

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 28 mai 2018

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
M. Neu, juge, et Mme Silva, assesseuse  
Greffière : Mme Berseth Béboux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg,

et

**Y.**\_\_\_\_\_, à Vevey, intimé.

---

**Art. 6, 7, 8 al. 1 et 17 LPGA ; art. 4 et 28 al. 1 LAI ; art. 88a al. 2  
RAI**

**E n f a i t :**

**A.** W.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en [...], établie en Suisse depuis [...], est mariée et mère de [...] enfants nés en [...], [...] et [...]. Elle a achevé sa scolarité obligatoire au [...] puis a suivi une formation d'esthéticienne d'octobre 1995 à juin 1996 auprès d'un institut privé [...]. Elle a travaillé jusqu'à la fin de l'année 1997, principalement comme ouvrière d'usine. Elle a également connu plusieurs mois de chômage en 1996 et 1997. Depuis 1998, elle n'a plus exercé d'activité professionnelle régulière.

**B.** Le 15 septembre 1998, l'assurée a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé) est notamment entré en possession d'un rapport du 8 novembre 2000 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en allergologie et immunologie auprès du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), retenant le diagnostic de lupus érythémateux disséminé avec syndrome des anti-phospholipides. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 30 à 50%, tout en précisant que la pathologie constatée empêchait le travail de force des articulations des mains. Il a précisé que l'atteinte se manifestait essentiellement par des douleurs itératives des articulations métacarpiennes interphalangiennes et des poignets des deux côtés, parfois des chevilles, avec occasionnellement des poussées arthritiques.

Par décision du 5 avril 2001, l'Office AI a rejeté ladite demande, faute d'atteinte à la santé invalidante entraînant une limitation de la capacité de travail comme ouvrière ou esthéticienne. Il a reconnu à l'assurée un statut de personne active à 100%, lequel est resté inchangé au cours des procédures ultérieures.

**C.** Le 18 juillet 2001, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, sur laquelle l'Office AI a refusé d'entrer en matière par décision du 13 mai 2002.

**D.** Le 9 mai 2003, l'assurée a renouvelé sa demande de prestations, invoquant qu'elle était désormais régulièrement suivie par le Dr T.\_\_\_\_\_, psychiatre auprès de l'Unité de psychiatrie ambulatoire de ...]Payerne (ci-après : l'UPA).

Dans un rapport du 24 octobre 2003, le Dr T.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics incapacitants de trouble anxio-dépressif mixte depuis 2002 (F41.2), d'angoisse de séparation de l'enfance (F93.0), de lupus érythémateux disséminé, de syndrome de Reynaud et de status post accident vasculaire par thrombose cérébrale. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée souffrait des manifestations psychiques qui accompagnaient souvent le lupus érythémateux, tels que troubles de l'humeur associés à des états d'anxiété. Le traitement de la maladie somatique nécessitait en outre un traitement médicamenteux lourd impliquant des effets secondaires. S'agissant de la capacité de travail, le psychiatre traitant a estimé qu'une activité lucrative régulière était exclue à long terme en raison de l'évolution imprévisible de la maladie physique associée aux troubles psychologiques. L'assurée restait malgré tout capable d'exercer une activité occupationnelle quelques heures par semaine, tels que travaux légers de conciergerie ou « manœuvres occasionnelles d'esthéticienne ».

L'Office AI a mis en œuvre une expertise psychiatrique, qu'il a confiée au Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 13 décembre 2005, le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1 ; depuis 2001), de personnalité histrionique à traits obsessionnels (F 60.4 ; depuis le début de la vie adulte) et de douleurs chroniques dans le cadre d'un lupus érythémateux disséminé actuellement sans activité inflammatoire (depuis 1994). Le Dr H.\_\_\_\_\_ a également observé que l'assurée souffrait de boulimie nerveuse (F50.2) depuis 2005, mais que

cette pathologie restait sans effet sur la capacité de travail. Il a relevé que le trouble de la personnalité favorisait des crises émotionnelles et les manifestations somatiques de l'angoisse, de même qu'il occasionnait une faible tolérance au stress, à la fatigue et aux douleurs. L'expert a attesté une incapacité de travail de 50% en qualité d'ouvrière du point de vue psychiatrique, lorsque le lupus érythémateux ne connaissait pas de poussée inflammatoire. Dans un complément d'expertise du 30 mars 2006, il a précisé que l'incapacité de travail de 50% tenait compte de la dysthymie, du trouble de la personnalité, des complications somato-psychiques du lupus érythémateux disséminé, de l'impact des effets secondaires du traitement et de la faible capacité d'adaptation psychologique à l'affection rhumatologique

