

VD_GERICHTE ZD18.039164 vom 18. August 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-08-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.039164

FR: VD_GERICHTE ZD18.039164 du 18 août 2021

IT: VD_GERICHTE ZD18.039164 del 18 agosto 2021

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 276/18 - 235/2021 ZD18.039164 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 18 août 2021 _____ Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente M. Neu, juge, et M. Peter, assesseur Greffière : Mme Huser ***** Cause pendante entre : N. _____, à [...], recourante, représentée par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne, et OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimée. Art. 6, 7, 8 al. 1, 17 al. 1 et 39 al. 3 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI 402

- 2 - E n f a i t : A. N. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le 18 avril 1959, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 9 mars 1999. Par jugement du 19 septembre 2007, le Tribunal des assurances (TASS ; actuellement : la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal [CASSO]) a estimé qu'un rapport d'expertise du Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel ce médecin avait posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, de syndrome somatoforme douloureux persistant et de hernie discale foraminale gauche en L4-L5, était convaincant. Ce jugement comportait aussi cet extrait en lien avec l'expertise : « [...] L'expert indique ce qui suit : « Personnellement, vu l'importance de l'état dépressif que j'ai constaté chez l'expertisée, la présence constante de douleurs, et les attitudes antalgiques que Mme N. _____ prend à tout moment, je ne la voie (sic) pas s'occuper à un travail nécessitant des efforts physiques. Une réadaptation professionnelle est contre-indiquée vu l'âge de l'expertisée, son faible bagage scolaire et la rigidité de sa personnalité. De ce fait, j'estime qu'il s'agit d'une invalidité à long terme. Quant à la question de la capacité de travail, l'expert s'est prononcé comme suit : « L'importance des troubles de l'expertisée entraînent effectivement une incapacité de travail. Etant donné que le Dr [...] a vu Mme N. _____ en 2000 et a conclu à cette époque à une incapacité de travail de 0 à 60%, j'estime qu'il avait certainement raison à ce moment-là, par contre, actuellement, l'incapacité de travail de l'expertisée est totale. Il est clair qu'il est très difficile, rétrospectivement, de donner une date plus précise, mais je présume que (...) l'état de Mme N. _____ s'est péjoré encore davantage, augmentant son pourcentage d'incapacité de travail de 60 à 100%. » Son pronostic est défavorable et [l'expert] n'envisage pas d'amélioration à moyen terme, même avec une prise en charge psychiatrique plus intensive. Quant à « faire l'effort de surmonter ses inhibitions », il trouve cynique de parler de volonté de faire un effort à une personne ayant des troubles de santé aussi importants. »

- 3 - Le TASS a admis la date de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée retenue ex aequo et bono par l'expert H. _____ au 1er janvier 2003, mais il a jugé que dans la

mesure où cette date était postérieure à une décision de l'OAI du 30 août 2002, il ne pouvait statuer lui-même, parce qu'il devait se fonder sur l'état de fait arrêté à la date de la décision. En réalité, l'assurée avait alors recouru contre une décision sur opposition du 15 juillet 2004. Le TASS a donc renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il procède immédiatement à une révision. Ce jugement n'a fait l'objet d'aucun recours. Dans un projet de décision du 29 avril 2008, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui allouer une rente entière dès le 1er juillet 2004. Il a estimé que la décision sur opposition du 15 juillet 2004 avait été confirmée par le jugement du TASS et qu'il ne pouvait faire remonter la rente avant juillet 2004. Il a confirmé le projet par décision du 31 juillet 2008. La CASSO a rejeté le recours de l'assurée formé à l'encontre de cette décision et le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt de la CASSO et jugé que l'assurée avait droit à une rente entière dès le 1er avril 2003 (TF 9C_266/2010 du 8 octobre 2010). Dans le prononcé de rente adressé le 18 janvier 2011 à la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS (CCVD), il était mentionné que la prochaine révision était prévue le 1er janvier 2014. Par décision du 31 mars 2011, l'assurée a ainsi été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1er janvier 1999, puis d'une rente entière dès le 1er avril 2003. B. Le 1er janvier 2012 est entrée en vigueur la modification de la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 ; RS 831.20) du 18 mars 2011 (6e révision de l'AI, premier volet). La Lettre a des dispositions finales (DIF) de cette modification prévoyait ce qui suit : « 1 Les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexa-

- 4 - minées 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 œuvre 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. » Au 1er janvier 2012, l'assurée avait 52 ans. Le 9 octobre 2012, l'OAI a initié une procédure de révision de la rente de l'assurée qu'elle percevait depuis 1999, soit depuis 13 ans. Le 27 novembre 2012, une « fiche d'examen révision disposition finale (DIF) » a été établie par l'OAI. Dans le cadre de cette révision, une expertise pluridisciplinaire a été confiée au Centre d'expertises X._____ ([...]). Dans le courrier du 27 janvier 2014 accompagnant le mandat donné au Centre d'expertises X._____, il était écrit que l'assurée recevait une rente AI principalement en raison d'un trouble somatoforme douloureux (TSD) ou d'une affection assimilée et qu'à la suite de l'entrée en vigueur de la 6e révision de l'AI, les offices avaient trois ans pour réexaminer les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse, ni étiologie, claires et sans constat de déficit organique. Dans leur rapport d'expertise du 9 mai 2014, les Drs W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, M._____, spécialiste en rhumatologie, et L._____, spécialiste en médecine interne générale, ont retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de

