits de guerre dans son pays de 1975 jusqu'en 1981 ; l'accident de circulation invalidant de son mari en 1984 ; les violences de la part de son ex-mari jusqu'en 1999 ; les troubles du comportement et les problèmes de délinquance de son fils aîné jusqu'en 2009 ; les troubles du comportement de sa fille qui sont encore une source de souci. Elle a été hospitalisée en 1998 durant un mois et demi en milieu psychiatrique en raison de problèmes familiaux. Le diagnostic posé a été celui d'état anxio-dépressif d'intensité légère, avec syndrome somatique, et elle a été traitée avec du Tranxilium 10 mg par jour et un soutien psychothérapeutique. Madame W. _____ n'a plus de suivi psychiatrique depuis 1999 et ne prend plus de médication psychotrope depuis 2007. En automne 2002 et 2005, l'expertisée a consulté le Dr G. _____, psychiatre à [...], qui a retenu un diagnostic de trouble panique et proposé un traitement de Xanax à une posologie de 0.75 mg/j. L'expertisée a été prise en soin par sa médecin généraliste également pour ses problèmes psychiques, c'est elle qui lui a prescrit le traitement anxiolytique jusqu'en 2007 (Xanax). L'assurée se plaint d'une symptomatologie dépressive et anxieuse depuis 1998 : humeur dépressive permanente d'intensité maximale à 8/10 et qui est directement proportionnelle à l'intensité de ses douleurs ; anhédonie et tendance au repli social ; troubles d'endormissement et réveils précoces ; manque d'énergie, fatigue permanente ; estime de soi basse et manque de confiance en soi troubles de la concentration et de mémoire ; anxiété plusieurs jours par semaine d'intensité 9/10, avec crainte que sa santé ne se détériore. De plus, il existe encore quelques symptômes résiduels d'un état de stress post-traumatique : souvenirs répétitifs, détresse lorsqu'elle est exposée à des documentaires sur la guerre, hyperréactivité physiologique à des bruits d'explosions (feu d'artifice). L'appréciation de sa personnalité, ne relève aucun trait de personnalité pathologique. La description des activités quotidiennes et de sa vie sociale nous apprend que l'assurée reste relativement active socialement, et qu'elle gère seule, quoique à un rythme plus lent, ses tâches ménagères et administratives. Madame W. _____ fait le ménage chez une personne trois heures toutes les deux semaines. L'assurée a également eu un certain nombre d'activités bénévoles ces dernières années jusqu'en mars de cette année, mais les a toutes interrompues progressivement en raison des douleurs chroniques. L'examen psychiatrique est dans les limites de la norme. Il n'est constaté aucun ralentissement psychomoteur, ni de troubles cognitifs, l'humeur est euthymique, il n'y a aucun signe anxieux. En conclusion, le tableau clinique présenté par cette expertisée est compatible compte-tenu des constatations des somaticiens avec un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. La symptomatologie dépressive et anxieuse est à mettre sur le compte du trouble somatoforme car elle est étroitement liée à la symptomatologie douloureuse et que ses plaintes ne sont pas associées à des signes dépressifs ou anxieux à l'examen psychiatrique. La symptomatologie

liée aux traumatismes de guerre n'est plus actuellement suffisamment présente pour qu'il soit possible de poser un diagnostic d'état de stress post-traumatique actuellement. Il n'existe pas de limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique. Le syndrome somatoforme n'est pas associé à une comorbidité psychiatrique grave, il n'y a pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé, pas d'échec des traitements ambulatoires, Madame W. _____ n'a d'ailleurs jamais bénéficié d'un suivi régulier et durable psychiatrique, ni psychothérapeutique. » Dans un avis du SMR du 20 janvier 2014, la Dresse T. _____ a jugé l'avis des experts du L. _____ concluant et s'est ralliée à leurs conclusions. Par projet de décision du 19 novembre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de supprimer sa rente d'invalidité à partir du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision formelle à venir. L'office a retenu que l'examen de la rente à la lumière des dispositions finales de LAI du 18 mars 2011 avait abouti à la conclusion 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. L'office avisait également l'assurée qu'une mesure de réinsertion professionnelle lui serait proposée, assortie du versement de la rente, au maximum pendant deux ans. Au terme d'un entretien du 19 novembre 2014 