Dans un rapport du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 29 juin 2006, se fondant sur un avis du Dr P.\_\_\_\_\_, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a retenu les atteintes principales à la santé de lupus érythémateux disséminé et syndrome anti-phospholipides, ainsi que de dysthymie. Au titre des pathologies associées du ressort de l'assurance-invalidité, elle a fait état d'une boulimie nerveuse et d'une personnalité histrionique. La Dresse G.\_\_\_\_\_ a considéré que l'intéressée avait présenté une incapacité de travail durable depuis l'an 2000, tout d'abord au taux de 30%, puis, dès le mois de juillet 2002, au taux de 50%. Elle a précisé que depuis lors, la capacité de travail exigible était de 50% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Au titre des limitations fonctionnelles, la Dresse G.\_\_\_\_\_ a mentionné une fatigue chronique, des troubles du sommeil, peu de résistance au stress, ainsi que la nécessité d'éviter les sollicitations trop importantes des mains.

Dans un rapport du 21 février 2008, le Dr V.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, respectivement spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et psychologue auprès de l'UPA, ont retenu les diagnostics incapacitants d'anxiété généralisée (F41.1), de phobies spécifiques (F40.2), de traits dépendants et histrioniques, ainsi que d'accès boulimiques. S'agissant de l'évolution de l'état de santé de leur patiente, ils ont émis l'appréciation

suivante : « Au vu du dossier et de quelques entretiens avec la patiente, il nous est difficile de parler d'une aggravation de la symptomatologie depuis 2005. Cependant, Mme W.\_\_\_\_\_ semble s'être encore plus organisée autour de son identité de malade, avec l'étayage de sa famille. La situation paraît rigidifiée et le pronostic médiocre ». Le Dr V.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ ont encore indiqué que la patiente ne pouvait assumer un travail à l'extérieur de la maison, faute d'une réelle stabilité de son état psychique et physique. Par contre, elle semblait pouvoir par moments s'occuper de ses enfants et des activités légères du ménage, mais également de manière discontinue et peu fiable sur la durée.

Dans un avis du SMR du 11 août 2008, le Dr X.\_\_\_\_\_ a estimé que l'état de l'assurée au plan psychiatrique était stationnaire, puisque le tableau clinique décrit par le Dr V.\_\_\_\_\_ était similaire à celui prévalant lors de l'expertise psychiatrique de 2005. Au plan somatique, les radiographies du rachis produites par le Dr K.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, étaient rassurantes et ne mettaient en évidence aucun problème somatique ostéoarticulaire.

Par décision du 16 janvier 2009, l'OAI a accordé à l'assurée un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> décembre 2002 au 28 février 2003, puis une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2003, sur la base d'un taux d'invalidité de 55%. Cette décision a été confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal dans un arrêt du 2 septembre 2010. Le tribunal, reconnaissant pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_, a de surcroît retenu que les troubles somatiques de l'intéressée avaient été pris en compte de manière adéquate et que l'approche économique adoptée par l'office intimé échappait à la critique (cause AI 81/09 - 336/2010). Cet arrêt, non contesté, est entré en force.

**E.** En février 2011, l'office AI a entrepris une révision d'office du droit à la rente de l'assurée. Dans ce cadre, l'intéressée a fait savoir que son état de santé s'était aggravé, en ce sens qu'elle présentait désormais une atteinte rénale due au lupus ainsi qu'une fibromyalgie.

Dans un rapport du 24 mars 2011, le Dr V.\_\_\_\_\_ et la psychologue J.\_\_\_\_\_ ont confirmé les diagnostics incapacitants d'anxiété généralisée (F41.1), de phobies spécifiques (F40.2), de traits dépendants histrioniques, d'accès boulimiques et de lupus érythémateux disséminé. Ils ont indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et que son fonctionnement restait stable sur le plan psychique, avec ses fluctuations habituelles. Ils ont indiqué que l'incapacité de travail était totale à l'extérieur de la maison, eu égard aux troubles psychiques, et qu'elle était d'au moins 50% «*pour la maison*», vu les fluctuations de l'état psychique et physique. Ils ont en outre relevé qu'il n'existait pas de possibilité de travail adapté.

Le 12 avril 2011, la Dresse S.\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic incapacitant de lupus érythémateux disséminé. Elle a fait état d'une possible aggravation du lupus avec une probable atteinte rénale débutante. Au titre des limitations fonctionnelles, la rhumatologue a évoqué une fatigue plus ou moins continue ainsi que des poussées fluctuantes d'arthralgies et d'arthrite. Elle a attesté une capacité de travail de 50% au pur plan rhumatologique, dans l'activité d'esthéticienne, avec un risque d'absentéisme élevé en raison des poussées d'arthrite. Elle a également transmis son rapport du 31 janvier 2011 au Dr L.\_\_\_\_\_, médecin traitant, duquel il ressort que le lupus semblait bien stabilisé cliniquement, mais que l'assurée présentait des douleurs de type fibromyalgie, souvent observées en cas de lupus, même en l'absence de toute activité inflammatoire biologique ; ce « syndrome fibromyalgique secondaire » était accompagné par des épisodes d'angoisse et de panique ainsi que par une difficulté à gérer la vie quotidienne et l'éducation des enfants.