- 5 - lombosciatalgies bilatérales et de rhizarthrose droite débutante et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail un épisode dépressif d'intensité légère à moyenne (F32.0), depuis probablement 1994, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis 1994, un status après cures de varices des membres inférieurs ainsi qu'un status après hystérectomie. Ils ont conclu à une capacité de travail totale dans une activité adaptée, soit dans une activité relativement légère, plutôt assise, avec possibilité de changer de position, sans gestes fins répétés avec la main droite. Dans un avis du 27 mai 2014, le Dr Q._____ du Service médical régional AI (SMR) a préconisé de suivre les conclusions des experts du Centre d'expertises X._____. Par projet de décision du 24 octobre 2014, l'OAI a informé l'intéressée de son intention de supprimer sa rente, en application des DIF. Par communication du 17 novembre 2014, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure de réinsertion sous la forme d'une prise en charge d'un entraînement à l'endurance dans le cadre des mesures de nouvelle réadaptation (MNR – 14a LAI). Le 24 novembre 2014, l'assurée a contesté le projet de décision du 24 octobre 2014, en relevant que ce n'était pas exclusivement en raison d'un trouble somatoforme douloureux qu'elle avait été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité mais essentiellement pour un trouble psychiatrique (trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptômes psychotiques), si bien que son cas ne pouvait faire l'objet d'une révision selon les DIF. Elle a également fait valoir que le projet de décision ordonnait la suppression de sa rente sans attendre les résultats des mesures de réadaptation envisagées simultanément par l'OAI et considérait que l'expertise du Centre d'expertises X._____ n'avait pas une pleine valeur probante.

- 6 - Il ressort d'une note d'entretien du 9 décembre 2014 que l'assurée s'était présentée à la mesure durant trois jours à raison de deux heures, qu'elle avait fait des efforts mais que c'était difficile et qu'elle pleurait beaucoup. Elle était ensuite tombée en incapacité de travail. Il est rapporté, dans une autre note d'entretien, datée du 13 janvier 2015, que l'OAI a décidé d'arrêter la mesure en cours, vu que l'arrêt de travail se prolongeait et que les objectifs ne pourraient être atteints. Dans un rapport final du 27 janvier 2015, un spécialiste en réinsertion professionnelle a écrit qu'il n'y avait pas de mesure possible pour l'assurée. Par rapport du 6 février 2015, le Dr U._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic d'épisode dépressif majeur avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur. Il a mentionné une régression, une thymie triste ainsi qu'une tendance interprétative et a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle avec un pronostic incertain. Un rapport médical du Centre G._____ du 10 juillet 2015, co- signé par le Dr D._____, psychiatre, et par la psychologue Z._____, a fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, de syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi que de modification durable de la personnalité après un échec professionnel. Une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée était retenue. Dans un avis du 30 septembre 2015, le Dr Q._____ a préconisé de suivre l'avis du Dr D._____ et de reconnaître à l'assurée une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Le service juridique de l'OAI a, dans un avis du 21 juin 2016, considéré qu'il convenait de poursuivre la procédure de révision de la rente en application de l'art. 17 LPGA et non des DIF, dès lors que l'état de

- 7 - santé de l'assurée s'était objectivement modifié et que sa capacité de travail était désormais de 50% dans une activité adaptée, contrairement à ce qui prévalait lors de la décision du 31 mars 2011. Le service précité précisait qu'il fallait solliciter à nouveau le

service de réinsertion professionnelle (REA) afin de vérifier si des mesures de réadaptation professionnelle susceptibles de diminuer le préjudice économique étaient envisageables. Par courrier du 22 juin 2016, l'OAI a informé l'assurée des conclusions de son service juridique et a précisé que le projet de suppression de rente du 24 octobre 2014 était caduc, dès lors que la procédure de révision se poursuivait sous l'angle de l'art. 17 LPGA et non des DIF. Dans un rapport final du 18 juillet 2016, un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a notamment écrit ce qui suit : « Lors des premières mesures (MR selon communication du 17.11.2014) Madame ne s'est présentée qu'à 3 reprises auprès du prestataire. Les quelques heures de présence ont permis de démontrer que les capacités d'adaptation de Mme N._____ sont particulièrement limitées. La longue désinsertion du monde du travail et les éléments ressortant dans l'avis SMR du 30.09.2015, confirme (sic) que les empêchements de Madame à suivre une mesure telle que celle proposées aux ateliers [...] ne prennent pas leurs racines dans la sphère médicale. Les LF retenues sur le plans (sic) psychique sont d'ordres motivationnelles et volitives. Force est de constater que du fait de ses capacités d'adaptation et d'apprentissage limitées, de son faible niveau scolaire et des différents éléments psychosociaux, des mesures professionnelles ne sont pas envisageables et ne permettraient pas de réduire le préjudice économique. » Le spécialiste en question a conclu à la mise en place d'une aide au placement. Le calcul du salaire exigible effectué par le service de réinsertion professionnelle de l'OAI a abouti à un degré d'invalidité de 55%, ouvrant le droit à une demi-rente.

- 8 - Dans un projet du 23 août 2016, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de diminuer sa rente entière à une demi-rente, considérant qu'elle avait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Le 31 octobre 2016, l'assurée a présenté des objections, en produisant notamment un rapport médical du Centre G._____ du 4 octobre 2016, dans lequel était posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques et dont la conclusion était une incapacité de travail totale. Elle a soutenu qu'une nouvelle expertise était nécessaire. Le SMR a alors sollicité une nouvelle expertise psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne auprès du Centre d'expertises X._____. Dans leur rapport du 1er juin 2017, les Drs L._____, M._____ et P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques, d'« opération en juillet 2016 pour rhizarthrose à droite » et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), une personnalité dépendante (F60.7), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), un trouble panique (F41.0), des cures de varices bilatérales et d'hystérectomie pour fibrome. A titre de limitations fonctionnelles, ils ont mentionné qu'en raison des lombalgies chroniques et qu'à la suite de l'intervention du pouce droit, l'assurée était limitée, sur le plan physique, dans les ports de charges, les travaux lourds, les positions penchées en avant, les gestes fins répétés avec la main droite. Sur le plan psychique et mental, l'assurée présentait une fatigue et un ralentissement psychomoteur. Les experts ont conclu à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée qui respectait les limitations fonctionnelles décrites sur le plan rhumatologique et de 75% sur le plan psychique. Aux questions de savoir si l'activité exercée jusqu'alors et si une activité adaptée étaient encore exigibles et si oui, dans quelle mesure (heures par jour), les experts ont répondu par l'affirmative sur les plans de la médecine interne et rhumatologique, pour

