

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 juillet 2015

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mmes Thalmann et Di Ferro Demierre, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

C.G. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Marie Agier, avocat au Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne,

et

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

Art. 7, 8 et 17 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. C.G. _____ (ci-après : l'assurée), née en 1970, titulaire d'un diplôme d'études supérieures de commerce et de langues obtenu en 1987, mère d'un fils prénommé B.G. _____ né en 1994 et ayant travaillé en dernier lieu en tant qu'employée d'exploitation dans un établissement médico-social (EMS) jusqu'au 30 juin 2002, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 5 décembre 2002, invoquant une dépression, de la fatigue et des problèmes de santé existant depuis environ deux ans.

Dans un rapport du 2 septembre 2002 adressé au médecin-conseil de Q. _____, assureur perte de gain, les Drs H. _____ et L. _____, respectivement médecin responsable et médecin-chef de clinique au Centre psychosocial de N. _____, ont posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte et de personnalité borderline, la capacité de travail étant estimée à 50%.

Ces mêmes médecins ont confirmé les diagnostics précités dans un rapport du 17 mars 2003 établi à l'intention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI). Ils ont également précisé que l'état de santé de l'assurée s'aggravait. Ils ont ajouté que l'incapacité de travail s'était élevée à 50% de février 2002 à la fin février 2003 et qu'elle était depuis lors totale.

Aux termes d'un rapport du 6 mai 2003 destiné au Dr Y. _____, médecin généraliste traitant, le Dr P. _____, neurologue, a exposé notamment ce qui suit :

"Patiente de 33 ans aux antécédents d'état anxio-dépressif motivant un arrêt de travail depuis juin 2002, de lumbago il a une dizaine d'années. A fin mars 2003, apparition de paresthésies des MI dans une moindre mesure de l'extrémité des doigts à la flexion de la tête.

[...]

L'examen clinique montre un phénomène de Lhermitte et une hyporéflexie du réflexe cutané abdominal G. Il existe par ailleurs une hyporéflexie achilléenne D dont l'EMG montre la nature périphérique. Le signe de Lhermitte indique une irritation des cordons postérieurs de la moelle cervicale, laquelle, dans la très grande majorité des cas reflète des manifestations de maladie démyélinisante. Le diagnostic différentiel intéresse une compression de la moelle cervicale, beaucoup moins probable, compte tenu aussi du jeune âge de la patiente. Sur le plan de l'attitude, je lui ai prescrit une vitaminothérapie de Bécozyme et Bénerva. Si la symptomatologie ne s'améliore pas d'ici 2 mois, je propose de pratiquer une IRM de la moelle cervicale."

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale a été réalisée le 16 mai 2003. Dans le rapport y relatif, le Dr J._____, radiologue, a conclu à la présence de deux foyers hyperintenses médullaires, un latéral droit à la hauteur de C3, l'autre postérieur à la hauteur de C5, compatibles avec des foyers de démyélinisation avec un aspect actif du foyer médullaire postérieur.

A teneur d'un rapport du 30 juin 2003, le Dr Y._____ a signalé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de maladie neurologique démyélinisante existant depuis avril 2003, de psychopathie (« *dépressive ?* ») depuis plusieurs années et de lombalgies remontant au mois d'avril 2003. Il a estimé que l'incapacité de travail en qualité de cuisinière était totale dès le 14 avril 2003, étant précisé que les incapacités de travail antérieures avaient été prescrites par d'autres médecins. Il a souligné que l'état de santé de l'assurée s'aggravait et a considéré qu'actuellement, il était clair que cette dernière ne pouvait pas travailler. Il a de surcroît relevé que la maladie démyélinisante aggravait la psychopathie antérieure. Enfin, Dr Y._____ a observé que l'incapacité de travail pourrait être durable si le mode évolutif ne se faisait pas par poussées.

Dans un rapport du 10 septembre 2003, le Dr P._____ a retenu les diagnostics incapacitants de sclérose en plaques (SEP) hautement suspecte depuis mars 2003, d'affection psychiatrique x et de rachialgies. Il a ajouté que le status était plutôt rassurant mais que le pronostic était toujours réservé et variable d'un cas à l'autre. Il a exposé qu'une activité assise de style secrétariat ou employée de bureau pourrait

encore être exercée à raison de 80% environ, pour autant qu'il s'agisse d'un travail surtout assis, un peu debout et sans port de charges lourdes. A ce rapport était annexé un compte-rendu du 25 août 2003 des Ds C._____ et X._____, respectivement médecin cadre et médecin assistant au Service de neurologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier HH._____), posant le diagnostic de probable sclérose en plaques de forme poussée-rémission (première poussée unique à fin mars 2003) et mentionnant en outre un état anxiodépressif traité ainsi que des lombosciatalgies dix ans auparavant. Le rapport du 25 août 2003 se terminait comme il suit :

"Cette patiente a présenté fin mars 2003 des paresthésies des membres inférieurs et dans une moindre mesure aux membres supérieurs à la flexion de la tête (signe de Lhermitte), accompagnées d'une fatigue inhabituelle et de douleurs dans la région lombaire qui ont partiellement répondu à un traitement de corticoïdes à hautes doses. Une IRM cervicale externe a mis en évidence 2 foyers hyperintenses médullaires au niveau C3 et C5, compatibles avec des foyers de démyélinisation.

Le status neurologique de jour montre des signes d'atteintes multiples (corticospinaux, cérébelleux prédominant à gauche) et la présence d'un signe de Lhermitte. Les examens complémentaires étendus ont mis en évidence de multiples lésions de la substance blanche supra-tentorielles et médullaires C5, C6, ainsi que des bandes oligoclonales IgG dans le liquide céphalo-rachidien. Basés sur l'exclusion d'une étiologie infectieuse, carentielle ou inflammatoire autre, nous posons le diagnostic d'une première poussée sensitive dans le cadre d'une possible sclérose en plaques. Lors de la prochaine consultation le 25.08.2003, nous allons discuter avec la patiente des résultats des examens, du diagnostic résultant et du traitement à disposition."

Dans un rapport du 20 octobre 2003, les Drs C._____ et X._____ ont repris les diagnostics précédemment posés et indiqué que l'état de santé de l'assurée s'améliorait. En annexe figurait notamment un compte-rendu établi le même jour par la Dresse C._____ et la Dresse E._____, médecin assistante au Service de neurologie du Centre hospitalier HH._____, exposant en particulier que le signe de Lhermitte et les paresthésies des membres inférieurs avaient complètement disparu, que persistait par ailleurs à l'effort la réapparition de paresthésies durant quelques minutes et que la patiente se plaignait également d'une fatigue générale importante déjà présente au lever.

Par rapport du 11 mars 2004, le Dr Y. _____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré. Il a en particulier signalé qu'il y avait eu une régression incomplète des symptômes neurologiques sous traitement ainsi qu'une régression des lombalgies ; quant au status psychiatrique, il s'était également amélioré mais restait cependant instable. Le Dr Y. _____ a ajouté que l'activité exercée par l'assurée (cuisinière) n'était plus exigible mais qu'en revanche, une activité stationnaire par exemple dans un bureau pourrait être exercée à mi-temps sans stress professionnel. A ce rapport était notamment joint un compte-rendu du 15 décembre 2003 des Drs C. _____ et X. _____ mentionnant une évolution tout à fait favorable du status post première poussée sans déficit neurologique actuel, le status du jour montrant la persistance de discrets signes d'une atteinte multifocale.

Dans un rapport du 31 mars 2004, la Dresse C. _____ a écrit que l'état de santé de l'assurée était stable et que la fatigue constituait le facteur majeur et limitant pour une activité professionnelle. Jointe à ce rapport se trouvait une lettre du 29 mars 2004 adressée au Dr Y. _____ par les Drs C. _____ et X. _____, soulignant l'évolution tout à fait favorable du status post poussée unique sans déficit neurologique fonctionnel.