Dans un avis du SMR du 15 juin 2011, le Dr X.\_\_\_\_\_ a estimé que l'état de santé psychique de l'assurée était stationnaire depuis la dernière décision de l'Office AI. Tel était également le cas au plan physique, la Dresse S.\_\_\_\_\_ attestant une capacité de travail de 50%

dans une activité adaptée. Le Dr X. \_\_\_\_\_ en a conclu que la capacité de travail demeurerait inchangée.

Par décision du 13 décembre 2011, l'OAI a refusé de réviser la demi-rente dont bénéficiait l'assurée, estimant que les éléments rassemblés au cours de l'instruction n'avaient pas permis de retenir une aggravation objective de son état de santé, et que sa capacité de travail restait de 50% dans une activité adaptée, avec pour conséquence une invalidité de 55%. Dans un courrier du même jour faisant partie intégrante de la décision, l'Office AI a expliqué à l'assurée que la capacité de travail devait être appréciée de manière globale en tenant compte de l'ensemble des atteintes à la santé, et que, contrairement à ce qu'elle réclamait, un cumul de deux incapacités de travail de 50% (au plan psychique et au plan physique) était exclu. Cette décision a été confirmée par la Cour des assurances sociales du Tribunal dans un arrêt du 13 septembre 2012 (cause AI 9/12 - 299/2012).

**F.** Le 11 février 2014, l'assurée a sollicité la révision de son droit à la rente, au motif que son état de santé s'était détérioré. Elle a fait valoir qu'elle connaissait une aggravation de son status articulaire et de son état psychique, avec une péjoration de l'anxiété, une fatigue chronique, des insomnies, des migraines, des phobies et une gastro-entérite. Elle s'est dite dans l'incapacité d'accomplir une bonne partie des tâches ménagères. A l'appui de sa demande, elle a produit un rapport du 7 février 2014 du Dr M. \_\_\_\_\_, lequel s'est prononcé en ces termes :

« Je suis depuis de nombreuses années la patiente susnommée pour un lupus érythémateux systémique marqué essentiellement par des polyarthrites diffuses et un syndrome des anti-phospholipides. Dans ce contexte, la patiente souhaite une réévaluation de son droit à la rente.

C'est essentiellement le status articulaire qui s'est aggravé au cours de cette dernière année, résistant à un traitement de Plaquenil de fond de 2 cpr/j., renforcé d'un traitement anti-inflammatoire de Celevrex 2 x 200 mg et de Dafalgan 1 à 4 x 1g/j. Les polyarthralgies/polyarthrites associées à une fatigue chronique contribuent à un état d'épuisement psychologique chez cette jeune mère de famille de trois enfants, dont un de moins de deux ans. L'ensemble de ce tableau contribue à aggraver un état dépressif également connu et qui demanderait que la patiente soit à la fois aidée dans ses tâches quotidiennes par un soutien domestique, ainsi

que par une révision de son droit à la rente qui si je ne m'abuse est limité actuellement à 50%, et devrait s'élever à 100% au vu de son état actuel ».

Dans un rapport du 5 mai 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente souffrait de lupus érythémateux systémique marqué essentiellement par des polyarthrites diffuses et un syndrome des anti-phospholipides, ainsi que d'un état dépressif chronique, induisant une totale incapacité de travail dans toute activité, dans le contexte d'une lente aggravation. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr L.\_\_\_\_\_ a estimé que sa patiente devait éviter l'usage répété des articulations des mains. Au titre du pronostic, le médecin traitant a fait état d'une lente aggravation.

Le 28 mai 2014, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent.

Dans un rapport du 27 juin 2014 pour les personnes impotentes, le Dr L.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de lupus érythémateux disséminé peu symptomatique sur le plan physique mais responsable d'un état dépressif chronique avec manifestations psychosomatiques, de dysthymie et de migraines à répétition. Le médecin traitant a précisé qu'à l'heure actuelle, il existait peu de manifestations physiques du lupus érythémateux, en dehors d'une fatigue et de quelques arthralgies banales. Par contre, sa patiente était constamment dépressive, épuisée ; elle présentait des diarrhées à répétition et des douleurs abdominales, des migraines de plus en plus fréquentes, une aggravation de son anxiété, un retrait social et une agoraphobie. Le Dr L.\_\_\_\_\_ a encore relevé que l'état de santé de l'assurée rendait impossible la reprise d'une quelconque activité professionnelle, mais n'empêchait pas qu'elle s'occupe de son ménage à 50%.