- 9 - autant que cette activité respecte les limitations fonctionnelles mentionnées, tout en précisant que de telles activités étaient exigibles à raison de « 8 heures par jour » sur le plan psychique. Ils ont encore précisé qu'il n'y avait aucune baisse de rendement du point de vue de la médecine interne et rhumatologique et une diminution de 25% sur le plan psychique et ont indiqué que le degré d'incapacité de travail était de 100% du 1er janvier au 30 avril 2016 et de 50% dès le 1er mai 2016. La baisse de rendement de 25% sur le plan psychiatrique était due à la fatigue, un ralentissement psychomoteur, la chronicité d'un trouble de l'humeur et des comorbidités avec un trouble de la personnalité, un trouble anxieux et des plaintes somatiques. Sur demande de précisions de l'OAI, le Dr P. _____ a indiqué, dans un courrier du 28 juillet 2017, que, sur le plan psychique, les experts reconnaissaient à l'assurée une incapacité de travail à 100% du 1er janvier au 30 avril 2016, puis une incapacité de travail de 25% et non de 50% dès le 1er mai 2016. Dans un avis du 17 août 2017, le Dr Q. _____ du SMR a suggéré de suivre les conclusions de l'expertise du Centre d'expertises X. _____, soit une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 1er mars 2014, de 0% dès le 1er janvier 2016 et de 75%, soit 6 heures par jour, dès le 1er mai 2016, tout en relevant que l'amélioration de la dépression qui était passé d'un degré de gravité sévère à moyen avait déjà été objectivée par les observations du Dr D. _____ dans son rapport du 10 juillet 2015. Un nouveau rapport final a été établi le 14 décembre 2017, dont on extrait ce qui suit : « Force est de constater que du fait de ses capacités d'adaptation et d'apprentissage limitées, de son faible niveau scolaire et des différents éléments psychosociaux, des mesures professionnelles ne sont pas envisageables et ne permettraient pas de réduire le préjudice économique de notre bénéficiaire.

- 10 - Le 14 décembre 2017, le service de réinsertion professionnelle a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité de l'assurée. Il a en particulier retenu un revenu avec invalidité de 32'631 fr. 74 en se fondant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) après indexation, prise en compte d'un taux de 75% ainsi que d'un abattement de 20% au vu des limitations fonctionnelles, de l'âge, de la longue désinsertion du monde du travail et de la situation globale de l'assurée. Le revenu sans atteinte à la santé s'élevait à 54'386 fr. 23. Après comparaison des revenus, le préjudice économique se montait à 21'754 fr. 49, soit à un degré d'invalidité de 40%. Il était précisé, à titre d'exemples d'activités adaptées, que l'assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple dans le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production ou comme ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères ou encore comme ouvrière de conditionnement. Par communication du 22 février 2018, l'assurée a été informée qu'une aide au placement lui était accordée. Dans un nouveau projet de décision daté également du 22 février 2018, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer désormais un quart de rente, compte tenu d'un degré d'invalidité de 40%. Le 16 avril 2018, la recourante s'est opposée au projet précité. Elle a produit, à l'appui de son opposition, deux rapports médicaux. L'un daté du 27 mars 2018, dans lequel les médecins du Centre G. _____ ont retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec symptômes psychotiques (F33.3) et conclu à une capacité de travail nulle, tout en relevant la présence d'une amélioration lente et progressive des symptômes présentés par la patiente et en préconisant une évaluation de la capacité de travail de l'assurée par le biais d'une mesure de réinsertion professionnelle ; l'autre daté du 5 avril 2019, dans lequel le Dr U. _____ a mentionné un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques et aggravation nette dans les

- 11 - derniers mois et conclu à une incapacité de travail totale et définitive dans toute activité. Dans un avis SMR du 7 juin 2018, le Dr Q. _____ a réitéré que l'expertise du Centre d'expertises X. _____ pouvait être suivie. Par courrier du 5 juillet 2018, l'OAI a indiqué à l'assurée que la contestation de celle-ci n'apportait aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position. Par décision du 23 juillet 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision tendant à la réduction de la rente de l'assurée à un quart dès le 1er septembre 2018. C. Par acte du 12 septembre 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru contre la décision précitée, en concluant sous suite de frais et de dépens principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit au maintien d'une rente entière de l'assurance-invalidité et, subsidiairement, à l'annulation de la décision du 23 juillet 2018, la cause étant renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants. Elle reproche tout d'abord à l'intimé une violation de son droit d'être entendue pour défaut de motivation de la décision querellée. Elle fait valoir ensuite que les conclusions de l'expertise du Centre d'expertises X. _____ ne sont pas probantes et enfin que l'intimé a violé l'art. 17 LPGA et les principes jurisprudentiels en matière de révision, dès lors qu'il n'a pas mis en place de mesure de réadaptation avant de décider de réduire sa rente. Par réponse du 12 décembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il considère que la violation du droit d'être entendu invoquée par la recourante peut être réparée au stade du recours. Il relève que des mesures de réinsertion professionnelle ont été mises en place et se sont soldées par un échec après quelques jours. Quant à l'aide au placement, elle a été jugée non réaliste au vu du désaccord de l'intéressée avec la capacité de travail retenue. L'intimé considère que le rapport d'expertise du Centre d'expertises X. _____ est probant et qu'il tient compte des