dans les locaux de l'OAI au sujet de sa réadaptation, l'assurée a accepté la proposition de mesure de réinsertion émise par l'office. Par communication du 3 décembre 2014, l'OAI a informé l'assurée de la mise en œuvre d'une mesure de nouvelle réadaptation sous forme d'un entraînement à l'endurance auprès du Z. _____ du 9 décembre 2014 au 27 février 2015. Par décision du 5 janvier 2015, l'OAI a confirmé la suppression de la rente versée « depuis le 1^{er} novembre 1997 » [sic] dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Reprenant les termes de son projet du 19 novembre 2014, l'office a précisé que si la révision de rente fondée sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 aboutissait à la conclusion que l'atteinte à la santé était objectivement surmontable, il n'y avait pas d'incapacité de travail au sens de la loi et la rente pouvait être supprimée, même si les conditions de l'art. 17 LPGA n'étaient pas réunies. Dite décision précisait qu'un éventuel recours à son encontre n'aurait pas d'effet suspensif sur sa mise en œuvre au terme prévu. A teneur d'une note d'entretien téléphonique au dossier de l'OAI, le Dr R. _____, psychiatre nouvellement en charge du suivi de l'assurée, a pris contact avec l'office le 9 mars 2015. Il a fait savoir au spécialiste en réinsertion qu'à ses yeux, le diagnostic retenu était erroné, la fibromyalgie cachant selon lui également une grande douleur psychique, voire post-traumatique, sous forme de dépression masquée. Il a également indiqué avoir prescrit un arrêt de travail. Selon une note établie le 13 mars 2015 à l'issue d'une entrevue réunissant le spécialiste en réinsertion de l'OAI, la responsable de la mesure auprès de Z. _____ et l'assurée, les objectifs visés par la mesure avaient été atteints, avec une augmentation du temps de présence. L'assurée a fait état d'une aggravation de son état, moralement et physiquement, précisant ne plus avoir de vie après la mesure de réinsertion et ne pas voir le sens de sa présence en mesure ni vers quoi elle pourrait aller par la suite. Elle

a fait part de son sentiment de ne rien faire, de ne pas travailler, sa situation lui étant insupportable. A l'issue de l'entretien, une prolongation de la mesure de deux mois a été décidée, du 28 février au 30 avril 2015, afin de parvenir à un temps de présence de 4x3 heures par semaine. Il a également été envisagé de mettre en place un cours de gestion de la douleur. B. Par acte du 4 février 2015, représentée par l'avocat Jean■Emmanuel Rossel, W._____ recourt devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de l'OAI du 5 janvier 2015. Elle conclut principalement, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision contestée et à l'octroi d'une rente entière sur la base d'un taux d'invalidité de 100%, requérant à titre préalable la restitution de l'effet suspensif. A l'appui de sa contestation, la recourante fait valoir que les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 ne s'appliquent pas à son cas, dans la mesure où elle percevait une rente depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure d'examen. Elle soutient en outre qu'elle est en incapacité totale de travail. Au titre des mesures d'instruction, elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise ainsi que l'audition de la Dresse K._____ en qualité de témoin, ou son interpellation par le biais d'un questionnaire. Conjointement à son recours, l'assurée a déposé une demande d'assistance judiciaire. Par décision du 13 avril 2015, la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 5 février 2015, sous forme de l'exonération des avances et frais de justice, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Emmanuel Rossel, la recourante étant astreinte à payer une franchise mensuelle de 50 fr. dès et y compris le 1^{er} juillet 2015. Par courrier du même jour, la juge instructeur a demandé à l'intimé de se déterminer sur la demande de restitution de l'effet suspensif formulée par la recourante. Le 27 avril 2015, l'intimé a préavisé le rejet de la requête de restitution de l'effet suspensif, au motif qu'un tel retrait permettrait à l'assurée de continuer à toucher sa rente jusqu'à l'issue de la présente procédure et qu'en cas de rejet du recours, une procédure en restitution de prestations versées à tort risquait fort d'être infructueuse. Ce risque justifiait selon l'OAI le maintien du retrait de l'effet suspensif. Par ordonnance du 15 juin 2015, la juge instructeur a rejeté la