Interpellé par l'OAI, le Dr M.\_\_\_\_\_ a indiqué le 7 juillet 2014 que la capacité de travail de sa patiente était nulle. Il a mis en évidence un état dépressif chronique, des polyarthralgies, une fatigue intense et des difficultés de sommeil, précisant que l'assurée ne présentait pas de

signe d'arthrite franche. Les limitations fonctionnelles étaient liées à la fatigabilité et aux polyarthralgies.

Le 2 avril 2015, le Dr T.\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI un rapport pour la révision du droit à la rente ainsi qu'un rapport pour les personnes impotentes. Au titre des diagnostics, le psychiatre traitant a retenu un trouble panique, depuis l'enfance (F41.0), des phobies multiples, depuis l'enfance (F40.2), de troubles dépressifs récurrents, actuellement en rémission, depuis de nombreuses années (F33.4), de troubles mixtes de la personnalité comprenant des traits appartenant à la personnalité anxieuse, personnalité dépendante, personnalité histrionique, depuis l'adolescence (F60.0), de lupus érythémateux disséminé, depuis 1998 et de syndrome de Reynaud. Le Dr T.\_\_\_\_\_ observait des restrictions physiques et psychiques importantes : en raison de sa fatigue, l'assurée présentait un ralentissement psychomoteur ; elle connaissait également de façon incontrôlée des attaques de panique susceptibles de compromettre le déroulement d'un travail régulier. Elle se plaignait en outre de douleurs au ventre ou aux articulations. Compte tenu de ses plaintes, le Dr T.\_\_\_\_\_ l'avait adressée à la Clinique N.\_\_\_\_\_ pour un examen neurologique et neuropsychologique, dont il n'était ressorti aucune anomalie. Le psychiatre traitant s'est prononcé sur la capacité de travail en ces termes :

« Malgré la normalité de cet examen, nous estimons que notre patiente présente une incapacité de travail d'au moins 70% en raison de la multitude de symptômes physiques qu'elle met en avant et aussi en raison de la chronicisation de longue date de ces symptômes. A notre avis, il est illusoire d'imaginer que Mme W.\_\_\_\_\_ pourrait reprendre un travail régulier à plus de 2-3 heures par jour auprès tant d'années d'inactivité et avec la situation familiale qu'elle décrit ».

Le Dr T.\_\_\_\_\_ a joint à ses rapports deux rapports des 1<sup>er</sup> décembre 2014 et 21 janvier 2015 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie auprès de la Clinique N.\_\_\_\_\_, selon lesquels les examens n'avaient révélé aucune pathologie du point de vue neurologique et neuropsychologique associée à sa maladie lupique.

Dans un rapport du 17 juin 2015, le Dr F.\_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant, a posé les diagnostics incapacitants de lupus érythémateux disséminé « symptomatique » (sic), mais responsable d'un état dépressif chronique avec manifestations psychosomatiques, d'état dépressif chronique, de migraines à répétition et d'hypothyroïdie substituée. Le Dr F.\_\_\_\_\_ a estimé que l'état de santé de l'assurée était stable au niveau somatique, tout en renvoyant au psychiatre traitant au sujet de l'évolution au plan psychique, qu'il a néanmoins qualifiée de péjorée. Il a attesté une incapacité totale de travail dans tout type d'activités, depuis dix ans, en raison de douleurs diffuses importantes couplées à des troubles psychiatriques et des épisodes de dépression.

Interpellé par l'OAI, le Dr T.\_\_\_\_\_ a communiqué le 15 octobre 2015 les dates de ses consultations, à savoir de mars à septembre 2014, à raison d'une fois chaque cinq semaines environ, puis de mars à mai 2015, à la même fréquence.

Par projet de décision du 1<sup>er</sup> février 2016, se ralliant à un avis du Dr X.\_\_\_\_\_ du 21 janvier 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de refuser d'accorder l'augmentation de rente requise, au motif que les éléments rassemblés durant l'instruction de la demande de révision n'avaient pas permis d'objectiver une aggravation de son état de santé réduisant sa capacité de travail en deçà de 50%.

L'assurée, représentée par Me Charles Guerry, a fait part de ses objections au projet précité par écriture du 4 avril 2016. Elle a produit un rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ du 30 mars 2016, estimant que celui-ci mettait en avant de nouvelles atteintes, ainsi que l'aggravation des atteintes préexistantes. Elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.

Dans un avis du SMR du 11 mai 2016, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ a estimé que le dernier rapport du Dr T.\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'éléments objectivant une aggravation de l'état de santé de l'assurée au plan psychique. Les diagnostics et la description clinique du psychiatre traitant

démontraient plutôt une chronicisation des symptômes depuis des nombreuses années, le SMR ayant au demeurant déjà pris en compte le rapport du 23 juin 2015 du Dr T. \_\_\_\_\_ dans son avis du 21 janvier 2016. L'évaluation neuropsychologique et neurologique à laquelle s'était soumise l'assurée n'avait au demeurant pas mis en évidence de pathologies.