- 12 - rapports médicaux établis précédemment. S'agissant des rapports récents produits dans le cadre des objections de la recourante au projet de décision, ceux-ci ont été soumis à l'appréciation du SMR à laquelle il renvoie. Enfin, l'intimé réfute l'argument de la recourante, selon lequel seule une récente amélioration de la symptomatologie serait survenue mais non de la capacité de travail et renvoie, à cet égard, au rapport d'expertise du Centre d'expertises X. _____, dans lequel les experts ont constaté une amélioration significative de la situation médicale de la recourante. Répliquant le 14 janvier 2019, la recourante soutient en substance que l'intimé ne saurait, dans le cadre d'une procédure de révision selon l'art. 17 LPGA initiée en juin 2016, s'appuyer sur une mesure d'entraînement à l'endurance uniquement ordonnée une année et demie auparavant dans le cadre d'une autre procédure de révision elle-même abandonnée, relevant que cette mesure avait d'emblée échoué et que ce constat d'échec n'était pas le fait d'une mauvaise volonté de sa part. Elle revient également sur la question de la valeur probante du rapport d'expertise du Centre d'expertises X. _____ et relève que les médecins du Centre d'expertises X. _____ ont eux-mêmes constaté une aggravation entre 2014 et 2017, si bien qu'il n'y a, de l'avis de la recourante, pas matière à révision sous la forme d'une réduction de rente. Par duplique du 6 février 2019, l'intimé déclare n'avoir rien à ajouter à ce qui a été dit dans son écriture du 12 décembre 2018, relevant toutefois que les médecins du Centre d'expertises X. _____ avaient certes constaté une aggravation de l'état de santé de la recourante entre 2014 et 2017 mais une amélioration de la situation entre 2011 et 2014, respectivement 2017. Dans ses déterminations du 14 février 2019, la recourante prend acte du fait que l'intimé reconnaît dans sa duplique que les médecins du Centre d'expertises X. _____ ont constaté une aggravation de l'état de santé entre 2014 et 2017, soit pendant la période déterminante et relève que, dans leur rapport du 2014 déjà, ces médecins

- 13 - reconnaissaient une aggravation de l'état de santé de la recourante les années précédentes. Par courrier du 18 avril 2019, la recourante a produit le rapport d'une IRM [imagerie par résonance magnétique], mettant en évidence une discopathie dégénérative en C4-C5, C5-C6 et C6-C7, prédominant au dernier niveau, qui démontrerait une aggravation de sa situation dès lors que la dernière expertise ne faisait état que d'une discrète uncarthrose débutante C6-C7. Elle a confirmé, pour le surplus, les conclusions de son recours du 13 septembre 2018. Dans un courrier du 13 mai 2019, l'intimé a confirmé à son tour ses précédentes écritures, tout en rappelant que la situation devait être examinée selon l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où il a statué, soit en juillet 2018, et s'interrogeant sur le réel impact des éléments amenés par l'IRM sur l'exercice d'une activité adaptée respectant l'état de santé de la recourante. Par courrier du 1er avril 2020, l'intimé a fait suivre à l'autorité de céans des rapports du Dr U. _____, dans lesquels ce médecin constate une aggravation de l'atteinte psychique présentée par la recourante avec incapacité de travail dès le 1er janvier 2020. L'intimé a précisé qu'il ne procéderait à aucune mesure d'instruction particulière vu la procédure de recours pendante. Le 16 avril 2020, la recourante a confirmé ses conclusions. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné

- 14 - (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à réduire, par voie de révision, le droit à la rente de la recourante à un quart dès le 1er septembre 2018, étant précisé que celle-ci était au bénéfice d'une demi-rente dès le 1er janvier 1999, puis d'une rente entière dès le 1er avril 2003. 3. a) La recourante invoque tout d'abord un moyen d'ordre formel, soit la violation de son droit d'être entendue. Elle fait valoir un défaut de motivation de la décision entreprise, en ce sens que l'intimé ne se serait aucunement prononcé sur les griefs soulevés dans ses déterminations du 16 avril 2018 et ses annexes. b) Aux termes de l'art. 49 al. 3 LPGA, l'assureur doit motiver ses décisions si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Cette obligation, qui découle également du droit d'être entendu, garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), a pour but que le destinataire de la décision puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'instance de recours soit en mesure, si elle est saisie, d'exercer pleinement son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et arguments invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue de

- 15 - la procédure (ATF 143 III 65 consid. 5.2 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à

une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des allégués et arguments qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 142 III 360 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3.2.1 ; 133 III 235 consid. 5.2). c) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées). d) En l'occurrence, il y a lieu de constater, ce qu'admet d'ailleurs l'intimé (cf. réponse du 12 décembre 2018), que celui-ci ne s'est pas prononcé sur les griefs invoqués par la recourante dans son écriture du 16 avril 2018, portant en particulier sur la valeur probante de

- 16 - l'expertise du Centre d'expertises X. _____, sur un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA, ainsi que sur l'examen préalable de la question des mesures d'ordre professionnel chez une assurée remplissant les critères de la durée de 15 années d'allocation de rente et de l'accomplissement de sa 55ème année. Toutefois, la recourante, comme elle l'a d'ailleurs relevé (cf. acte de recours du 12 septembre 2018), ayant la possibilité de s'exprimer devant la Cour de céans qui jouit d'un plein pouvoir d'examen, force est d'admettre que la violation du droit d'être entendu qu'elle invoque peut être réparée au stade de la procédure de recours. 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). b/aa) Pour pouvoir fixer le

degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi

- 17 - que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de

- 18 - nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1, 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1, 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). bb/aaa) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). bbb) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection

psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). ccc) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

- 19 - Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (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

- 20 - considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). 5. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art.