requête de restitution de l'effet suspensif, dite ordonnance ayant été confirmée par jugement de la Cour de céans du 17 août 2015 (AI 189/15 – 218/2015). Répondant au recours par courrier du 10 septembre 2015, l'intimé conclut à son rejet et au maintien de sa décision du 5 janvier 2015, faisant valoir que le syndrome somatoforme prévalant depuis 1998 au moins ne répond pas aux critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître un caractère invalidant. L'office relève en outre 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. A cet égard, l'intimé mentionne que la décision litigieuse présente une erreur de plume, le droit à la rente ayant été accordé dès avril 1999 et non dès novembre 1997. L'OAI renvoie au surplus à l'avis du SMR du 20 janvier 2014. Par réplique du 5 novembre 2015, la recourante fait valoir que les différents maux dont elle est affectée la rendent incapable de travailler, de sorte que le maintien d'une rente entière s'impose. Elle requiert l'audition en qualité de témoin du Dr R._____, dont elle produit trois certificats médicaux : - un certificat du 26 août 2015, attestant une incapacité de travail à 100% du 26 août au 25 septembre 2015, - un certificat du 25 septembre 2015, faisant état d'une incapacité de travail à 100% du 26 septembre au 15 octobre 2015, - un certificat du 30 septembre 2015, à la teneur suivante : « Je soussigné Docteur R._____ médecin psychiatre et psychothérapeute membre de la FMH certifie suivre Madame W._____ née le 01.09. [...] depuis le 21 janvier 2015 sur recommandation du V._____ anesthésiste, spécialiste de la douleur et de la fibromyalgie

du H._____ . Cette patiente, pourtant de caractère fort, volontaire, courageuse et travailleuse présente de façon chronique, sur fond d'antécédent de traumatismes gravissimes de guerre, et en situation ancienne de mère isolée : - Asthénie importante invalidante - Troubles somatoformes algiques invalidants (douleurs localisées sur l'ensemble du corps, plus fortes sur l'hémicorps gauche, résistantes à tous les traitements, y compris par résonance magnétique) - Insomnie majeure - Angoisse de fond - Crises d'anxiété aiguës et attaques de panique avec repli sur soi, phobie de sortir avec sentiment de danger par période de plusieurs semaines - Désarroi majeur, sentiments d'injustice [et] de dévalorisation - Tristesse, souffrance morale, idées noires sans scénario suicidaire Il s'agit d'un état d'inadaptation au travail (Diagnostics, selon la classification internationale CIMX : F401 Phobies de sortir aiguës répétées, F4322 Réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée, F431 Etat de Stress Post-Traumatique, F454 Syndrome douloureux somatoforme persistant) Cet état entraîne une incapacité de travail supérieure à un mois, et ce de façon itérative . » Dans une duplique du 26 novembre 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions, tout en précisant que les incapacités de travail attestées par le Dr R._____ concernaient une période postérieure à la prise d'effet de la décision contestée. Par courrier du 8 février 2016, la juge instructeur a signifié à Me Rossel que la cause lui paraissait en état d'être jugée et qu'elle n'estimait pas nécessaire de procéder à une instruction complémentaire du dossier, ni de répondre favorablement à ses réquisitions de preuves. Me Rossel était invité à déposer sa liste des opérations d'ici au 19 février 2016. Le 18 février 2015, Me Rossel a produit la liste des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure pour la période courant du 4 février 2015 au 18 février 2016, totalisant 12 heures de prestations d'avocat et 40 fr. de débours, pour un montant total de 2'376 fr., TVA comprise. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (art. 1 al. 1 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). b) Conformément à ce que prévoit l'art. 61 LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA■VD (loi cantonale vaudoise 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 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]). c) Interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 2. L'objet du litige porte sur la suppression de la rente AI, contestée par la recourante, fondée sur les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de de la LAI, dans le cadre de sa 6 e révision. 3. Il convient tout d'abord de déterminer si lesdites