L'OAI a mandaté le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, aux fins de réaliser une expertise sur la personne de l'assurée. Dans son rapport y relatif du 12 novembre 2004, l'expert a en particulier exposé ce qui suit :

"VII. Discussion :

L'étude de la biographie de Madame C.G. _____ révèle un certain nombre de particularités qui, prises chacune à part, ne conduisent pas nécessairement à une problématique psychiatrique. Mais leur continuation et leur cumul nous expliquent certaines difficultés qu'elle présente dans sa conduite de vie et dans sa structuration de personnalité. Il s'agit ici en particulier des facteurs suivants :

- situation parentale très conflictuelle et désistement du père,

- situation de petite enfance atypique avec placement pendant 7 ans chez ses grands-parents,
- relations sociales et sentimentales de courte durée et instables,
- situation très conflictuelle avec le père de son enfant,
- disqualification de son rôle et ses aptitudes de mère, avec nécessité de guidance par SPJ,
- mariage blanc en lien avec forte influençabilité,
- une manifeste instabilité socioprofessionnelle.

Ce qui se dégage à travers ses différentes facettes de sa vie, est le constat d'une évolution psychique disharmonieuse, incomplète et d'une immaturité dans passablement de secteurs.

Si elle a pu faire certains acquis normalement, comme par exemple celui du parcours scolaire, d'autres restent passablement sous développés, non intégrés, comme par exemple le secteur émotionnel. Ainsi, nous expliquons aussi les nombreux déboires et le fait que cette femme est aujourd'hui dans sa présentation physico-corporelle "non incarnée", volatile, fluctuante, très facilement assujettie à des influences soit extérieures soit de ses pulsions intérieures.

Elle n'a pas de consistance et reste en quelque sorte à l'âge adulte toujours dans un registre juvénile et adolescent. Cette problématique avoisine ainsi un trouble de la personnalité dans le sens clinique du terme, même si des conséquences cliniques ne sont pas si massives que chez d'autres patients (hospitalisation en lien avec la problématique, emprisonnement, etc.). Néanmoins, le fait que son enfant a dû être placé sous surveillance [du] SPJ et qu'elle soit dépossédée de son droit de garde est un signe indirect de la problématique mentionnée.

Pour vérifier notre réflexion quant à la présence d'un trouble de la personnalité ayant valeur de maladie, voici notre synopsis :

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Différents critères pour déterminer un trouble de la personnalité ayant valeur de maladie (différencié de troubles de la personnalité désignant un type de (dys-)fonctionnement sans valeur maladie) [s]elon pratique et critères de la Classification Internationale des Maladies en vigueur [(]CIM-10, chapitre F60) et élargi selon notre pratique et connaissance clinique	
CRITERES	DETERMINATION POUR LE PATIENT EN QUESTION
1. Perturbations sévères	Légères à moyennes
2. Plusieurs secteurs de la personnalité concernés	Oui, secteur cognitif et émotionnel
3. Difficultés personnelles et sociales considérables	Difficultés certaines
4. Troubles apparus enfance/adolescence	Oui
5. Persistance troubles à l'âge adulte	Oui
6. Mode de comportement anormale[t] durable	Oui, d'une manière fluctuante et à niveau léger à moyen
7. Mode de comportement profondément enraciné et inadapté à des situations	Partiellement
8. Souffrance personnelle considérable	Souffrance existante

9. Dégradation du fonctionnement professionnel et social	Oui, instabilité importante et « mal-insertion »
10. Identité perturbée	Un peu
11. Hospitalisations en lien avec la problématique	Non
12. Démêlées avec la justice et infractions en lien avec la problématique	Non
13. Echec des approches thérapeutiques menées sérieusement, lege artis	Oui, les différentes approches ont montré leurs limites
14. Diminution de la responsabilité civile et de la conduite en tant que citoyen (évt. curatelle, tutelle)	Oui, partiellement dans le sens qu'elle ne peut pas assumer la garde de son enfant qui est qu'elle est sous surveillance SPJ [sic]
CONCLUSIONS : Il existe une influence claire et identifiable des problèmes de la personnalité sur la conduite de l'assurée dans la réalité, ceci à un niveau léger à moyen.	

D'après notre anamnèse, des velléités anxio-dépressives ont toujours existé, bien avant l'année 2002. Il s'agissait de diverses fluctuations émotionnelles auxquelles la patiente a répondu par différentes manières fuites, changements d'activité, voyages, consommation de cannabis, mais sans que celles-ci aient une implication clinique manifeste.

C'est en 2002, autour de la dernière période de son engagement dans un EMS, qu'elle développe un tableau mixte psychique et corporel. Elle sera orientée au centre psychosocial de la région où on constate un état anxio-dépressif que l'on traite par la suite. Parallèlement, la persistance d'une problématique de douleurs, de fatigue et de fatigabilité conduit au diagnostic précis d'une première poussée avec rémission de sclérose en plaques. Le traitement introduit est efficace, mais jusqu'à ce jour, les neurologues retiennent un syndrome sensitif sous influence d'effort (syndrome de Unthoff). Ce que la patiente évoque comme fatigue et fatigabilité explique ainsi en partie un corrélât net entre son atteinte et le tableau clinique d'aujourd'hui.

Du côté psychiatrique, le tableau est aujourd'hui amélioré par rapport à l'année 2002 et 2003. Si à cette époque un état anxio-dépressif de moyenne sévérité et en lien avec la problématique conjugale est certain, l'assurée est sur ce point aujourd'hui plutôt euthymique et ne présente que de légers stigmates anxieux et quelques fluctuations d'humeur. Certainement, elles sont à voir dans la terminologie de « dysthymie ».

Ceci dit, même si le problème thymique n'est pas de grande importance, la problématique de sa personnalité prend son ampleur dans la mesure où ses réserves d'adaptation diminuent avec l'accroissement des autres facteurs. L'atteinte neurologique présente ici l'élément principal et non négligeable, présente "à bas bruit", en permanence, comme les neurologues nous le décrivent. Il existe aussi le facteur de la faible constitution physico-psychique et de sa problématique de personnalité immature. Tout ceci explique les réserves retenues par plusieurs médecins et le constat d'une aggravation par moments.

L'assurée présente aujourd'hui certainement une dépendance aux benzodiazépines avec une consommation de 10 mg de Temesta par jour et de Xanax en plus. Ce problème est certainement aussi iatrogène.

Parallèlement, « l'automédication » avec Cannabis en continuité représente un autre facteur « d'anormalisation ». Même si la patiente le caractérise comme bon somnifère, nous avons l'impression qu'il participe à l'éloigner de la confrontation avec la réalité et à un nivellement de ses affects et sa personnalité.

Il existe un certain décalage entre l'appréciation de l'assurée elle-même qui se voit dans une incapacité de travail quasi totale et l'appréciation de l'extérieur. Si elle énonce par exemple son chien pour expliquer une impossibilité de se voir dans certains engagements professionnels ou dans une formation, ceci relève plutôt d'un problème de motivation et de confort que du champ médical. La construction "d'une vie paisible à la campagne" est certainement louable et bénéfique dans l'ensemble de sa problématique, mais ne peut être retenu[e] dans son entier comme argument d'incapacité.

Avec ces considérations, nous pensons que sa capacité de travail est effectivement limitée mais que d'une manière partielle.

VIII. Diagnostic et conclusions :

A part les données neurologiques, nous retenons sur le plan psychiatrique à ce stade et aujourd'hui les notions de

- 1. Troubles spécifiques de la personnalité**
- **personnalité immature** (F 60.8, CIM-10),
- 2. Dysthymie** (F 34.1 dans la Classification Internationale des Maladies en vigueur, CIM-10),
- 3. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation du cannabis** (F 12.1, CIM-10),
- 4. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs** (F 13.1, CIM-1[0]).

Dans ce cas, le symptôme non spécifique de la fatigue et de la fatigabilité nous semble donc en partie en lien avec l'atteinte neurologique. Mais la problématique de cette assurée forme un tout où les éléments de sa pathologie de personnalité, la neurologie et ses particularités psycho-affectives s'interpénètrent. Nous pensons d'ailleurs que Madame C.G._____ est toujours dans un risque d'exacerbation bien que la situation actuelle avec l'aide d'antidépresseurs et du massif traitement anxiolytique est compensée.