17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 3065). 6. a) Sur le fond, la recourante fait en premier lieu valoir qu'il n'y aurait pas de motif de révision de son droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA, dans la mesure où la documentation médicale au dossier montrerait que les atteintes à la santé et leur influence sur sa capacité de travail sont

- 21 - restés similaires au fil des années avec même une aggravation ces dernières années. Elle élève à cet égard un certain nombre de griefs à l'encontre du rapport d'expertise du Centre d'expertises X._____ du 1er juin 2017, sur lequel s'est fondé l'intimé pour réduire son droit à la rente, et l'estime non probant. b/aa) Sur le plan rhumatologique, la dernière décision qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente, soit celle du 31 mars 2011, avait été prise sur la base du rapport du Dr H._____ du 20 mars 2006 qui avait conclu à une incapacité de travail totale de la recourante, principalement en raison de troubles psychiques, notamment un état dépressif. Néanmoins, le Dr H._____ avait relevé que la recourante souffrait d'une hernie discale foraminale gauche L4-L5, ce qui expliquait en grande partie ses dorso-lombalgies, ainsi que d'un trouble douloureux somatoforme persistant. Dans le cadre de la révision de la rente initiée par l'OAI le 9 octobre 2012, une expertise de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique a été confiée au Centre d'expertises X._____. Les experts ont indiqué, dans leur rapport du 9 mai 2014, qu'il n'y avait pas de justification, sur le plan de la médecine interne, à une incapacité de travail. Sur le plan rhumatologique, ils ont conclu à un syndrome douloureux chronique de longue date et des lombosciatalgies bilatérales de type mécanique, avec une IRM lombaire de 2005 normale et une rhizarthrose débutante à droite. Ils ont relevé que la situation était restée inchangée depuis toutes ces dernières années où la rente avait été reconduite. Du point de vue fonctionnel, en raison des lombosciatalgies, la recourante était limitée dans les travaux lourds, les positions penchées en avant, le port de charges et les stations debout ou assises prolongées. Elle était également limitée dans les gestes fins répétés en raison de la rhizarthrose à droite. Sa capacité de travail était nulle dans son ancienne activité de nettoyeuse en raison des limitations fonctionnelles. En revanche, dans une activité légère sans port de charges lourdes, sans gestes fins répétés avec la main droite, avec possibilité de changer régulièrement de position, sa capacité de travail était de 100%. Les

- 22 - experts ont mentionné que le degré d'incapacité de travail s'était plutôt dégradé ces dernières années avec apparition, en plus du syndrome douloureux chronique, de lombosciatalgies bilatérales et d'une rhizarthrose. Après avoir décidé de continuer la procédure de révision de la rente de l'intéressée sous l'angle de l'art. 17 LPGA et non des DIF, l'intimé a mandaté à nouveau le Centre d'expertises X._____ pour une nouvelle expertise de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique (cf. rapport du 1er juin 2017). Sur le plan de la médecine interne, l'examen était normal et ne présentait aucun

changement par rapport à l'expertise réalisée en 2014. Il n'y avait ainsi pas de justification à une incapacité de travail. Au plan rhumatologique, la recourante présentait un status après opération d'une rhizarthrose à droite en juillet 2016, avec une évolution favorable, et des lombalgies chroniques de longue date, inchangées depuis des années. Sur le plan fonctionnel, les limitations étaient les mêmes qu'en 2014, à savoir en raison des lombalgies chroniques, pas de port de charges, pas de travaux lourds, pas de position penchée en avant, pas de gestes fins répétés avec la main droite. Du point de vue de sa capacité de travail, elle restait inchangée depuis 2014 sur le plan strictement rhumatologique. La recourante présentait ainsi une capacité de travail théorique de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Force est ainsi de constater que sur le plan rhumatologique, l'état de santé de la recourante n'a pas évolué de manière significative entre 2011 et 2018.

D'ailleurs, la recourante n'a produit aucun rapport médical faisant état d'une aggravation ou d'une amélioration de son état de santé ayant une incidence sur sa capacité de travail. En effet, le rapport d'IRM produit le 18 avril 2019 par la recourante qui fait état de discopathies dégénératives en C4-C5, C5-C6 et C6-C7 n'apporte pas d'élément médical nouveau qui n'aurait pas été pris en compte dans les limitations fonctionnelles retenues. Le rapport d'expertise du Centre d'expertises X. _____ du 1er juin 2017 qui tient compte des pièces médicales figurant au dossier, prend en compte les plaintes de la

- 23 - recourante, contient un examen clinique complet de celle-ci, une appréciation de la situation médicale et des diagnostics posés de manière claire, remplit les conditions de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et peut ainsi être suivi. On peut donc retenir que la capacité de travail médico-théorique de la recourante du point de vue rhumatologique est de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

bb) Sur le plan psychiatrique, le Dr H. _____ avait, à époque (cf. rapport du 20 mars 2006), retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il avait conclu à une incapacité de travail totale depuis le 1er janvier 2003. L'expert avait en particulier constaté un état dépressif important, la présence constante de douleurs et des attitudes antalgiques, tout en précisant que l'état pouvait varier s'agissant d'un trouble dépressif récurrent. C'est sur la base de ce rapport d'expertise que l'intimé a octroyé une rente d'invalidité entière à la recourante par décision du 31 mars 2011. Dans le cadre de la procédure de révision de la rente de la recourante initiée en 2012, les experts du Centre d'expertises X. _____ ont posés les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif d'intensité moyenne à légère (F32.0), depuis probablement 1994 et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis 1994. Ils ont mentionné que l'observation clinique n'était pas totalement congruente avec l'anamnèse qui évoquait plutôt un épisode dépressif d'intensité moyenne, alors que le status suggérait plutôt une intensité légère à moyenne, compte tenu de la présentation soignée, du bon contact visuel, du ton de voix avec un discours clair, sans digression, de la bonne capacité à exprimer ses pensées et ses émotions, ainsi que de l'absence de troubles cognitifs manifestes. Si les experts reconnaissaient que la recourante présentait un trouble de l'humeur, récurrent ou persistant, l'évolution montrait qu'il était fluctuant en intensité. Il leur paraissait vraisemblable que le trouble de l'humeur soit déjà présent antérieurement tout comme le trouble somatoforme, tout en relevant