dispositions finales trouvent application dans le cas d'espèce. a) Selon l'al. 1 de la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6^e révision de l'AI, premier volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012 (RO 2011 5659), les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogénèse 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. A teneur de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le 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. L'alinéa 2 précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de travail. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. L'al. 4 de la let. a des dispositions finales précise que 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. b) Le Tribunal fédéral a tout d'abord jugé que trois conditions devaient être réalisées pour que puisse avoir lieu une révision du droit à la rente fondée sur l'al. 1 de la let. a des 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 pathogénèse 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 ; il convient également d'examiner si l'état de santé s'est dégradé et si un autre diagnostic peut être posé en se fondant, cas échéant, sur une expertise. Enfin, il faut vérifier si les « critères de Foerster » sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (cf. ATF 139 V 547 consid. 10.1 ; cf. TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 5.2, 8C_436/2013 du 23 janvier 2014 consid. 4 et 8C_505/2013 du 8 janvier 2014 consid. 4.1). Dans un arrêt plus récent, le Tribunal fédéral a ensuite considéré qu'il n'avait exclu l'application de la let. a al. 1 des dispositions finales de la révision, en cas de rente allouée en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologies claires, d'une part, et d'atteintes à la santé objectivables, d'autre part, les deux types d'atteintes étant distincts, que si et dans la mesure où la rente pouvait être fondée sur ces dernières atteintes à la santé (ATF 140 V 197 consid. 6.2.3). Enfin, le Tribunal fédéral a ajouté, dans un arrêt 9C_121/2014 du 3 septembre 2014 (consid. 2.6), qu'en cas d'imbrication étroite du syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et des autres atteintes à la santé ayant fondé l'octroi initial d'une rente d'invalidité, l'application de la let. a al. 1 des dispositions finales de la révision 6a reste exclue, à moins que les atteintes objectivables n'aient joué qu'un rôle secondaire, renforçant uniquement les effets du syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires. c) En l'occurrence, dans son rapport d'expertise du 22 mai 2002, le Dr J. _____ a retenu que l'assurée présentait un « véritable syndrome douloureux somatoforme persistant », avec « en parallèle les notions de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel léger avec syndrome somatique [...], migraines [et] burn out » (cf. rapport d'expertise p. 13). L'expert a précisé que la pathologie de l'assurée était double dans son contenu central, à savoir un syndrome douloureux

véritablement confirmé, ainsi qu'une comorbidité sous forme d'un trouble dépressif. (cf. rapport d'expertise p. 13 et 14). Dans leur avis du 23 juin 2002, les médecins du SMR se sont ralliés aux conclusions du Dr J._____. On peut donc considérer que c'est principalement en raison du syndrome douloureux somatoforme que la rente d'invalidité a été initialement accordée à l'assurée dès le 1^{er} avril 1999, les atteintes objectivables n'ayant joué qu'un rôle secondaire renforçant uniquement les effets du syndrome sans pathologie ni étiologie claires. On relèvera à cet égard que les troubles dépressifs, en phase légère au moment de l'expertise, n'ont été retenus qu'au titre de comorbidité par le Dr J._____. Constituant généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, ils ne justifient pas à eux seuls l'octroi d'une rente d'invalidité, sauf à présenter un degré de sévérité important, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Lors des révisions d'office intervenues en 2005 et 2010, l'OAI a maintenu la rente entière, sans modification des motifs la fondant. Au surplus, les circonstances du cas particulier ne tombent pas sous le coup des motifs d'exclusion prévus à l'al. 4 de la let. a des dispositions finales de la 6^e révision de l'AI. D'une part en effet, née en [...], l'assurée n'avait pas atteint l'âge de 55 ans lors de l'entrée en vigueur de ladite modification le 1^{er} janvier 2012. D'autre part, percevant une rente ordinaire d'invalidité depuis le 1^{er} avril 1999, elle n'était pas au bénéfice d'une rente depuis plus de quinze ans lors de l'ouverture de la procédure de révision, en 2013 (ATF 140 V 15 consid. 