

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 septembre 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher, juge et M. Monod, juge assesseur
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par Me Janique Torchio, avocate
à Lausanne,

et

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

Art. 8 et 17 LPGA ; 28 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), ressortissante [...] née en [...] et titulaire d'un permis C, est au bénéfice d'une formation de secrétaire-comptable apprise en [...]. Depuis son arrivée en Suisse en 1991, elle a travaillé en qualité de caissière en 1994 pendant une semaine, comme nettoyeuse en 1997 pendant un mois et comme ouvrière dans une fabrique pendant deux semaines en 1998. Le 30 mai 2000, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), en vue de l'obtention d'une rente ou d'un reclassement dans une nouvelle profession. Elle a indiqué souffrir de lombalgies chroniques à la suite d'une ponction lombaire effectuée au Centre hospitalier [...] (ci-après : Centre hospitalier A._____) en 1999.

Dans un rapport du 19 juillet 2000, le Dr [...], spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et la Dresse [...], médecin-assistante, du Service de rhumatologie du Centre hospitalier A._____, ont posé les diagnostics de lombalgies chroniques non spécifiques avec pseudo-sciatalgies du membre inférieur droit, de probable troubles somatoformes douloureux, de multiples lésions de la substance blanche à l'IRM d'étiologie indéterminée, de status post-psoriasis du cuir chevelu en 1994 et de status post-syndrome de Reiter en 1984. L'incapacité de travail sur le plan rhumatologique était complète depuis mai 1999 en raison des lombalgies présentées par l'assurée.

Dans un rapport du 19 mars 2001, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne, a retenu les diagnostics de lombo-sciatalgies droites chroniques, de syndrome d'hyper laxité ligamentaire, de troubles somatoformes douloureux persistants, de multiples lésions de la substance blanches bi-hémisphériques sous-corticales d'étiologie indéterminée et de status après myomectomie utérine en 1996. Selon lui, l'activité de femme de ménage, que l'assurée n'avait exercée que de façon extrêmement limitée, paraissait totalement inadaptée compte tenu d'une symptomatologie douloureuse floride susceptible de s'aggraver lors

de toute sollicitation physique importante. Dans une activité physique légère, une capacité de travail de 50% paraissait par contre exigible.

Dans un avis médical du 20 août 2001, la Dresse Q. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu que l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme douloureux avec une surcharge psychogène. Elle a recommandé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Dès le mois de septembre 2001, l'assurée a bénéficié d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès du Dr G. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a indiqué, dans un rapport du 10 novembre 2001, qu'elle présentait un état dépressivo-anxieux avec de multiples somatisations, chez une personnalité infantile, immature, qui se manifestait par des traits dépendants très marqués. L'état de l'assurée ne permettait pas d'envisager une activité professionnelle, et toute tentative d'intégration dans une activité était vouée à l'échec et ne ferait que multiplier les plaintes somatiques. Sur le moyen terme cependant, le Dr G. _____ admettait une invalidité de 50%, la situation devant être réévaluée à un an.

Dans un rapport complémentaire du 10 juin 2002 à l'OAI, le Dr G. _____ a précisé avoir fait connaissance de l'assurée peu après le décès de son mari, en septembre 2001. A ce moment-là, elle présentait un état anxio-dépressif très important. Elle avait par ailleurs présenté de multiples somatisations depuis 1995. Les limitations fonctionnelles d'un point de vue psychiatrique étaient liées avant tout aux troubles de la personnalité de l'assurée. Le Dr G. _____ estimait toujours son degré d'invalidité à 50%. Actuellement, la symptomatologie dépressive et les somatisations s'amélioraient, dans le cadre d'un encadrement psychosocial important. Il était cependant déjà clair que l'assurée ne pourrait pas exercer une activité de nettoyeuse ou d'ouvrière en raison de ses douleurs somatiques.