- 24 - qu'en 1998, le trouble n'était probablement pas sévère, la recourante ayant cherché à créer sa propre entreprise de nettoyage, tentative qui s'est soldée par un échec en raison des

douleurs. Les experts ont relevé l'absence de suivi psychiatrique, un traitement psychotrope correct mais qui pouvait être augmenté, voire modifié. Les experts en ont conclu que le trouble somatoforme était associé à un trouble de l'humeur d'intensité légère à moyenne, qu'il n'y avait pas de processus maladiques s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, mais plutôt un retrait, pas d'état psychique cristallisé, pas d'échec de traitements ambulatoires, mais plutôt une absence de traitements spécialisés. Ils ont retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans baisse de rendement (cf. rapport d'expertise du 9 mars 2014). En janvier 2015, la recourante a entamé un suivi psychiatrique au Centre G._____. Dans leur rapport du 10 juillet 2015, le Dr D._____, psychiatre, et la psychologue Z._____ ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), ainsi qu'une modification durable de la personnalité après un échec professionnel (F62.8). Ils ont mentionné avoir été frappés par la lassitude générale et ont observé diverses plaintes douloureuses qui se manifestaient, lors des entretiens, par un changement de position fréquent. Même si la recourante se montrait collaborante, la qualité des entretiens était souvent affectée par ses états de fatigue, qui s'avéraient fluctuants et qui se manifestaient par une difficulté à répondre aux questions de façon construite. Parfois, la patiente présentait un ralentissement psychomoteur qui empêchait les médecins de l'examiner. Elle était orientée dans le temps et dans l'espace. Elle présentait un état de tristesse persistant pendant la plupart des entretiens, particulièrement lorsque la patiente était confrontée à sa vie actuelle ainsi qu'à ses oublis de rendez-vous. La symptomatologie observée était toujours la même depuis des années. La patiente faisait également état de phénomènes hallucinatoires (visions). Le Dr D._____ et la psychologue Z._____ ont retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, précisant que la recourante présentait des difficultés essentiellement

- 25 - d'ordre motivationnelles et volitives qui avaient un impact considérable sur l'ensemble des domaines d'activités de la patiente. Elle présentait également une fluctuation importante de ses capacités à participer aux entretiens ainsi qu'à élaborer autour de ses problématiques ainsi que des symptômes cognitifs, probablement en lien avec ces perturbations, pour lesquels un bilan allait être effectué. A la suite du prononcé du 23 août 2016, réduisant la rente entière de la recourante à une demi-rente, un nouveau rapport du Centre G._____ du 4 octobre 2016 a fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques (F33.3). On y apprend notamment que la recourante a bénéficié d'un suivi psychiatrique du 15 janvier 2015 au 1er octobre 2015 auprès de la psychologue Z._____, puis du 6 avril 2016 jusqu'au jour du rapport, par la psychologue B._____ et par le Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à une fréquence bimensuelle et que la mère de la recourante est décédée en janvier 2016. Les médecins ont constaté un ralentissement psychomoteur d'intensité sévère, persistant tout au long des entretiens, une grande fatigabilité, un manque d'énergie, une grande labilité émotionnelle, ainsi qu'un état de tristesse persistant. Par ailleurs, la patiente présentait des hallucinations acoustico-verbales, visuelles et cénesthésiques depuis une année. Il a été conclu à une aggravation du diagnostic, en raison de la sévérité des symptômes, et à une capacité de travail nulle dans toute activité. C'est dans ce contexte qu'une nouvelle expertise psychiatrique et rhumatologique a été estimée nécessaire auprès du Centre d'expertises X._____. Dans leur rapport y relatif du 1er janvier 2017, les médecins du Centre d'expertises X._____ ont indiqué que l'appréciation diagnostique était rendue très difficile par le comportement de la recourante et qu'il existait une

importante majoration des symptômes ainsi qu'une attitude passive-agressive. Les experts ont néanmoins pu observer une tristesse. En revanche, ils n'ont pas constaté de ralentissement psychomoteur, ni de fatigue, ni de troubles cognitifs particulièrement marqués. Ils ont relevé un certain pessimisme, une

- 26 - dévalorisation et une vision très négative. La recourante décrivait une anhédonie, des idées noires et de suicide, ainsi que des phénomènes hallucinatoires mais les experts n'ont pas été en mesure d'affirmer que ces phénomènes étaient bel et bien présents. Ces éléments correspondaient cliniquement à un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, tels que cela avait été rapporté par le Centre G._____. Toutefois, vu la majoration des symptômes et l'attitude passive, les experts ont mentionné qu'ils n'étaient pas convaincus que l'épisode soit sévère. C'est pour cette raison qu'ils ont retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11). Les experts ont précisé que l'aggravation du trouble de l'humeur constatée en 2016 pouvait être mise en lien avec le décès de la mère de la recourante survenu en janvier 2016. Pour les experts, en revanche, la présence de symptômes psychotiques n'était pas crédible compte tenu de la présentation de la recourante et de l'absence de rupture de contact avec la réalité ainsi que de son incapacité à préciser en quoi elle pouvait se sentir persécutée. Les experts ont également retenu un trouble de la personnalité (personnalité dépendante, F60.7), diagnostic qui avait déjà été retenu par le passé. Les experts ont expliqué pour quelles raisons ils ne retenir pas le diagnostic de modification de la personnalité après un échec professionnel. Quant au trouble somatoforme avec syndrome douloureux persistant (F45.4), il était présent de longue date mais n'était absolument pas au premier plan par rapport à la capacité de travail de la recourante, les points de fibromyalgie testés lors de l'évaluation expertale étant en outre peu importants. Les experts ont encore retenu le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), en raison notamment d'un comportement étrange en salle d'attente, d'une attitude très démonstrative avec une tonalité passive-agressive, de réponses imprécises, démontrant clairement un défaut d'effort. Enfin, ils ont posé le diagnostic de trouble panique (F41.0), toutefois au second plan et sans incidence sur la capacité de travail. Ils ont indiqué que les ressources de la recourante étaient impossibles à apprécier en raison de la majoration des symptômes mais ont toutefois pu relever un certain nombre de choses que la recourante pouvait effectuer (utilisation des transports publics, promener son chien, voyage au [...] une