Après étude et pondération, nous pensons que le taux de 50 % d'incapacité de travail doit être retenu. Ce taux tient compte d'une part des limitations objectives et durables, d'autre part des ressources que cette assurée pourrait mobiliser encore dans les phases de rémission de sa maladie neurologique.

Une orientation pourrait être indiquée et utile, ceci dans la mesure où la patiente le souhaite effectivement. En ce qui concerne la question d'un reclassement, les éléments de sa personnalité pathologique, son manque de motivation, son instabilité psycho-émotionnelle, etc. ne donnent que peu de chance à une telle démarche.

IX. Réponses aux questions :

A. Questions cliniques

1. Anamnèse

Anamnèse professionnelle et sociale
Evolution de la maladie et résultats des thérapies
Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle

Réponse : Veuillez vous référer aux chapitres I, II et IV de l'expertise

2. Plaintes et données subjectives de l'assurée(e)

Réponse: Veuillez vous référer au chapitre III de l'expertise

3. Status clinique

Status physique et psychique (en cas de troubles somatoformes, prière d'établir une analyse précise des symptômes et respectivement des douleurs)
Résultats des tests avec la méthode utilisée

Réponse : Veuillez vous référer au chapitre V de l'expertise

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?

Réponse 4.1 : (à importante dégressive)

- 1. Sclérose en plaque, actuellement en rémission partielle,**
- 2. Troubles spécifiques de la personnalité
- personnalité immature (F 60.8, CIM-10),**
- 3. Dysthymie (F 34.1, CIM-10),**
- 4. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation du cannabis (F 12.1, CIM-10),**
- 5. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs (F 13.1, CIM-1[0]).**

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail
Depuis quand sont-ils présents ?

Réponse 4.2 : néant

5. Appréciation du cas et pronostic

Réponse : Veuillez vous référer aux chapitres VII et VIII de l'expertise (discussion, diagnostic et conclusions)

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitation[s] (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés
au plan physique

Réponse : Veuillez vous référer aux données somatiques
au plan psychique et mental

au plan social

Réponse : Les différents problèmes de la patiente sont très liés et empêchent partiellement un fonctionnement correct dans un cadre économique normal.

2. Influence des troubles sur la capacité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail ?

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Réponse : Les différentes activités que l'assurée a exercées sont, en principe toujours exigibles, mais à temps/intensité réduits et sous réserve qu'elle se trouve dans une phase de rémission de sa maladie neurologique.

Le taux d'incapacité de travail durable est de 50%.

La diminution du rendement est à la hauteur de la diminution de sa capacité de travail.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Réponse : Difficilement et avec grande instabilité

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- La mobilisation des ressources existantes

Réponse : Non, vue l'instabilité et le manque de motivation

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

Réponse : Sevrage des tranquillisants (et cannabis) nécessaire, Eventuellement introduction de stabilisateur d'humeur, Approche psycho-éducative plus intense.

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

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une nouvelle activité ?

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

3.4 S'il n'y a plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

Réponse : Les activités que l'assurée a exercées dans le passé

Remarques et/ou autres questions

Réponse : Néant"

Dans un rapport d'examen du 23 novembre 2004, basé sur les rapports du Service de neurologie du Centre hospitalier HH. _____ des 20 octobre 2003 et 31 mars 2004 ainsi que sur le rapport d'expertise psychiatrique du Dr D. _____ du 12 novembre 2004, les Drs T. _____ et O. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), ont retenu que la prise en compte globale des atteintes physiques et psychiques permettait de fixer l'incapacité de travail à 50% dans des activités telles que celles exercées précédemment. Ils ont en outre décrit les limitations fonctionnelles suivantes : fatigue, fatigabilité, pensées désordonnées, manque de concentration et d'attention, humeur fluctuante, irritabilité et instabilité affective. Ils ont ajouté que l'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle se soumette à un traitement médical en vue d'améliorer de manière significative sa capacité de travail, respectivement qu'un sevrage des tranquillisants et du cannabis ainsi qu'un renforcement de la prise en charge psychiatrique étaient exigibles puisque de nature à améliorer la capacité de travail.

Aux termes d'une correspondance du 30 novembre 2004, l'OAI a informé l'assurée que, sur la base de l'expertise du Dr D. _____, il envisageait de lui reconnaître le droit à une demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 50% à partir du 1^{er} août 2004, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année. Considérant toutefois qu'un traitement approprié - notamment le sevrage des tranquillisants et du cannabis ainsi que renforcement de la prise en charge psychiatrique - améliorerait l'état de santé de l'intéressée et par voie de conséquence sa capacité de travail et de gain, l'office l'a dès lors enjoins à suivre le traitement médical psychiatrique nécessaire dans sa situation.

Par décision du 10 juin 2005, l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité pour la période courant dès le 1^{er} juillet 2005. Puis,

le 22 juillet 2005, l'office a rendu une décision octroyant à l'assurée une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} août 2004 au 30 juin 2005.

B. Dans l'intervalle, par rapport du 14 juillet 2005, les Drs H._____ et L._____ ont indiqué que l'assurée avait bénéficié d'un suivi jusqu'en juin 2003 puis qu'elle avait à nouveau consulté au mois de mars 2005 aux fins de pouvoir, avec l'aide d'un psychologue, modifier son traitement médicamenteux ; elle avait ainsi été vue les 29 mars et 29 juin 2005. Sous la rubrique « *Thérapie / Pronostic* », on pouvait lire ce qui suit s'agissant plus particulièrement du pronostic :

"Il s'agit d'une patiente souffrant à la fois d'une pathologie de caractère ainsi que d'une pathologie d'ordre somatique. Par période, elle peut aussi présenter des décompensations de type anxio-dépressif assez invalidantes comme tel a été le cas par le passé. L'ensemble de la problématique rend la patiente très fragile et diminue ses capacités d'adaptation à des facteurs de stress. Nous estimons en raison de ceci que sa capacité de travail est réduite au moins de 50%. Nous proposons toutefois un stage d'observation et d'évaluation de ses capacités résiduelles en milieu protégé."

Selon les médecins psychiatres, la diminution de rendement était au minimum de 50% dans n'importe quelle activité professionnelle, un stage d'observation et d'évaluation devant permettre de mieux situer ce pourcentage. Sous la rubrique « *Suggestions, autres demandes* », ces médecins ont écrit ce qui suit :

"La patiente n'est pas parvenue à travailler même à un taux de 50% malgré qu'une capacité à 50% lui semble avoir été accordée par l'Al. Sa problématique de caractère, sa situation affective instable et sa maladie neurologique rendent cette patiente extrêmement fragile et affaiblissent ses ressources adaptatives nécessaires pour s'adapter dans un environnement professionnel. Nous craignons que sa capacité de travail soit même inférieure à 50%. Le stage d'observation et d'évaluation permettra de mieux la situer. Il faut toutefois s'attendre à un absentéisme en raison de ses problèmes de santé physique et de son intolérance aux contraintes et aux conflits. La patiente risque, lorsqu'elle est menacée par ses problèmes, de fuir le monde extérieur et de se replier sur elle-même."