5.1 et 139 V 442 consid. 3 et 4). d) Au vu de ce qui précède, c'est de manière convaincante que l'intimé a entrepris la révision de la rente accordée à la recourante dès le 1^{er} avril 1999 sur la base des dispositions finales de la 6^e révision de l'AI. 4. Cela étant, il convient d'examiner si les atteintes affectant la recourante ont un caractère invalidant. a) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). aa) Selon la jurisprudence applicable à l'époque où l'expertise du L._____ été réalisée, une telle atteinte était présumée ne pas entraîner d'incapacité de travail durable (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait en effet une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2, cf. aussi ATF 139 V 547 consid. 6 et 8). Notre Haute Cour avait toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et avait établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (« critères de Foerster »). Parmi ces critères, on devait retenir, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Pouvait constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2 ; 130 V 352 consid. 3.3.1). Au sein des autres critères déterminants, devaient être considérés comme pertinent, des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupaient pas avec le trouble somatoforme douloureux), un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé,

sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Au sujet de la comorbidité psychiatrique, les états dépressifs (pris en tant que comorbidité psychiatrique) constituaient généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne faisaient pas l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (TF I 87/06 du 31 janvier 2007 consid. 3.3 et réf. cit.). bb) Dans un arrêt récent publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité). b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération. 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 (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la

personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

d) Une nouvelle jurisprudence est en principe applicable à toutes les procédures pendantes qui ne sont pas encore entrées en force au moment du changement de pratique (arrêt 2A.471/2005 du 10 novembre 2006 in StE 2007 B 24.4, consid. 3.7 et la référence à l'ATF 111 V 161 consid. 5b).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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). À cet égard, le Tribunal fédéral a précisé que l'appréciation d'une situation médicale déterminée ne saurait par conséquent se résumer à trancher, sur la base de critères exclusivement formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant d'apprécier la portée d'un document médical, seul en définitive le

contenu matériel de celui-ci permet de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, s'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit.; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc). b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 126 V 353 consid. 5b et réf. cit. ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 ; 126 V 319 consid. 5a). 6. a) En l'occurrence, après avoir alloué une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} avril 1999 essentiellement sur la base d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, l'OAI en a décidé la suppression au motif que, aux termes du rapport d'expertise établi le 10 janvier 2014 par le L. _____, ledit syndrome était dorénavant sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée. Au niveau rhumatologique, les experts ont fait état d'un examen clinique normal, hormis un discret syndrome vertébral lombaire et la présence de points de fibromyalgie (15/18). Ils ont conclu à un syndrome douloureux chronique sans corrélation objective, précisant que celui-ci était en aggravation depuis environ un an et ne répondait à aucun traitement. Les douleurs étaient devenues de plus en plus importantes, constantes sans fluctuation, touchant tout le corps, surtout la région cervicale, irradiant dans les deux épaules, et la région lombaire basse, accompagnées d'importants troubles du sommeil et d'une importante fatigue. En l'absence d'éléments objectifs en lien avec les douleurs, ils ont considéré que la capacité de travail au plan physique était entière. En l'absence de diagnostic incapacitant d'ordre physique, les experts ont estimé qu'il ne devrait y