- 27 - à deux fois par année) alors que les tâches ménagères étaient assumées par ses proches. Tout en mentionnant que l'appréciation de la capacité de travail était rendue très aléatoire par la majoration des symptômes et des phénomènes d'amplification déjà rapportés par le passé, les experts ont conclu à une capacité résiduelle de travail de 75%, soit de 6 heures de présence par jour en moyenne en tenant compte d'un absentéisme prévisible en lien avec le trouble de l'humeur, lequel était responsable des limitations fonctionnelles avec un état fluctuant de fatigue et de ralentissement psychomoteur, symptômes qui n'avaient toutefois pas été observés lors de l'évaluation. Ils ont en outre considéré que l'incapacité de travail avait été totale durant les trois mois qui avaient suivi le décès de la mère de la recourante en janvier 2016, soit du 1er janvier au 31 mars 2016. Pour les experts, la péjoration de l'état psychique depuis le rapport du 10 juillet 2015 était à mettre en lien avec le décès survenu. La reconnaissance d'une moindre incapacité de travail (50% au lieu de 100%) par le Centre G._____ rendait plus compte des comportements de majoration plutôt que d'une réelle aggravation de l'épisode dépressif. Le pronostic était

défavorable en ce sens qu'il était peu probable d'obtenir un état de rémission complète. La recourante élève un certain nombre de griefs à l'encontre du rapport d'expertise du Centre d'expertises X._____ du 1er juin 2017. Or les critiques formulées dans son recours ne résistent pas à l'examen. En effet, la recourante soutient tout d'abord que le rapport en question ne respecterait pas les exigences de la procédure structurée requise dans l'évaluation des troubles psychiques et psychosomatiques alors que ceux-ci ont tenu compte des indicateurs pertinents puisqu'ils n'ont pas manqué de se prononcer sur les ressources de la recourante (cf. rapport du 1er juin 2017 p. 25), sur sa personnalité (cf. rapport précité, pp. 21, 24 et 25) et sur la cohérence (cf. rapport précité, pp. 24-25). Elle fait ensuite valoir que l'expertise n'est pas suffisamment motivée, ni claire s'agissant de sa conclusion. A cet égard, même si les conclusions quant à la capacité de travail paraissent de prime abord peu explicites, l'expert psychiatre a précisé, le 28 juillet 2017, quelle était au final la capacité de travail retenue, ce qui ressortait toutefois clairement des pages 25, 26 et 27 ch.

- 28 - 3.1 et 3.2 du rapport d'expertise. L'expert a indiqué que l'appréciation de la capacité de travail (75% dans une activité adaptée dès le 1er mai 2016) prenait en compte l'importance de la majoration des symptômes. Ainsi, elle ne « tombe pas du ciel », pour reprendre les termes de la recourante. Celle-ci soutient également que l'expertise « entre en contradiction frontale » avec les avis médicaux les plus récents mais aussi ceux, plus anciens, présents depuis toutes ces années au dossier. Elle s'appuie en particulier sur le rapport du Centre G._____ du 27 mars 2018 et sur celui du Dr U._____ du 5 avril 2018. Or ces rapports ne sont pas de nature à remettre en cause l'appréciation des experts du Centre d'expertises X._____. En effet, le rapport du Centre G._____ qui reprend quasiment mot pour mot les constatations faites dans le précédent rapport du 4 octobre 2016 (soit avant l'expertise du Centre d'expertises X._____) n'apporte pas d'éléments nouveaux sur le plan médical qui n'auraient pas été pris en compte par les experts du Centre d'expertises X._____ qui ont eu connaissance du rapport du 4 octobre 2016. Au contraire, les intervenants médicaux du Centre G._____ reconnaissent un comportement « assez » démonstratif de la recourante et surtout, ils notent une amélioration lente et progressive des symptômes après plus d'une année de traitement, ce qui rejoint l'appréciation des experts du Centre d'expertises X._____. On ne comprend dès lors pas pour quelles raisons le médecin et la psychologue du Centre G._____ concluent toujours à une capacité de travail résiduelle nulle. En outre, ils indiquent que la recourante « sort à peine d'une symptomatologie psychotique », ce qui va aussi dans le sens d'une amélioration de son état de santé. Cette symptomatologie, qui reposait uniquement sur les dires de la recourante, n'a toutefois pas été objectivée par les experts du Centre d'expertises X._____ qui ont retenu un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (sans symptômes psychotiques). Quant au rapport du 5 avril 2019 du Dr U._____, médecin traitant, il n'apporte pas non plus d'éléments médicaux nouveaux qui n'auraient pas été pris en compte par les experts. Par ailleurs, ce rapport entre en contradiction avec le rapport du 27 mars 2018 du Centre G._____, dans la mesure où le Dr U._____ mentionne une aggravation nette du tableau psychique au cours des derniers mois alors qu'il est fait mention, dans le rapport du