Par décision du 19 mai 2016, se ralliant aux conclusions de son Service médical, l'OAI a confirmé son refus d'augmenter la rente d'invalidité, estimant que les renseignements médicaux obtenus au cours de l'instruction de la demande de révision n'avaient pas démontré d'aggravation objective de l'état de santé de l'assurée. L'office a ainsi estimé que sa capacité de travail demeurait de 50% dans une activité adaptée, ce qui conduisait au maintien de la demi-rente accordée jusqu'alors.

**G.** Par acte du 15 juin 2016, toujours représentée par Me Charles Guerry, W. \_\_\_\_\_ a recouru à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière, et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. A l'appui de sa contestation, elle fait en substance grief à l'intimé d'avoir fondé sa décision sur les seuls rapports du SMR, dont les médecins ne sont pas spécialisés dans le genre d'atteinte qu'elle présente. Elle estime que les avis des Drs M. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, respectivement éminent spécialiste des maladies auto-immunes chroniques et psychiatre de longue expérience, sont plus probants. Tout au moins leur appréciation est-elle de nature à jeter un doute sur la fiabilité et la pertinence des avis des médecins du SMR, ce qui aurait dû conduire l'intimé à mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant.

Dans une réponse du 7 septembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise, estimant qu'aucun élément au dossier n'impliquait de s'écarter des conclusions du SMR.

Par réplique du 31 octobre 2016, la recourante a maintenu ses conclusions et a transmis un rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 21 septembre 2016.

Dans une duplique du 22 novembre 2016, l'intimé a confirmé ses conclusions dans le sens du rejet du recours, estimant que le rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 21 septembre 2016 n'apportait rien de nouveau.

### **E n d r o i t :**

**1.**                   **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 94 al. 4 LPA-VD).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, devant le tribunal compétent et dans le respect des conditions de formes prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**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 134 V 418 consid. 5.2.1 et 125 V 413 consid. 2c et les références ; cf. TF 8C\_245/2010 du 9 février 2011, consid. 2).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'augmenter la rente d'invalidité de la recourante à la suite de sa demande de révision du 11 février 2014. Se pose singulièrement la question de savoir si l'assurée a présenté une aggravation notable et durable de son état de santé de nature à réviser son droit à une demi-rente.

**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 4 al. 1 LAI). Constitue une 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.

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)** Selon 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. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29<sup>bis</sup> est toutefois applicable par analogie.

Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. 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 (ATF 133 V 545, consid. 6.1 ; ATF 130 V 343, consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545, consid. 6.2 à 7).

Pour déterminer s'il y a motif à réviser une rente, il convient d'examiner si, entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 133 V 108, 130 V 71 consid. 3.2).

**4.** Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées).

De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, 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\_410/2014 précité consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V

351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C\_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C\_407/2014 précité ; voir également TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

**5.** Dans le cas d'espèce, l'intimé estime que la situation médicale de la recourante n'a pas connu d'aggravation et qu'elle dispose toujours d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée, de sorte que son droit aux prestations de l'assurance-invalidité reste inchangé.

De son côté, la recourante soutient que son état s'est détérioré, aux plans somatique et psychique, avec pour conséquence qu'elle devait être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité.

Il s'agit ici de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 13 décembre 2011 (maintenant le droit à une demi-rente d'invalidité), confirmée par la Cour de céans le 13 septembre 2012, à ceux existant au moment de la décision du 19 mai 2016, afin de déterminer si un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité de la recourante est survenu durant ce laps de temps.

**a)** A l'issue du précédent examen matériel du droit à la rente, dans sa décision du 13 décembre 2011, l'OAI avait retenu que la situation de l'assurée au plan physique et psychique n'avait pas connu d'évolution notable depuis la précédente décision du 16 janvier 2009, voire même antérieurement. Ce constat de stabilité a été confirmé par la Cour de céans dans son arrêt du 13 septembre 2012, selon lequel les conclusions du rapport d'expertise du Dr H. \_\_\_\_\_ du 13 décembre 2005 et de l'avis du SMR du 29 juin 2006, retenant notamment une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, étaient toujours valables. La

Cour de céans avait considéré qu'en l'absence d'éléments nouveaux, il n'y avait pas lieu de suivre les avis du Dr V. \_\_\_\_\_ dans le sens d'une incapacité de travail de 100%, estimant qu'il ne s'agissait que d'une appréciation différente d'un état de fait identique, laquelle ne constituait pas un motif de révision. N'était pas plus déterminante l'appréciation de la Dresse S. \_\_\_\_\_ dans le sens d'une incapacité de travail de 50% au plan rhumatologique pur, le SMR n'ayant pas ignoré l'impact des affections physiques sur la capacité de travail dans son avis du 29 juin 2006.