avoir aucune limitation, mais qu'en raison des rachialgies, de l'âge et de la longue période d'incapacité, il était préférable que la recourante occupe une activité légère, assise, sans port de charge lourdes de manière répétée, avec possibilité de changer fréquemment de position. Au plan psychiatrique, les experts ont conclu à un examen dans les limites de la norme. Ils ont jugé que la symptomatologie dépressive et anxieuse était à mettre sur le compte du trouble somatoforme dans la mesure où elle était étroitement liée à la symptomatologie douloureuse. Les experts ont estimé que le syndrome somatoforme n'était pas associé à une comorbidité psychiatrique grave, qu'il n'y avait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé, pas d'échec des traitements ambulatoires. S'agissant du syndrome douloureux chronique, les

experts ont précisé qu'il n'y avait pas eu de changement depuis 1999, date de l'attribution de la rente, hormis une aggravation récente des douleurs, ajoutant que l'incapacité de travail de 80% prévalant depuis 1998 restait inchangée, mais qu'en raison du changement des critères d'évaluation de l'invalidité, la capacité de travail devait être considérée comme entière, sans baisse de rendement. Ce faisant, les experts se sont toutefois prononcés sur la base des exigences jurisprudentielles prévalant à l'époque de leur analyse (cf. ATF 130 V 352 notamment), fondant clairement leur appréciation sur les critères de Foester (comorbidité psychiatrique importante, perte d'intégration sociale, cristallisation de l'état psychique, etc...). Ces exigences ont toutefois évolué depuis lors et l'examen du caractère invalidant d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique doit dorénavant s'effectuer sur les indicateurs retenus par le Tribunal fédéral dans son arrêt publié sous référence ATF 141 V 281. La nouvelle jurisprudence a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminant (cf. ATF 141 V 281 consid. 8). b) En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante est atteinte d'un trouble somatoforme douloureux persistant, à savoir un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tout au moins depuis 1998. L'ensemble des médecins traitants et experts s'entendent sur ce point, tout comme sur le fait que dite atteinte est résistante à tous les traitements. Ils reconnaissent également la présence de troubles dépressifs, voire anxio-dépressifs, leurs avis divergeant toutefois sur l'effet de ces troubles sur la capacité de travail. Force est cependant de constater qu'en sus des pathologies précitées, l'intéressée souffre de multiples atteintes associées. Ainsi, dans son rapport du 24 mars 2013 à l'OAI, la Dresse K._____ a retenu, tout comme les experts, des troubles dépressifs récurrents et un syndrome douloureux chronique. Elle a cependant également mis en avant des troubles du sommeil (également évoqués par les experts du L._____, cf. rapport d'expertise p. 14), des céphalées et des attaques de panique, pathologies dont elle a régulièrement fait état depuis 2005, précisant en 2010 que les troubles paniques étaient persistants et parfois très importants, empêchant une vie sociale normale et limitant la résistance de l'assurée (cf. rapports des 4 novembre 2005 et 11 août 2010). Toujours aux termes de son rapport du 24 mars 2013, le médecin traitant a rappelé que la recourante souffrait de séquelles douloureuses d'une cure du tunnel carpien droit, dont elle avait jugé le résultat négatif dans son rapport du 11 août 2010, ainsi que d'une épitrochléite droite. La Dresse K._____ a encore relevé des troubles mnésiques et des vertiges, ainsi que des limitations en matière de concentration, d'attention, d'organisation et de planification. Elle a attesté une totale incapacité de travail dans l'activité de caissière, sa patiente étant, entre autre, dans l'incapacité de maintenir la position assise prolongée, d'effectuer des mouvements répétitifs, de garder la tête penchée en avant, d'exercer des activités exigeant de la rapidité, de l'endurance, de la précision et générant du stress. De son côté, dans son rapport du 30 novembre 2015, outre le syndrome douloureux somatoforme persistant (F454), le Dr R._____ a diagnostiqué des phobies de sortir aiguës répétées (F401), une réaction mixte anxieuse et dépressive prolongée (F4322), un état de stress post-traumatique (F431). Il a également mis en évidence une insomnie majeure, des crises d'anxiété aiguës et des attaques de panique avec replis sur soi et phobie de sortir avec sentiment de danger de plusieurs semaines. Il a en outre relevé une