Par courrier du 25 novembre 2002, le Dr F. _____ a indiqué à l'OAI que l'assurée continuait à se plaindre d'une symptomatologie douloureuse relativement importante, touchant le dos et les extrémités. Elle avait souffert plus récemment de troubles digestifs, sous forme de brûlures épigastriques qui avaient été améliorées par un traitement d'inhibiteurs de la pompe à protons. En octobre 2002, elle avait subi une ablation de myomes utérins. Enfin, elle avait été récemment sujette à une tuméfaction de l'œil gauche pour laquelle elle avait été traitée à l'hôpital ophtalmique. Elle avait par ailleurs effectué un stage dans le cadre [...], qui avait été interrompu en raison de l'exacerbation de douleurs aux bras.

Les Dresses Q. _____ et la Dresse U. _____, toutes deux médecins auprès du SMR, ont procédé à un examen psychiatrique le 29 novembre 2002. Dans leur rapport daté du 11 décembre 2002, elles ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), de trouble mixte de la personnalité dépendante et immature (F 61.8) et de difficultés liées aux conditions économiques (F 7.59). D'un point de vue psychiatrique, l'assurée présentait une capacité de travail exigible de 50%, dès juillet 2001, compte tenu des limitations fonctionnelles psychiatriques suivantes : ralentissement psychomoteur important, difficultés d'adaptation à une nouvelle situation, somatisations. Les médecins du SMR ont par ailleurs fait l'appréciation suivante du cas:

" L'assurée est une femme d'origine [...], arrivée en Suisse en [...], sans antécédents psychiatriques. Depuis son arrivée en Suisse, l'assurée n'a plus revu ses parents, elle a présenté des difficultés d'adaptation, en dépit du soutien de son mari. Dépendante, immature, presque infantile, l'assurée est complètement dépassée par les événements, et développe un état anxio-dépressif réactionnelle qui a nécessité une prise en charge psychiatrique ambulatoire par le Dr G. _____ dès septembre 2001. Selon son MT [médecin traitant], son état se péjore progressivement depuis 1999 avec l'apparition de nombreuses somatisations.

L'examen clinique psychiatrique n'a pas objectivé de symptômes florides de la lignée dépressive ni de la lignée psychotique. Le diagnostic d'état anxio-dépressif posé par le Dr G. _____ dans le rapport médical du 10.06.2002 s'est nettement amélioré et actuellement est en rémission complète. Du point de vue anxieux, nous n'avons pas retenu un diagnostic d'anxiété généralisée ni de troubles phobiques. Il y a également une discordance entre l'intensité extrême des plaintes alléguées et les constatations

objectives. Par contre, nous avons observé une perturbation de l'environnement psychosocial.

Les limitations fonctionnelles d'un point de vue psychiatrique sont liées, comme d'ailleurs le Dr G. _____ l'a déjà dit, au trouble de la personnalité dépendante et immature.

Actuellement, l'assurée présente un trouble douloureux somatoforme persistant greffé sur un trouble mixte de la personnalité dépendante et immature, qui explique les difficultés de l'adaptation et les difficultés socio-professionnelles de cette assurée. Tout de même, selon le Dr G. _____, l'état de l'assurée s'est amélioré, en tout cas depuis juin 2002 et selon l'assurée déjà depuis le printemps passé".

Selon la Dresse Q. _____, qui a établi un rapport d'examen SMR le 13 janvier 2003, les troubles somatoformes douloureux et le trouble mixte de la personnalité justifiaient une incapacité de travail de 50% dans toutes les activités. Une incapacité de travail antérieure à juillet 2001 ne pouvait par contre pas être reconnue d'un point de vue médico-juridique. Concernant les incapacités de travail attestées par les différents médecins traitants de l'assurée, elles se plaçaient dans le contexte des liens particuliers liant le médecin traitant à son patient. La Dresse Q. _____ notait encore que l'assurée n'avait été suivie sur le plan psychiatrique que depuis septembre 2001 par le Dr G. _____ et qu'avant le décès de l'époux, l'incapacité de travail attestée par les deux médecins traitants et alléguée par l'assurée n'était due qu'à des difficultés liées à l'acculturation et ne pouvait donc être prise en charge.