**b)** Dans le cadre de la procédure de révision, le Dr X. \_\_\_\_\_ a estimé que les pièces médicales rassemblées en cours d'instruction ne fournissaient aucun indice d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé de l'assurée, la capacité de travail médico-théorique de l'intéressée restant inchangée depuis la dernière décision (cf. avis du 21 janvier 2016). Après avoir pris connaissance du rapport établi le 30 mars 2016 par le Dr T. \_\_\_\_\_, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ a retenu que le psychiatre traitant n'apportait pas de nouveaux éléments par rapport à ceux soulevés dans son rapport du 23 juin 2015, déjà pris en compte par le Dr X. \_\_\_\_\_. Pour la Dresse Z. \_\_\_\_\_, les diagnostics et la description clinique du Dr T. \_\_\_\_\_ ne démontraient pas une aggravation, mais plutôt une chronicisation des symptômes depuis de nombreuses années. La Dresse Z. \_\_\_\_\_ insistait également sur le fait que les tests neurologiques et neuropsychologiques mis en œuvre après de la Clinique N. \_\_\_\_\_ n'avaient révélé aucune pathologie.

L'appréciation du SMR est convaincante et il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à la remettre sérieusement en cause.

**c) aa)** En effet dans son rapport du 7 février 2014, très succinct, le Dr M. \_\_\_\_\_ se limite à affirmer que l'état de santé de sa patiente a subi une aggravation, essentiellement au status articulaire, au cours de la dernière année, résistant au traitement de fond, qui avait dû être renforcé par un traitement anti-inflammatoire complémentaire. Le rhumatologue ne motive toutefois pas en quoi consiste concrètement l'aggravation alléguée et quel impact elle aurait sur la capacité de travail

et de gain de l'assurée. Les diagnostics qu'il pose (lupus érythémateux systémique marqué essentiellement par des polyarthrites diffuses et un syndrome des anti-phospholipides) sont identiques à ceux dont il faisait déjà état dans son rapport du 8 novembre 2000, et unanimement reconnus. Le Dr M.\_\_\_\_\_ n'explique pas non plus en quoi sa patiente connaîtrait des limitations fonctionnelles à ce point plus importantes que celles reconnues jusqu'alors, qui l'empêcheraient de mettre à profit une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée.

Pour le surplus, le Dr M.\_\_\_\_\_ évoque surtout des éléments se rapportant à l'état de santé psychiatrique de sa patiente, qu'en sa qualité de rhumatologue il n'est pas compétent pour apprécier. En effet, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Ainsi, en l'absence de spécialisation en psychiatrie, le Dr M.\_\_\_\_\_ ne saurait être suivi lorsqu'il affirme que la fatigue chronique associée aux polyarthralgies/polyarthrites liées au lupus contribue à un état d'épuisement psychologique et que l'ensemble de ce tableau participe à aggraver un état dépressif connu.

Le rhumatologue ne convainc pas non plus lorsqu'il affirme que l'état actuel de sa patiente nécessiterait qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente entière. Il n'appartient en effet pas au médecin de se déterminer sur les prestations sociales auxquelles aurait droit son patient ; son rôle consiste à se prononcer, au plan médical, sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités il est incapable de travailler.

Son rapport du 7 juillet 2014 ne permet pas non plus d'objectiver une aggravation notable de l'état de santé de l'assurée. Interrogé sur l'évolution de l'état de santé de sa patiente, le rhumatologue se limite à mentionner « polyarthralgies, fatigue intense, difficultés de sommeil, état dépressif », soit des atteintes et symptômes connus de

longue date, et dont rien n'indique sérieusement qu'ils aient connu une péjoration substantielle. De même, au titre des limitations fonctionnelles, le Dr M.\_\_\_\_\_ invoque la fatigabilité et les polyarthralgies, d'ores et déjà mises en évidence dans les procédures de demande antérieures, et reconnues par la DresseG.\_\_\_\_\_ dans son avis du 29 juin 2006. En définitive, le Dr M.\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément médical, de son domaine de spécialité, qui permette de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'état de santé de sa patiente a connu une aggravation substantielle susceptible de conduire à une augmentation de la demi-rente qui lui est allouée depuis 2003.