Dans un rapport du 22 juillet 2005, le Dr Y._____ a retenu les diagnostics incapacitants de probable sclérose en plaques, d'état dépressif

fluctuant et de lombalgies fluctuantes. Concernant les atteintes sans impact sur la capacité de travail, il a signalé une psychomatose à tropisme digestif et un zona L1g. Il a indiqué que l'assurée était suivie régulièrement au Centre hospitalier HH._____ pour son affection neurologique et qu'elle observait bien le traitement, étant précisé qu'elle avait présenté une possible poussée de sclérose en plaques au début juillet 2005 ; sur le plan psychique, il a mentionné qu'il sentait l'assurée beaucoup plus tendue et stressée. Par ailleurs, le Dr Y._____ a exposé que l'on pouvait espérer un meilleur contrôle de la situation neurologique avec le traitement mais qu'un travail en cuisine était impensable. Il a ajouté que l'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité mais qu'il avait une mauvaise impression quant à la capacité de réinsertion. Répondant à des questions complémentaires du médecin-conseil de l'OAI, le Dr Y._____ a expliqué que le suivi au Centre hospitalier HH._____ était très bien respecté, signalant de plus un « *[s]uivi régulier (?) par la Dresse L._____* » ainsi qu'un suivi régulier à sa propre consultation. Il a souligné que l'assurée avait eu de grandes difficultés à arrêter le Temesta malgré des efforts soutenus et qu'il y avait une reprise récente liée à une instabilité psychique plus marquée. Selon ce médecin, il y avait clairement une péjoration de l'état de santé neurologique et psychique depuis le rapport du 11 mars 2004. En revanche, il n'y avait pas de limitations fonctionnelles au plan physique proprement dites. Le Dr Y._____ a notamment joint à son rapport un courrier rédigé le 12 juillet 2005 par les Dresses C._____ et V._____, médecin assistante au service de neurologie du Centre hospitalier HH._____, dont la rubrique « *synthèse et conclusion* » mentionnait ce qui suit :

"Le status neurologique reste toujours stable, cependant on trouve chez cette patiente une fatigue importante et des dysesthésies handicapantes, sans réels arguments en faveur d'une nouvelle poussée. Nous proposons donc une dégression progressive de la corticothérapie, par paliers pendant 10 jours. On a instauré un traitement en prévention des effets secondaires avec Calcimagon®D3 et Nexium® 40 mg, chez cette patiente connue pour des troubles gastriques. Dans le but de l'aider contre la fatigue, nous proposons du Symmetrel® 100 mg, jusqu'à 2x par jour. Par ailleurs, un contrôle gynécologique, organisé au Centre hospitalier HH._____, a révélé une infection herpétique génitale et une

mycose vaginale pour lequel[le]s Mme C.G._____ a reçu également des propositions thérapeutiques."

Par rapport du 23 septembre 2005, la Dresse V._____ a notamment précisé que l'état de santé était stationnaire et que l'assurée pouvait travailler à raison de deux à trois heures par jour dans le cadre d'une activité assise. Elle a également transmis différents documents médicaux portant sur le suivi neurologique de l'intéressée, dont un rapport du 25 août 2005 des Drs C._____ et X._____ signalant la persistance d'une fatigue accrue, de fourmillements au niveau des membres supérieurs intermittents ainsi qu'une sensation de lourdeur au niveau de la nuque.

Dans un avis médical du 7 novembre 2005, le Dr T._____ a considéré que les éléments médicaux objectifs permettaient d'affirmer que l'état de santé était inchangé par rapport à l'époque de l'octroi de la demi-rente. Il a néanmoins observé que les conditions posées lors de l'octroi de cette prestation n'étaient pas respectées, s'agissant d'un sevrage des tranquillisants et du cannabis ainsi que d'une prise en charge psychiatrique renforcée.

Par communication du 21 novembre 2005, l'OAI a informé l'assurée que son droit à la rente demeurait inchangé.

C. Le 27 janvier 2006, l'assurée a rempli un questionnaire en vue d'un nouvel examen du droit aux prestations.

Par courrier du 17 février 2006, l'office a imparti un délai à l'assurée afin de rendre plausible l'aggravation de son état de santé par des moyens pertinents, par exemple un certificat médical décrivant et précisant la date de l'aggravation.

Dans un écrit du 14 mars 2006, l'intéressée a fait valoir que son traitement par Interféron avait été augmenté, qu'elle continuait à prendre pratiquement quotidiennement des antidouleurs et du Temesta, qu'elle souffrait en outre de maux d'estomac et qu'elle n'était pas bien

psychologiquement. Elle s'est en outre référée à un certificat médical joint en annexe, établi le 13 mars 2006 par les Drs H._____ et S._____, médecin-chef de clinique ayant remplacé la Dresse L._____ au Service psychosocial de N._____. De ce certificat, il résultait que l'assurée était régulièrement suivie depuis le 26 octobre 2005, que son état de santé s'était encore péjoré depuis le dernier rapport AI du 21 juin 2005 [sic] et que la capacité de travail avait encore diminué.

Par rapport du 6 juillet 2006, la Dresse C._____ a signalé qu'il y avait eu une deuxième poussée de sclérose en plaques en septembre 2005. Elle a en outre joint deux lettres adressées au Dr Y._____ par le Service de neurologie du Centre hospitalier HH._____, l'une du 12 octobre 2005 rédigée avec la Dresse V._____, et l'autre du 2 février 2006 qu'elle avait co-signée avec la Dresse B._____, médecin assistante auprès dudit service. La première lettre relatait une deuxième poussée médullaire sensitive mineure remontant au début du mois de septembre 2005 et répondant à une corticothérapie orale. Quant à la seconde lettre, il y était exposé que l'examen neurologique du 25 janvier 2006 n'avait montré aucun signe nouveau évocateur d'une poussée et que ce qui prédominait au tableau clinique était un état anxio-dépressif important se répercutant au plan somatique par des douleurs musculo-articulaires diffuses, intéressant le dos et les quatre membres et prenant la forme de tensions musculaires avec une sensation générale de lourdeur.

Dans un rapport du 10 juillet 2006, le Dr Y._____ a indiqué ne pas avoir revu l'assurée depuis le 26 septembre 2005, reprenant par ailleurs les diagnostics posés dans son précédent compte-rendu du 22 juillet 2005 et transmettant de surcroît divers comptes-rendus relatifs à la prise en charge auprès de la consultation spécialisée de la sclérose en plaques du Service de neurologie du Centre hospitalier HH._____.

Aux termes d'un rapport du 19 septembre 2006, les Drs H._____ et S._____ ont posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de personnalité émotionnellement labile de type

borderline, de sclérose en plaques, d'état dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique, et d'anxiété généralisée. Ils ont considéré qu'aucune activité n'était exigible de la part de l'assuré et ont en particulier observé ce qui suit :

"Depuis octobre 2006, la patiente vient régulièrement à ses rendez-vous médicaux à raison d'une fois par mois. Sur le plan médicamenteux, la patiente bénéficie d'une anxiolyse par Temesta (prescrit par le Dr Y._____) et depuis le 19.04.2006, un traitement antidépresseur de Zoloft qui a amené une très légère amélioration des symptômes dépressifs qui persistent cependant comme aussi une anxiété généralisée. Les entretiens restent centrés sur les problèmes concrets, la patiente n'a pas les capacités d'introspection et de mentalisation pour effectuer un travail psychothérapeutique. Contacts réguliers avec le Dr Y._____ et la consultation de neurologie du Centre hospitalier HH._____. Concernant le pronostic, la patiente vit actuellement une situation existentielle très difficile alors que sa santé tant psychique que somatique est extrêmement précaire et en particulier sa santé physique imprévisible. Dans cette situation complexe, il est très difficile de faire la part des problèmes psychiques et somatiques qui paraissent très intriqués et sont encore compliqués par un trouble de la personnalité persistant, impliquant des troubles relationnels importants qui ont abouti à un isolement social, ainsi qu'à une tolérance à l'angoisse et à la tristesse fortement diminuées. Dans ce contexte, une amélioration de sa capacité de travail semble extrêmement peu probable pendant ces prochaines années."

L'assurée a interpellé l'OAI le 23 mai 2007, demandant en substance une nouvelle fois la révision de sa rente.

Par avis médical du 28 juin 2007, le Dr T._____ a estimé que l'aggravation alléguée dans le rapport du Centre psychosocial de N._____ du 19 septembre 2006 résultait de l'appréciation différente, par des médecins différents, d'une situation identique.

Par communication du 3 juillet 2007, l'OAI a informé l'assurée qu'elle continuerait à toucher la même rente que jusqu'alors.

Le 26 juillet 2007, l'assurée a requis qu'une décision susceptible de recours soit rendue.

Le 12 février 2008, le Dr Y._____ a adressé l'écrit suivant à l'OAI :

"Cette lettre est écrite à la demande de Madame C.G._____, née le [...].1970, domiciliée à [...].

Depuis mon dernier rapport du 10 juillet 2006, j'assiste à une lente aggravation de son état de santé.

Son affection neurologique (SEP) semble stabilisée mais comme cela est souvent le cas pour cette maladie, la patiente éprouve une fatigabilité accrue, actuellement peu fluctuante et toujours présente.