Le 17 juillet 2003, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demie rente d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2000, à une rente entière dès le 1^{er} octobre 2001 puis à une demie rente dès le 1^{er} septembre 2002.

B. Par courrier du 16 août 2005 à l'OAI, le Dr F. _____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était péjoré. Ses problèmes de dos l'empêchaient d'effectuer toute activité physique, dont les tâches qui lui avaient été assignées dans le cadre d'un stage qu'elle avait effectué à la [...]. Sur le plan psychique, elle souffrait toujours d'une symptomatologie dépressive avec adynamie, aboulie, absence de résistance au stress et fatigabilité rapide. La capacité de travail était nulle actuellement et n'était guère susceptible de s'améliorer dans un proche avenir. Il a joint à son

courrier le rapport de stage effectué à la [...] du 6 avril au 20 mai 2005 daté du 2 juin 2005, dont les conclusions étaient les suivantes:

" Nous pensons que Mme P. _____ n'est pas apte à faire face aux exigences d'un poste dans l'économie. Elle n'est pas en mesure aujourd'hui de faire preuve de résistance tant physique que psychique face aux obstacles qu'elle pourrait rencontrer dans un travail. Dans un environnement protégé, sans exigence envers elle, elle s'est sentie dépassée et agressée par le système ".

A la suite du courrier du Dr F. _____, l'OAI a ouvert une procédure de révision de la rente de l'assurée. Dans un questionnaire que lui a soumis l'OAI le 28 septembre 2005, l'assurée a demandé une augmentation de sa rente, indiquant souffrir de dépression, d'anémie aigüe et de douleurs dorsales.

Selon le Dr F. _____, qui a complété un questionnaire médical à l'attention de l'OAI le 18 novembre 2005, l'état de santé de l'assurée s'aggravait. Il a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombo-sciatalgies, de syndrome d'hyperlaxité ligamentaire, d'état dépressif chronique et d'anémie ferriprive. L'incapacité de travail était de 50% de janvier 2004 à juin 2005 et de 100% dès juillet 2005. S'agissant des lombalgies et du syndrome dépressif, une évolution favorable était peu probable. Sur le plan professionnel, les possibilités d'une activité lucrative étaient totalement illusoires.

Le 13 février 2006, le Dr G. _____ a informé l'OAI que la situation de l'assurée avait évolué sur le plan de son état dépressif, qui était moins marqué, et son humeur était nettement plus stable. Elle présentait cependant toujours des plaintes somatiques, en particulier au niveau du dos, et souffrait d'une fatigue chronique qu'elle attribuait à de l'anémie. Se référant au rapport de stage du 2 juin 2005 effectué à la [...], le Dr G. _____ constatait que les tentatives d'intégration effectuées avaient toutes échouées et pensait dès lors que l'assurée devait être considérée comme inapte à occuper un poste de travail dans un milieu non protégé.

Par avis médical du 2 juin 2006, la Dresse Q._____ a préconisé la mise en œuvre d'un examen clinique SMR bidisciplinaire (rhumatologie/psychiatrie).

L'assurée a fait l'objet de cet examen le 4 juillet 2007. Dans un rapport du 19 juillet 2007, les Drs C._____, spécialiste en médecine physique et rééducation et R._____, spécialiste en psychiatrie, ont posé le diagnostic de trouble mixte de la personnalité dépendante et immature (F 61.8), ne retenant pour le surplus aucun diagnostic invalidant sur le plan somatique. Ils ont fait l'appréciation suivante du cas :