**bb)** Le Dr T.\_\_\_\_\_ n'apporte pas non plus d'éléments permettant d'établir que sa patiente a connu une aggravation notable de son état de santé. Le psychiatre traitant ne soutient d'ailleurs pas qu'une telle péjoration est survenue, puisque dans son rapport pour la révision du droit à la rente du 2 avril 2015, il fait état d'une évolution stationnaire. Il atteste même au contraire une rémission du trouble dépressif récurrent. Les diagnostics qu'il retient au plan psychiatrique (trouble panique depuis l'enfance, de phobies multiples depuis l'enfance, de troubles dépressifs récurrents, actuellement en rémission, de troubles mixtes de la personnalité depuis l'adolescence, comportant des traits appartenant à la personnalité anxieuse, dépendante et histrionique) ne diffèrent pas fondamentalement de ceux mis en avant par le Dr V.\_\_\_\_\_ et la psychologue J.\_\_\_\_\_ dans leurs rapports des 21 février 2008 et 24 mars 2011 (anxiété généralisée, phobies spécifiques, traits dépendants histrioniques). En outre et surtout, les limitations fonctionnelles et les répercussions des atteintes évoquées par le Dr T.\_\_\_\_\_ le 2 avril 2015 - au demeurant en grande partie fondées sur les plaintes de sa patiente - sont superposables à celles constatées de longue date et prévalant déjà au moment où l'OAI a rendu sa décision du 13 décembre 2011. Dans son rapport du 2 avril 2015, ce médecin a d'ailleurs fait état d'une chronicisation des symptômes depuis de nombreuses années, et non pas d'une aggravation. On constate en effet que, dans son rapport du 24 octobre 2003, le Dr T.\_\_\_\_\_ avait déjà fait état d'un ralentissement psychomoteur, d'attaques de panique, de fatigue, de troubles de la

mémoire avec difficultés de concentration, de phobies (notamment des ascenseurs et du noir), de troubles du sommeil, de troubles de l'humeur avec épisodes d'angoisse, notamment.

On le voit donc, le Dr T. \_\_\_\_\_ n'apporte pas d'éléments objectifs permettant d'attester une aggravation de l'état de santé de la recourante au plan psychiatrique. Il se limite au contraire à défendre la position qu'il avait déjà adoptée en 2003 et à soutenir sa patiente dans sa demande d'une rente entière. En attestant une capacité de 30% au plus (à savoir pas plus que 2 heures par jour), le Dr T. \_\_\_\_\_ maintient en réalité une évaluation de la capacité de travail plus restrictive que celle retenue par l'OAI, tel qu'il l'avait déjà fait en 2003, lorsqu'il affirmait qu'une activité lucrative régulière était exclue à long terme, mais que l'assurée restait malgré tout capable d'exercer une activité occupationnelle de quelques heures par semaine. Or, son appréciation de la capacité de travail n'avait pas été retenue à l'époque, et il ne prévaut actuellement aucun élément nouveau qui conduirait à se rallier à son avis. Constatant la normalité des résultats des examens neurologiques et neuropsychologiques qu'il a ordonnés, le Dr T. \_\_\_\_\_ a maintenu que sa patiente présentait une incapacité de travail d'au moins 70%, en précisant « qu'il est illusoire d'imaginer que Mme W. \_\_\_\_\_ pourrait reprendre un travail régulier à plus de deux-trois heures par jour après tant d'années d'inactivité et avec la situation familiale qu'elle décrit ». La jurisprudence a cependant souligné que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de la loi. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels,

par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a).

Les rapports des 30 mars et 21 septembre 2016 du Dr T.\_\_\_\_\_ n'apportent aucun élément susceptible de parvenir à une conclusion différente. Le Dr T.\_\_\_\_\_ n'y fait qu'un résumé de ses précédents rapports et tente de démontrer en quoi les conclusions prises par le Dr H.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 13 décembre 2005, à ses yeux empreintes de contractions et contraires à l'avis unanime des autres psychiatres, ne sauraient être suivies. Or, cette discussion n'a pas lieu d'être dans le cadre de la présente cause, puisque la Cour des assurances sociales a reconnu pleine valeur probante à ce rapport d'expertise dans son arrêt du 2 septembre 2010, entretemps entré en force. Le fait que le Dr T.\_\_\_\_\_ indique rétrospectivement ajouter à son rapport du 2 avril 2015 les diagnostics de trouble obsessionnel compulsif avec comportements compulsifs au premier plan (CIM F42.1) présent depuis 2008 ainsi que d'hyperthyroïdie (traitée) sur thyroïdite auto-immune apparue depuis 1998 ne conduit pas à une appréciation différente, puisque ces atteintes sont antérieures à la dernière décision constituant le point de référence de la comparaison des états de santé dans le cadre de la demande de révision litigieuse. La thyroïdie a en effet déjà été signalée par le Dr L.\_\_\_\_\_ en 1998 et a été régulièrement confirmée depuis lors (cf. rapports des 7 octobre 1998 et 13 avril 2011, notamment). Depuis 2005 tout au moins, elle est au demeurant substituée (cf. rapport de la Dresse S.\_\_\_\_\_ du 7 octobre 2005. Quant aux comportements compulsifs, le Dr V.\_\_\_\_\_ avait également déjà relevé que sa patiente décrivait des troubles obsessionnels compulsifs accrus depuis 2010 (cf. rapport du 24 mars 2011).