Elle souffre de lombalgies chroniques avec parfois blocage, nécessitant des traitements réguliers.

L'état dépressif est actuellement décompensé et je vous prie d'obtenir l'avis de sa thérapeute pour ce problème.

Je suis d'avis qu'une révision de sa rente doit être faite.

Elle me signale que son fils B.G._____ réside chez elle depuis le 1^{er} août 2007 et qu'elle n'a pas reçu l'allocation familiale depuis ce changement."

Le 12 février 2008 également, l'assurée a une nouvelle fois requis une révision de son droit à la rente.

Dans une attestation non daté, indexée par l'OAI le 12 février 2008, la Dresse S._____, pratiquant désormais dans son propre cabinet, a certifié que l'état de santé psychique de l'assurée ne s'était pas amélioré depuis le rapport du 19 septembre 2006 et impliquait toujours une incapacité de travail complète.

Le 16 avril 2008, le Dr Y._____ a rempli un rapport médical pour la révision du droit à la rente, en complément à sa lettre du 12 février 2008. Il a retenu des diagnostics incapacitants sous forme de sclérose en plaques de forme poussées-rémissions, d'état anxio-dépressif chronique, de lombalgies chroniques et de douleurs chroniques multiples. S'agissant des troubles sans impact sur la capacité de travail, il a évoqué un zona L1 gauche ainsi qu'un herpès récidivant. Il a signalé que l'évolution actuelle était défavorable avec un probable début de poussée de sclérose en plaques, une fatigue intense, des douleurs multiples et une péjoration de l'état anxio-dépressif. Il a ajouté qu'à son avis, l'intéressée n'était

psychiquement plus apte au travail, et ce durablement. A son rapport, le Dr Y. _____ a joint les pièces suivantes :

- un compte-rendu du 5 septembre 2006 des Drs C. _____ et X. _____, indiquant en particulier ce qui suit :

"SYNTHÈSE _____ **ET**
CONCLUSION _____

D'un point de vue neurologique, évolution tout à fait favorable, sans nouvel événement intermittent ni changement significatif du status, par rapport au précédent sous traitement immunomodulateur de fond. Bonne tolérance et compliance au traitement de Rebif. Nous proposons donc sa poursuite au même dosage.

En ce qui concerne les 2 épisodes de douleurs insupportables de juin et il y a 2 semaines, une origine neurologique ainsi qu'une relation avec la SEP nous semble très improbable. Certaines caractéristiques (douleurs diffuses, mal caractérisées, insupportables sans aucune réponse au traitement antalgique) nous oriente plutôt vers une origine somatoforme dans le cadre de l'état dépressif. Nous serons intéressés de connaître l'avis de la Dresse [...] [recte : S. _____], le psychiatre traitant de la patiente."

- un rapport du 16 mai 2007 rédigé par les Drs K. _____ et A. _____, respectivement médecin associé et médecin assistante au Service de neurologie du Centre hospitalier HH. _____, exposant qu'il n'y avait pas de nouveaux symptômes neurologiques depuis le dernier contrôle du mois d'août 2006 et que l'assurée se plaignait toujours d'une importante fatigue ainsi que de troubles du sommeil ;

- un rapport du 29 octobre 2007 émanant du Dr K. _____ et de la Dresse R. _____, médecin assistante auprès du service de neurologie précité, précisant que l'évolution sur le plan neurologique restait stable tant sous l'angle subjectif qu'objectif depuis la dernière consultation du mois de mai 2007.

Dans un rapport complété le 25 avril 2008 en vue de la révision du droit la rente, la Dresse S. _____ a relevé que depuis les derniers rapports, la situation de l'assurée s'était encore compliquée en ce sens que son fils était retourné vivre avec elle depuis septembre 2007, ce

qui représentait pour elle une charge importante à la limite de ses possibilités. Elle a également mentionné ce qui suit :

"Mme C.G._____ présente d'une part un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, d'autre part une problématique somatique lourde et au pronostic incertain, associant une fatigabilité importante et des symptômes somatiques multiples fluctuants. Si aucun des deux troubles expliquerait une incapacité de travail complète à lui seul, l'association et intrication de ces deux problèmes, associés à la reprise de la garde de son fils à temps plein, arrivent à la limite des capacités de résistance de Mme C.G._____. Le trouble de la personnalité implique des troubles relationnels ainsi qu'une forte diminution de la capacité à contenir l'angoisse et les affects dépressifs liés aux problèmes somatiques. Elle présente donc régulièrement des symptômes anxieux et dépressifs handicapants qui, associés à la fatigabilité et à de multiples symptômes somatiques, l'obligent à lutter pour faire face aux besoins de la vie quotidienne d'elle-même et de son fils."

Aux terme d'un avis médical du 24 février 2009, le Dr Z._____, du SMR, a considéré qu'une aggravation de l'état de santé susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail n'était pas rendue crédible par les pièces médicales versées au dossier.

Par décision du 27 avril 2009, confirmant un projet de décision du 3 mars 2009, l'OAI a rejeté la demande de révision, considérant qu'une aggravation de l'état de santé susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail n'était pas rendue crédible par les pièces médicales versées au dossier.

D. En date du 27 juillet 2009, l'OAI a remis à l'assurée un questionnaire pour la révision de la rente. L'intéressée l'a complété le 4 août 2009, expliquant que la sclérose en plaques était stable d'après la spécialiste mais qu'elle avait parfois « *des crises de syndromes de "bernard l'hermite"* » et qu'elle souffrait en outre de problèmes de dos, de blocages cervicaux et lombaires, d'états de grande fatigue ainsi que de douleurs dues à la sclérose en plaques, étant également en dépression. Le 7 août 2009, il lui a été répondu que l'envoi du questionnaire de révision résultait d'une erreur informatique et que la révision en question était annulée.

E. Le 13 mars 2012, l'assurée a fait parvenir une nouvelle demande de révision à l'OAI.

Toujours le 13 mars 2012, la Dresse C. _____ et la Dresse M. _____, médecin assistante au Service de neurologie du Centre hospitalier HH. _____, ont adressé à cet office une correspondance confirmant « *la rente AI établie à 50%* ».

A teneur d'un questionnaire pour la révision de la rente rempli le 28 mars 2012, l'assurée a notamment expliqué que son état de santé était toujours le même.

Par rapport du 8 mai 2012, la Dresse M. _____, tout en posant le diagnostic incapacitant de sclérose en plaques de forme récidivante rémittente, a précisé qu'il n'y avait pas de nouveaux symptômes neurologiques depuis le mois d'août 2011 hormis la persistance d'une douleur cervicale et de fatigue. Quant à la capacité de travail, elle était estimée à 50% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. La Dresse M. _____ a par ailleurs signalé que l'état de santé était stationnaire, respectivement s'était aggravé du point de vue radiologique, une IRM du 1^{er} mars 2012 ayant montré une progression de la charge lésionnelle. En annexe à ce rapport, la Dresse M. _____ a joint un compte-rendu que la Dresse C. _____ et elle-même avaient adressé le 13 mars 2012 au Dr Y. _____, après avoir vu la patiente le 5 mars 2012 à la consultation spécialisée de neuro-immunologie. De ce compte-rendu, il résultait notamment que l'intéressée souffrait d'une sclérose en plaques de forme récidivante rémittente actuellement en rémission (premiers symptômes en mars 2003, deuxième et dernière poussée en 2005), qu'elle présentait en outre un état anxio-dépressif et que, depuis août 2011, elle ne rapportait pas de nouveaux symptômes neurologiques hormis la persistance de douleurs au niveaux cervical caractérisées principalement par une mobilité réduite et occasionnellement un signe de Lhermitte, décrivant aussi la persistance de fatigue ; par ailleurs, une IRM cérébrale du 1^{er} mars 2012 avait mis en évidence une progression de la

charge lésionnelle supra et infra-tentorielle depuis le comparatif de 2003 dans le cadre d'une sclérose en plaques sans signe d'activité toutefois.