asthénie importante invalidante, une angoisse de fond, un désarroi majeur, des sentiments d'injustice et de dévalorisation, une tristesse, une souffrance morale ainsi que des idées noires sans scénario suicidaire. Certes, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 241 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Cependant, un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 ; arrêt 9C_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2). Or, en l'espèce, dès lors que le Dr R. _____ suit l'assurée depuis le 21 janvier 2015, on ne peut exclure que son avis permette d'apprécier les circonstances prévalant au moment où la décision litigieuse a été rendue, le 5 janvier 2015. Ses conclusions ne peuvent ainsi pas être purement et simplement ignorées. Il sied en outre de relever que les experts du L. _____ admettent une aggravation des douleurs, prévalant depuis 2012, ayant contraint la recourante à abandonner progressivement la totalité de ses activités bénévoles. Les experts ont également constaté que lesdites douleurs ne répondaient à aucun traitement, ce que les Drs K. _____ et R. _____ ont également relevé dans leurs rapports respectifs des 17 janvier 2000 et 30 novembre 2015, le Dr R. _____ mentionnant à cet égard l'intervention du Dr V. _____, anesthésiste spécialiste de la douleur et de fibromyalgie au H. _____. c) En définitive, face à la complexité du cas, aux multiples diagnostics associés (dont notamment céphalées, troubles du sommeil, attaques de panique) retenus par les experts et/ou les médecins traitants, à l'aggravation des douleurs et à leur résistance à tous les traitements entrepris, force est de constater que les éléments au dossier ne suffisent pas à statuer en pleine connaissance de cause sur le droit de l'assurée en lien avec la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral précitée. Le rapport d'expertise du L. _____ ne permet en particulier pas de se déterminer sur les indicateurs retenus par dite jurisprudence. Un complément d'expertise est ainsi nécessaire afin que les experts se déterminent plus précisément sur les nouveaux points évoqués par la jurisprudence. A titre de droit transitoire, le Tribunal fédéral admet un simple complément d'expertise au regard de la jurisprudence publiée à l'ATF 141 V 281. Dans la mesure où il ne s'agit que d'un complément, un renvoi à l'autorité intimée est par ailleurs justifié (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine). En définitive, la cause doit être renvoyée à l'intimé pour la mise en œuvre d'un complément d'expertise auprès du L. _____. Les experts seront expressément invités à préciser s'ils maintiennent ou modifient leur appréciation de la capacité résiduelle de travail de la recourante, compte tenu de la nouvelle grille d'analyse posée par le Tribunal fédéral. Ils seront également appelés à se prononcer sur l'éventuelle évolution de dite capacité de travail depuis leur dernière évaluation, intervenue en septembre 2013. d) Au vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant les requêtes de mesures d'instruction complémentaires de la recourante. 7. a) Au vu de ce qui précède, la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction dans le sens des considérants qui précèdent et qu'il rende une nouvelle décision. b) Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI), sont mis à la charge de l'intimé, qui succombe. c) La recourante obtenant gain de cause a par ailleurs droit à des dépens à la charge de l'intimé, lesquels sont déterminés en fonction de l'importance et de la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD). Comprenant une participation aux honoraires d'avocat (art. 10 et art. 11 al. 1 TFJDA [Tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015; RSV 173.36.5.1]), ils sont en l'espèce fixés à 2'500 fr., débours et TVA compris. Ces dépens couvrent une

éventuelle indemnité d'assistance judiciaire, sur laquelle on peut donc renoncer à statuer plus précisément. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 5 janvier 2015 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), sont mis à la charge de l'intimé. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud versera à W._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) 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 W._____), à Morges, ■ 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.