- 29 - Centre G._____, d'une amélioration de la symptomatologie. Ces rapports, contradictoires, ne sauraient remettre en cause l'appréciation convaincante des experts du Centre d'expertises X._____. c) En définitive, il y a lieu de suivre les conclusions du

rapport d'expertise du 1er juin 2017 du Centre d'expertises X. _____ – auquel une pleine valeur probante peut être conférée – et de retenir que la recourante présente, au vu de l'amélioration de son état de santé psychique par rapport à la situation qui prévalait en 2011, hormis une aggravation passagère constatée entre le 1er janvier et le 31 mars 2016, une capacité de travail médico-théorique de 75% dans une activité adaptée depuis le 1er mai 2016. 7. a) La recourante reproche également à l'intimé d'avoir violé les principes jurisprudentiels en matière de révision du droit à la rente, dès lors qu'il n'a pas mis en œuvre une mesure de réadaptation, hormis une mesure d'aide au placement à laquelle il a renoncé, avant de décider d'une réduction de sa rente. b/aa) Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail résiduelle médico- théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée – qui priment sur les mesures de réadaptation – suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce

- 30 - actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (cf. TF 9C_178/2014 du 29 juillet 2014 consid. 7.1.2.1 ; 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.1 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les arrêts cités). bb) Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement que sauf exceptions, une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente (cf. également TF 9C_178/2014 précité consid. 7.1.2.2). De telles exceptions ont par exemple été admises lorsque l'assuré avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente, de sorte qu'il n'existait pas de longue période d'éloignement professionnel (cf. TF 9C_292/2015 du 27 janvier 2016 consid. 5.2 et 8C_597/2014 du 6 octobre 2015 consid. 3.2 et les références) ou lorsqu'il disposait d'une agilité particulière et était bien intégré dans l'environnement social (cf. TF 9C_625/2015 du 17 novembre 2015 consid. 5, 9C_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.3 et la référence). Le point de savoir si les critères de la durée de 15 années d'allocation de la rente ou de l'accomplissement de la 55e année sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 141 V 5 consid. 4). c) En l'espèce, il convient de replacer la problématique dans son contexte. En effet, l'intimé a entamé une procédure de révision du

- 31 - droit à la rente de la recourante le 9 octobre 2012, sous couvert de la modification de la loi à la suite de la 6e révision de l'AI, concernant les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique. C'est dans ce cadre qu'une expertise a été confiée au Centre d'expertises X. _____ dont le rapport y relatif, daté du 9 mai 2014, faisait état d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Dans un projet de décision du 24 octobre 2014, l'intimé annonçait à la recourante son intention de supprimer sa rente en application des DIF. Une mesure de réinsertion professionnelle a alors été mise en œuvre par l'OAI sous la forme d'une prise en charge d'un entraînement à l'endurance dans le cadre des mesures de nouvelle réadaptation (art. 14a LAI). Celle-ci ayant échoué, il a été conclu, le 27 janvier 2015, qu'il n'y avait pas de mesure possible pour l'assurée. En juin 2016, l'intimé a changé de position, en indiquant que la procédure de révision de la rente devait se poursuivre selon l'art. 17 LPGA et non selon les DIF. Le service juridique précisait qu'il fallait solliciter à nouveau le service de réinsertion professionnelle afin de vérifier si des mesures de réadaptation professionnelle susceptibles de diminuer le préjudice économique étaient envisageables. Un spécialiste en réinsertion professionnelle a estimé que tel n'était pas le cas en raison des capacités d'adaptation et d'apprentissage limitées de la recourante, de son faible niveau scolaire et des différents éléments psychosociaux. Ainsi, au moment où l'OAI a adopté une nouvelle position (en juin 2016), la recourante, née en 1959, avait déjà atteint l'âge de 55 ans depuis deux ans. Elle percevait une rente depuis 1999, d'abord à 50% puis dès le 1er janvier 2003 à 100%. La condition des 15 années au bénéfice d'une rente étaient donc réalisées. A fortiori, ces critères étaient remplis au moment de la décision de réduction de rente du 23 juillet 2018. La recourante fait donc partie de la catégorie des assurés dont on ne peut en principe exiger d'entreprendre de leur propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail médicalement documentée. De plus, elle n'a plus travaillé depuis janvier 1998 (après avoir travaillé entre 1991 – date de

- 32 - son arrivée en Suisse – et 1993 comme ménagère pour un couple de personnes âgées, puis de 1993 à 1996 comme aide-soignante dans un EMS et enfin comme indépendante dans le nettoyage de juillet 1997 à janvier 1998). Elle n'a apparemment pas de formation professionnelle initiale, ni de formation subséquente. On ne saurait donc exiger de la part de la recourante qu'elle reprenne une activité, sans pouvoir bénéficier, au préalable de mesure de réadaptation d'ordre professionnel. Or force est de constater que la question de la réadaptation sous l'angle de l'art. 17 LPGA n'a pas été abordée. Dans le rapport final du 18 juillet 2016, le spécialiste de la réinsertion s'est contenté d'écarter des mesures professionnelles d'un revers de la main. Cependant, les mesures effectuées auparavant (mesure d'entraînement à l'endurance effectuée en décembre 2014 qui s'est soldée par un échec) ne sont pas déterminantes. Le spécialiste en réinsertion professionnelle invoquait les capacités d'adaptation et d'apprentissage limitées et le faible niveau scolaire de la recourante. C'était d'autant plus important alors, compte tenu de la longue période d'éloignement du monde du travail de la recourante, de se préoccuper de mesures professionnelles d'autant plus que le champ d'activité de la recourante avait été très limité. d) Par conséquent, il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il prenne les mesures nécessaires à la réintégration de l'assurée dans le circuit économique, sous réserve de la réalisation des conditions matérielles du droit à la prestation et de la collaboration de l'intéressée (art. 21 al. 4 LPGA). Ce n'est qu'à la suite de cet examen que l'intimé pourra statuer définitivement sur la révision de la rente d'invalidité. En ce sens, la conclusion subsidiaire du recours tendant au renvoi de la cause pour instruction complémentaire est

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

- 33 - b) La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe. c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 23 juillet 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à N. _____ un montant de 3'000 fr. (trois mille francs), à titre de dépens.

- 34 - La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Yero Diagne (pour la recourante), - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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