Dans un rapport du 11 juin 2012, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de personnalité borderline et de trouble dépressif récurrent sans syndrome somatique. Il a également signalé qu'il suivait l'assurée depuis le 7 février 2011, l'ayant précédemment prise en charge du 2 juin 1990 au 1^{er} mai 1991. Selon ce médecin, l'incapacité de travail était totale en lien avec des restrictions sous forme de fatigabilité importante et de difficultés de concentration. S'agissant du traitement, il consistait en une psychothérapie ponctuelle de soutien à la demande, deux à quatre fois l'an. A ce compte-rendu était notamment joint un rapport du 2 août 2011 de la Dresse C._____, et du Dr RR._____, médecin assistant au Service de neurologie du Centre hospitalier HH._____, signalant que du point de vue de sa maladie démyélinisante, la patiente ne décrivait pas de nouveaux symptômes compatibles mais se disait toujours très tendue avec des douleurs et des blocages dans la nuque et le long de la colonne vertébrale. En outre, d'un rapport du 27 octobre 2011 de la Dresse C._____, il résultait que la mise en œuvre d'un nouveau traitement par Gilenya était envisagée.

Aux termes d'un rapport du 14 juin 2012, le Dr Y._____ a fait mention d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente. Il a plus particulièrement signalé les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de sclérose en plaques, d'état anxio-dépressif et de dorso-lombalgies chroniques ; en guise d'atteinte sans impact sur la capacité de travail, il a fait état d'un herpès récidivant, chronique. Il a souligné que, comme souvent s'agissant de la pathologie neurologique, la situation se péjorait lentement. Il a ajouté que, selon lui, la « *rente AI à 50%* » n'était plus adaptée. Il a par ailleurs produit diverses pièces relatives au suivi médical de l'assurée. En particulier, dans un rapport du 23 août 2011, le Dr U._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, signalait des troubles dégénératifs métatarso-phalangiens du premier rayon et une couronne ostéophyttaire symptomatique avec une bursite inflammatoire secondaire

à gauche, un nettoyage chirurgical ayant été proposé. En outre, suite à des examens réalisés en vue de l'introduction du Gilenya, il était apparu que l'intéressée présentait des troubles statiques de la colonne dorsale sans séquelle de Scheuermann ainsi qu'une lésion dégénérative déjà avancée de la colonne dorsale (cf. rapport du 9 décembre 2011 du Dr I._____, radiologue).

Sur mandat de l'OAI, l'assurée a fait l'objet d'un examen neuropsychologique réalisé par W._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP. Cette dernière a notamment pris les conclusions suivantes dans son rapport du 13 novembre 2012 :

"Cet examen, effectué chez une patiente droitrière, de langue maternelle française, adéquate et collaborante mais ralentie et fatigable, met en évidence :

- Un manque du nom propre,
- Un dysfonctionnement exécutif et attentionnel léger se manifestant par un ralentissement aux épreuves de flexibilité mentale, d'exploration visuelle et d'attention divisée.

L'ensemble des autres fonctions testées est par ailleurs préservé. Les difficultés d'accès lexical et la fatigue sont compatibles avec la SEP. Le ralentissement peut être multifactoriel (SEP, état anxiodépressif, médication anxiolytique à base de benzodiazépines).

Sur le plan strictement cognitif, il n'existe pas de limitation fonctionnelle majeure, mais il faut éviter les situations d'interférences, de doubles tâches ou de multiples tâches successives en raison des difficultés exécutives et attentionnelles[.] Par ailleurs, le rendement est légèrement diminué en raison du ralentissement[.]

Compte tenu de la nature évolutive de la SEP, le status neuropsychologique devrait faire l'objet de contrôles d'évolution (environ tous les 18 mois et/ou après de nouvelles poussées). Il serait souhaitable que le service de neurologie du Centre hospitalier HH._____ (Dresse C._____ et collègues) puisse avoir connaissance des résultats du présent examen, les bilans d'évolution étant susceptibles d'être réalisés par nos collègues neuropsychologues du Centre hospitalier HH._____.

Des limitations liées aux douleurs physiques, à la fatigue (impact sévère relevé à l'échelle FAI) et à la problématique psychique sont par ailleurs présentes et doivent être évaluées par les spécialistes (neurologue, psychiatre)."

Par avis médical SMR du 20 décembre 2012, le Dr Z. _____ a relevé que, d'après la Dresse C. _____, la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée, n'ayant pas changé depuis la dernière décision AI, et que, dans le questionnaire de révision du 28 mars 2012, l'assurée avait déclaré que son état de santé était toujours le même. Le Dr Z. _____ également observé que, selon le rapport du Dr F. _____, l'intéressée suivait une psychothérapie ponctuelle de soutien à la demande deux à quatre fois par an. Cela étant, il a considéré qu'aucune des pièces versées au dossier depuis la dernière décision AI ne rendait plausible une aggravation de l'état de santé. Il a ajouté que le rapport d'examen neuropsychologique du 13 novembre 2012 objectivait la fatigabilité secondaire à la sclérose en plaques ainsi qu'aux troubles psychiatriques et concluait qu'il n'y avait pas de limitation fonctionnelle majeure. Au regard de ces éléments, le Dr Z. _____ a retenu que la capacité de travail de l'assurée demeurait inchangée depuis la dernière décision AI.

En date du 25 janvier 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus d'augmentation de sa demi-rente d'invalidité. Il a considéré que, selon les renseignements médicaux à disposition et après analyse de la situation par un médecin-conseil du SMR, les éléments apportés ne permettaient pas de prendre en compte une aggravation objective de l'état de santé de l'intéressée. Aussi la capacité de travail était-elle toujours estimée à 50% dans l'activité habituelle d'employée de commerce.

Dans une écriture du 8 février 2013 adressée au SMR, le Dr Y. _____ a expliqué que, de son point de vue, le projet de décision de l'office surestimait la capacité de travail de l'assurée, laquelle avait beaucoup de problèmes de santé : sclérose en plaques traitée actuellement par Gilenya depuis mars 2012 (Centre hospitalier HH. _____), état dépressif chronique (Dr F. _____), herpès récidivant et lombalgies chroniques avec sciatique droite récente. A cela s'ajoutait qu'outre le Gilenya, l'intéressée suivait un traitement médicamenteux lourd (Valtrex, antidépresseur, benzodiazépines, antalgique). Aussi le Dr

Y._____ a-t-il estimé qu'il serait équitable de procéder à une réévaluation du pourcentage de l'incapacité de travail.

Toujours le 8 février 2013, l'assurée a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision de l'OAI. Pour l'essentiel, elle a souligné qu'elle souffrait de sclérose en plaques, d'un zona continu, de crises d'angoisse, d'insomnies, de blocages incessants (nuque, dos) et de sciatiques, qu'elle prenait des anti-dépresseurs et qu'elle éprouvait une fatigue ainsi que des douleurs chroniques, celles-ci étant aggravées par le stress. Elle s'est de surcroît prévaluée de problèmes de logement et de difficultés financières.

Par décision du 19 mars 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 23 janvier précédent. Dans une lettre du 18 mars 2013 accompagnant cette décision, l'office a expliqué que les éléments invoqués par l'assurée avaient été pris en compte par le SMR et qu'il n'en demeurait pas moins que l'intéressée conservait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle d'employée de commerce.

F. Agissant par l'entremise de son conseil, C.G._____ a recouru le 2 mai 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant à sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mars 2012. A titre préalable, la recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. Sur le fond, elle fait valoir en substance que sa situation actuelle doit être comparée avec celle qui prévalait lors de la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit avec une constatation des faits pertinents et une comparaison des revenus, ce qui correspond en l'espèce aux décisions rendues les 10 juin et 22 juillet 2005, à l'exclusion de la décision de refus d'entrer en matière du 27 avril 2009. Cela précisé, elle soutient que sa situation a notablement changé depuis les décisions des 10 juin et 22 juillet 2005, puisque si elle souffrait à l'été 2005 de sclérose en plaques, de troubles spécifiques de la personnalité et de dysthymie, elle présente aujourd'hui une progression de la charge lésionnelle de sa sclérose en plaques, un trouble dépressif

sévère, une personnalité borderline et des dorso-lombalgies chroniques - modification justifiant aux yeux des Drs Y._____ et F._____ une incapacité de travail désormais totale. Elle se prévaut ainsi d'une aggravation de son état de santé et, parallèlement, d'une détérioration de sa capacité de travail, mais estime que ces deux aspects méritent d'être affinés par une expertise.