En définitive, le Dr T.\_\_\_\_\_ maintient une appréciation différente d'un même état de fait, tel qu'il l'avait déjà fait en 2003, sans être suivi. Il n'apporte aucun élément qui remettrait en question le fait que la recourante dispose d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

**cc)** Les médecins généralistes n'apportent pas non plus d'éléments rendant vraisemblable une aggravation notable de l'état de santé de la recourante.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ affirme que l'état de santé de sa patiente subit une lente aggravation mais n'apporte également aucun élément corroborant une telle péjoration. Les diagnostics de lupus érythémateux systémique essentiellement marqué par des polyarthrites diffuses et de syndrome des anti-phospholipides qu'il retient dans ses rapports des 5 mai et 27 juin 2014 existaient déjà en 2011, et même bien avant (cf. notamment avis du SMR du 29 juin 2006), et rien ne permet de conclure valablement que ces atteintes aient connu une péjoration de nature à modifier l'invalidité de l'assurée. Au contraire, dans son rapport du 27 juin 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_ indique que l'assurée présente peu de manifestations physiques du lupus érythémateux, en dehors d'une fatigue et de quelques arthralgies banales, l'atteinte somatique étant peu symptomatique sur le plan physique. Ces observations ne dénotent pas d'une péjoration au plan somatique. L'assurée connaît en effet de longue date une fatigue et des douleurs aux articulations, limitations fonctionnelles dûment reconnues par la Dresse G.\_\_\_\_\_ dans son avis du 29 juin 2006, dont l'appréciation a été jugée toujours d'actualité par le tribunal dans son arrêt du 12 septembre 2012. Les troubles digestifs évoqués par le Dr L.\_\_\_\_\_ prévalaient déjà au moment où le Dr H.\_\_\_\_\_ a examiné l'assurée, en 2005. Quant à la nécessité d'éviter l'usage répété des articulations des mains mise en avant par le Dr L.\_\_\_\_\_, elle prévaut également depuis bon nombre d'années. A l'instar de son confrère rhumatologue, le médecin traitant fait surtout valoir une aggravation au plan psychique, sur laquelle il n'est toutefois pas

compétent pour se prononcer, en sa qualité de médecin généraliste. Ainsi, le Dr L. \_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément permettant de lui suivre lorsqu'il atteste une totale incapacité de travail dans toute activité.

Les éléments apportés par le Dr F. \_\_\_\_\_ le 17 juin 2015 ne sont pas plus déterminants. Reprenant en substance les observations du Dr L. \_\_\_\_\_, il fait état d'un état de santé stable au niveau somatique. Il estime par contre que sa patiente a subi une dégradation de son état au plan psychique, au sujet de laquelle il renvoie au psychiatre traitant.

**d)** En définitive, il n'y a pas lieu de douter du caractère bien fondé des conclusions du SMR. C'est à cet égard à tort que la recourante fait grief à l'intimé d'avoir fondé sa décision sur les seuls avis de son Service médical, en ignorant les constatations de ses médecins traitants, selon elle plus qualifiés pour se déterminer. C'est au contraire après examen des rapports médicaux établis par ses différents médecins traitants que le SMR a estimé qu'ils n'apportaient aucun élément nouveau dénotant d'une aggravation de son état de santé. On rappellera à cet égard que, selon la jurisprudence, un avis médical du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. Conformément au principe de la libre appréciation des preuves, il convient d'apprécier chaque élément de preuve à sa juste valeur et en fonction de sa force probante (cf. TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Or, dans le cas d'espèce, le SMR a tenu compte

de l'intégralité des rapports médicaux au dossier. Comme développé ci-dessus, aucun de ces rapports ne permet d'objectiver une aggravation significative de l'état de santé de la recourante. Il n'y a dès lors pas lieu de remettre en question les avis de Dr X. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_.

C'est ainsi de manière fondée que l'intimé a estimé que la recourante disposait toujours d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, induisant un préjudice économique de 55% et conduisant au maintien de la demi-rente d'invalidité qui lui est alloué depuis le 1<sup>er</sup> mars 2003.

**6.** Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaire et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions soient suffisamment élucidés (TF 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). Les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'expertise pluridisciplinaire de la recourante ; une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C\_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et les références citées).

**7.** **a)** Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision querellée étant confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al 1bis LAI). En principe, la

partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et doivent être mis à la charge de la recourante, qui n'obtient pas gain de cause.

**c)** Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer des dépens, la recourante ayant été déboutée de ses conclusions (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est déposé le 15 juin 2016 par W. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II.** La décision rendue le 19 mai 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêts à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Charles Guerry (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 :