En date du 3 mai 2013, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à la recourante avec effet au 2 mai 2013 et désigné son mandataire, Me Jean-Marie Agier, en tant qu'avocat d'office.

Dans sa réponse du 6 juin 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'OAI considère en particulier qu'une expertise judiciaire n'est pas nécessaire et que le dossier contient suffisamment de pièces permettant de statuer en toute connaissance de cause sur l'état de santé de l'assurée et sur sa capacité de travail, renvoyant à cet égard au rapport d'expertise neuropsychologique du 13 novembre 2012 ainsi qu'à la lettre explicative du 19 mars 2013.

Par réplique du 25 juillet 2013, la recourante maintient ses conclusions.

Dupliquant le 31 juillet 2013, l'intimé confirme sa position.

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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente

jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si l'OAI était fondé, par décision du 19 mars 2013, à refuser d'augmenter la demi-rente d'invalidité de la recourante.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles (cf. 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 (cf. art. 6 LPGA in fine).

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

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 ; cf. TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - ou le juge, s'il y a recours - a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de

porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. a) En vertu de l'art. 17 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 (al. 1). Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite (al. 2).

b) Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci 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 cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5b,

125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b; cf. TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

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 (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

5. Au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} août 2004, la recourante soutient en l'occurrence que son état de santé s'est aggravé et justifie désormais l'octroi d'une rente entière.

A ce stade, il convient donc de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis les décisions d'octroi d'une demi-rente AI des 10 juin et 22 juillet 2005 (soit les dernières décisions entrées en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente), justifiant une augmentation de cette prestation.

6. Les décisions des 10 juin et 22 juillet 2005 reconnaissant le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} août 2004 ont été établies à la suite d'un rapport du SMR du 23 novembre 2004 fondé sur les comptes-rendus du Service de neurologie du Centre hospitalier HH. _____ des 20 octobre 2003 et 31 mars 2004 ainsi que sur le rapport d'expertise du Dr D. _____ du 12 novembre 2004. Sur la base de ces documents, la recourante s'est à l'époque vu reconnaître une

incapacité de travail de 50% eu égard à l'ensemble de sa problématique, considérée comme formant un tout (cf. rapport d'expertise du 12 novembre 2004 du Dr D._____ p. 17 s. ; cf. rapport d'examen SMR du 23 novembre 2004 p. 2).

Reste à déterminer si la situation a évolué de manière significative depuis lors.

a) Sur le plan somatique, il est constant que la recourante souffre d'une sclérose en plaques actuellement en rémission, la seconde et dernière poussée ayant eu lieu en 2005 (cf. rapport des Dresses C._____ et M._____ du 13 mars 2012 p. 1). Dans son rapport du 8 mai 2012 (p. 1), la Dresse M._____ a en particulier observé qu'il n'y avait pas de nouveaux symptômes neurologiques depuis août 2011 - époque à laquelle le status neurologique avait été décrit comme superposable aux comparatifs précédents, avec uniquement des microsignes (cf. rapport des Drs C._____ et RR._____ du 2 août 2011 p. 1). Si l'IRM cérébrale réalisée le 1^{er} mars 2012 a certes mis en évidence une progression de la charge lésionnelle supra et infra-tentorielle depuis le comparatif de 2003, cette évolution s'inscrit toutefois dans le cadre d'une sclérose en plaques sans signes d'activité (cf. rapport précité du 13 mars 2012 pp. 1 et 2) ; autrement dit, cette évolution sous l'angle radiologique ne se traduit pas, pour l'heure, par une péjoration concrète de l'état de santé de l'assurée. Au regard de ces éléments et nonobstant la modification du traitement médicamenteux au profit d'une mise sous Gilenya depuis début mars 2012 (cf. rapport précité du 13 mars 2012 pp. 1 et 2), les Dresses C._____ et M._____ ont confirmé « *la rente AI établie à 50%* » (cf. correspondance adressée par ces praticiennes à l'OAI le 13 mars 2012) et la Dresse M._____ a plus particulièrement retenu une capacité de travail atteignant toujours 50% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée (cf. rapport de la Dresse M._____ du 8 mai 2012 p. 1). Il suit de là que, du point de vue neurologique, on ne dénote aucune aggravation notable de l'état de santé de la recourante depuis les décisions d'octroi de la demi-rente, soit depuis l'été 2005. On ne saurait en particulier s'arrêter sur les dires du médecin généraliste traitant mentionnant une lente

péjoration sous l'angle de la pathologie neurologique (cf. rapport du Dr Y._____ du 14 juin 2012 p. 1), attendu qu'il s'agit là d'une assertion dépourvue de motivation et - qui plus est - en décalage avec les indications circonstanciées émanant des spécialistes du Service de neurologie du Centre hospitalier HH._____, où la recourante est prise en charge pour sa sclérose en plaques depuis près de douze ans.

Il est vrai que, dans leurs rapports successifs, les neurologues ont signalé que la recourante se plaignait de fatigue (cf. en particulier le rapport des Dresses C._____ et M._____ du 13 mars 2012 p. 1 et le rapport de la Dresse M._____ du 8 mai 2012 p. 1). La Cour constate néanmoins que cette symptomatologie avait déjà été évoquée par le passé et avait plus spécifiquement déjà été prise en compte au moment de l'octroi de la demi-rente (cf. notamment le rapport des Dresses C._____ et E._____ du 20 octobre 2003 p. 1 et des Drs C._____ et X._____ du 31 mars 2004 rubrique « *Annexe au rapport médical* » ; cf. rapport d'expertise du Dr D._____ du 12 novembre 2004 pp. 6 et 17 s. ; cf. rapport d'examen SMR du 23 novembre 2004, rubrique « *Limitations fonctionnelles* »). Dès lors que rien au dossier ne plaide dans le sens d'une quelconque évolution sur ce plan, on ne saurait donc voir ici de motif de révision.

Pour le surplus, les autres troubles physiques annoncés ne justifient pas davantage de révision du droit à la rente. A ce propos, on notera tout d'abord que les douleurs dorsales dont se plaint l'assurée n'ont rien de nouveau. Selon les constatations des médecins en 2003, l'intéressée avait déjà connu dix ans plus tôt un épisode de lumbago, respectivement de lombosciatalgies (cf. en particulier rapport du Dr P._____ du 6 mai 2003 p. 1 et rapports des Drs C._____ et X._____ du 25 août 2003 p. 1 et du 20 octobre 2003 p. 1). Cette symptomatologie a de plus été régulièrement évoquée par le corps médical (cf. rapport du Dr P._____ du 10 septembre 2003 p. 1 et comptes-rendus du Dr Y._____ des 30 juin 2003 p. 1, 11 mars 2004 p. 1, 22 juillet 2005 p. 1, 10 juillet 2006 p. 1, 12 février 2008, 16 avril 2008 p. 1 et 14 juin 2012 p. 1), sans pour autant que des limitations fonctionnelles proprement dites ne

soient retenues (cf. ch. 3 du complément au rapport médical du Dr Y. _____ du 22 juillet 2005), ni qu'une aggravation notable ne soit signalée à ce niveau. Sous cet angle, peu importe que des troubles statiques ainsi qu'une lésion dégénérative déjà avancée de la colonne dorsale aient été objectivés fin 2011 (cf. rapport du Dr I. _____ du 9 décembre 2011), ces atteintes ayant été détectées fortuitement dans le cadre d'examens radiologiques pratiqués en vue de l'introduction du Gilenya, sans pour autant que l'on puisse les rattacher à une péjoration significative de l'état de santé de la recourante susceptible d'avoir des conséquences du point de vue de sa capacité de travail et de gain. Ce dernier constat s'impose également s'agissant de la sciatique droite évoquée par le Dr Y. _____ le 8 février 2013, sans aucune précision. En l'état du dossier, rien ne permet de donc dire que les douleurs dorsales de la recourante se seraient désormais aggravées au point de commander une révision du droit à la rente. Plus généralement, la persistance de douleurs chroniques, d'une sensation de lourdeur et de phénomènes de blocage a été répertoriée à maintes reprises (cf. entre autres rapport d'expertise du Dr D. _____ du 12 novembre 2004 p. 6, rapport des Drs C. _____ et X. _____ du 25 août 2005, rapport des Desses C. _____ et B. _____ du 2 février 2006 p. 1, rapport du Dr Y. _____ du 16 avril 2008 pp. 1 et 2, rapport des Drs C. _____ et RR. _____ du 2 août 2011 p. 1, rapport des Desses C. _____ et M. _____ du 13 mars 2012 p. 1), sans que des indices objectifs d'une aggravation n'aient été signalés à ce niveau. On notera par ailleurs que si des problèmes orthopédiques ont été mis en exergue courant 2011, rien au dossier ne permet de leur reconnaître une nature intrinsèquement incapacitante, cela d'autant moins qu'un nettoyage chirurgical a été proposé en vue d'y remédier (cf. rapport du Dr U. _____ du 23 août 2011 p. 2). Enfin, tant le zona que l'herpès affectant régulièrement l'assurée ont été considérés comme n'ayant pas d'impact sur sa capacité de travail (cf. rapports du Dr Y. _____ des 22 juillet 2005 p. 1, 10 juillet 2006 p. 1, 16 avril 2008 p. 1 et 14 juin 2012 p. 1).

Dans ces conditions, il y a lieu de conclure qu'aucune révision du droit à la rente ne s'impose en relation avec l'état de santé physique de la recourante

b) Sur le plan psychique, il n'apparaît pas non plus qu'il y ait eu d'aggravation.

Tout d'abord, on ne peut en aucun cas admettre que la prise en charge de B.G._____ par sa mère à partir d'août ou septembre 2007 soit du ressort de l'AI, quand bien même la Dresse S._____ considérait, dans son rapport du 25 avril 2008 (p. 1), qu'il s'agissait là d'une responsabilité importante, à la limite des possibilités de l'assurée. Au demeurant, rien ne montre que la recourante ait été à un quelconque moment dépassée par cette modification de sa situation familiale, étant du reste souligné que son fils a atteint sa majorité en 2012.

Il convient de relever en outre que les diagnostics psychiatriques n'ont pas évolué de manière notable depuis les décisions d'octroi de rente des 10 juin et 22 juillet 2005. A l'époque, il avait été retenu que l'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité ainsi que de « *vellités anxio-dépressives* » qui avaient toujours existé, en particulier sous la forme d'un état anxio-dépressif de moyenne sévérité en 2002/2003 puis d'une dysthymie à la fin de l'année 2004 (cf. rapport d'expertise du Dr D._____ du 12 novembre 2004 p. 15 s.). Or, dans son rapport du 11 juin 2012 (p. 1), le Dr F._____ a retenu des atteintes s'inscrivant toujours dans cette même lignée puisqu'il a diagnostiqué, outre une personnalité borderline, un trouble dépressif récurrent sans syndrome somatique. Il ne s'est du reste pas prononcé sur la gravité du trouble dépressif, qualifié de moyen dans le pire des cas par les spécialistes intervenus précédemment (cf. rapport d'expertise du Dr D._____ du 12 novembre 2004 p. 16, rapport des Drs H._____ et S._____ du 19 septembre 2006 p. 1, rapport de la Dresse S._____ p. 1). On notera également que le Dr F._____ a mentionné des restrictions dues à la fatigabilité et à des troubles de concentration (cf. rapport du 11 juin 2012 p. 2), qui ne sont toutefois pas des affections psychiques

proprement dites. A cela s'ajoute encore que la prise en charge dispensée à la recourante est loin d'être importante puisqu'il s'agit d'une psychothérapie de soutien à la demande, deux à quatre fois par année (cf. *ibid.* p. 1).

Il convient de souligner ici, de surcroît, que suite à l'examen neuropsychologique pratiqué en novembre 2013 sur l'assurée, W. _____ a conclu à l'absence de limitation fonctionnelle majeure sur le plan strictement cognitif (cf. rapport d'examen neuropsychologique du 13 novembre 2012 p. 3). Quand bien même cette spécialiste a par ailleurs souligné l'impact sévère de la fatigue (cf. *ibid.* p. 4), on notera toutefois qu'il s'agit là précisément de l'un des éléments ayant fondé le Dr D. _____ à limiter la capacité de travail de la recourante à 50% (cf. rapport d'expertise du 12 novembre 2004 p. 17 s.).

Quant aux problèmes de sommeil mentionnés par la recourante (cf. objections du 8 février 2013), il suffit de relever qu'ils sont connus de longue date - les Drs H. _____ et L. _____ signalaient déjà en 2002 et 2003 une durée de sommeil raccourcie malgré la prise de somnifères (cf. rapports des 2 septembre 2002 [p. 2] et 17 mars 2003 [p. 2]), l'expert D. _____ ayant quant à lui précisé que l'assurée déclarait avoir un sommeil satisfaisant « *avec des trucs* » (cf. rapport d'expertise du 12 novembre 2004 p. 7) - et ne constituent donc pas, en tant que tels, des éléments nouveaux susceptibles d'influer sur l'issue du litige.

A la lumière de ces considérations, il s'impose de conclure que, sous l'angle psychique également, la situation de la recourante n'a pas connu d'évolution significative ouvrant la voie à la révision du droit à la rente.

c) C'est par ailleurs en vain que le Dr Y. _____ a mis en avant le traitement médicamenteux suivi par la recourante (cf. courrier de ce médecin du 8 février 2013). Il convient en effet de souligner que l'importance du traitement médicamenteux prescrit à l'assurée n'a rien de nouveau, mais résulte au contraire des différents rapports médicaux

versés au dossier depuis la demande initiale de prestations du 5 décembre 2002 ; en particulier, lors de l'expertise psychiatrique du Dr D._____, la médication de l'intéressée était composée de huit médicaments comprenant, notamment, un immunomodulateur, des benzodiazépines et des antidépresseurs (cf. rapport d'expertise du 12 novembre 2004 p. 7 : Rebif-Interféron, Spedifen, Zoloft, Temesta, Xanax, Bécozym, Bénerva et Pentazol). Au surplus, les médecins n'ont pas avancé d'éléments suffisamment précis et concrets susceptibles d'expliquer en quoi le traitement médicamenteux de l'assurée aurait pu entraîner une modification de la situation depuis les décisions d'octroi de rente des 10 juin et 22 juillet 2005.

Sous cet angle non plus, il n'y a donc pas lieu à révision.

d) Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

e) Outre l'aspect médical, l'examen du dossier ne révèle aucune autre circonstance méritant d'être prise en considération sous l'angle de la révision. Tel est notamment le cas des problèmes d'argent et de logement allégués par la recourante (cf. objections du 8 février 2013).

7. a) En conséquence, la décision attaquée, conforme au droit, doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la

procédure, sont supportés par le canton (cf. art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (cf. art. 5 RAJ).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Marie Agier (cf. art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Invité à produire sa liste des opérations (cf. art. 3 al. 1 RAJ), Me Agier n'a pas procédé. Dès lors, vu l'étendue des opérations nécessaires à la conduite du procès (cf. art. 2 al. 1 et art. 3 al. 2 RAJ), il y a lieu d'arrêter équitablement le défraiement à 1'555 fr. 20, TVA comprise (soit 1'440 fr. de prestations d'avocat [8 heures x 180 fr.] + 115 fr. 20 de TVA), auquel il convient d'ajouter 108 fr. pour les débours, TVA incluse (cf. art. 3 al. 3 RAJ). L'indemnité d'office de Me Agier s'élève donc à 1'663 fr. 20. Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC).

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

prononce :

- I.** Le recours déposé par C.G. _____ le 2 mai 2013 est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 mars 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Jean-Marie Agier, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'663 fr. 20 (mille six cent soixante-trois francs et vingt centimes), débours et TVA compris.
- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.
- VI.** Il n'est pas alloué de dépens.

La président :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Marie Agier (pour C.G. _____),
- 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 :