" Sur le plan somatique,

Assurée d'origine [...], âgée aujourd'hui de [...] ans, connue pour un syndrome de Reiter à l'âge de 21 ans, traité par corticothérapie. A la suite de ce syndrome de Reiter, elle présente des lombalgies à prédominance D par intermittences de type mécanique. L'assurée présente un trouble neurologique aspécifique, avec mise en évidence de lésions au niveau de la substance blanche hémisphériques, symétriques, à l'origine d'investigations neurologiques complémentaires sous la forme de ponction lombaire, IRM, EMG et bilan complet. A la suite de ces investigations, aucun diagnostic n'a été retenu, la symptomatologie ayant régressé de façon spontanée. A la suite de cet épisode neurologique, l'assurée déclare une exacerbation des douleurs lombaires D avec irradiations progressives de la symptomatologie de façon diffuse. Cette symptomatologie est, selon l'assurée, secondaire à une ponction lombaire subie à cette époque. L'anamnèse de l'assurée fait aussi état d'un psoriasis du cuir chevelu, et l'apparition d'une uvéite antérieure G en 2002 ayant nécessité un traitement de corticoïdes. Lors de cette uvéite, une recherche HLA-B27 est effectuée, celle-ci étant positive.

L'examen clinique de ce jour frappe par la discordance entre les plaintes algiques mises en avant par l'assurée et l'absence de tout signe d'épargne, de signe algique aussi bien lors du comportement spontané de l'assurée que lors de l'examen clinique. Sur le plan ostéoarticulaire, nous n'avons objectivé aucun phénomène inflammatoire aigu au décours, pas de mise en évidence de déformation articulaire particulière. Aucune limitation dans les amplitudes articulaires n'a été objectivée lors de l'examen clinique. Sur le plan neurologique, l'assurée déclare une hypoesthésie de l'hémicorps D n'obéissant à aucun schéma anatomique reconnu. Associé à cette hypoesthésie, nous avons objectivé une hyperréflexie avec augmentation de la zone réflexogène au niveau des deux MS [membres supérieurs] essentiellement. Aucun déficit moteur n'a été objectivé, la trophicité musculaire est conservée et symétrique. Le reste de l'examen de médecine générale ne met en évidence aucune atteinte à la santé caractéristique. En ce qui concerne les signes de non organicité, nous avons objectivé 6 points sur 18 selon

Smythe en faveur d'un processus de type fibromyalgie, localisés exclusivement au niveau de l'hémicorps D. En ce qui concerne les signes de non organicité selon Waddell, hormis la discordance entre les douleurs alléguées par l'assurée et son comportement, aucun autre signe de non organicité objectif n'a été mis en évidence.

Sur le plan radiologique, aucun trouble ostéoarticulaire n'a été mis en évidence lors des différentes investigations réalisées à ce jour.

En conclusion : nous nous trouvons en présence d'une assurée présentant une symptomatologie algique diffuse localisée essentiellement au niveau de l'hémicorps D avec une prédominance en lombaire avec des pseudosciatalgies D. Cette symptomatologie est, selon l'assurée, secondaire à une ponction lombaire. Les examens sur le plan rhumatologique n'ont jamais mis en évidence de pathologie de type dégénératif, protrusif ou inflammatoire, pouvant expliquer la globalité des plaintes alléguées par l'assurée.

L'examen clinique de ce jour est complètement vierge pour un processus inflammatoire au décours de même que les différentes investigations réalisées à ce jour par les différents centres spécialisés. Toutefois, l'anamnèse fait état de processus inflammatoire localisé et fluctuant dans un contexte de status après syndrome de Reiter, uvéite antérieure G, maladie psoriasique cutanée associée à un HLA-B27 positif. Dans ce contexte anamnestique, avec la présence de phénomènes inflammatoires anamnestiques prouvés et d'un HLA-B27 positif, nous ne pouvons pas exclure de façon formelle un processus inflammatoire partiellement responsable de la symptomatologie alléguée.

Dans l'état actuel des choses, l'assurée déclare un statu quo par rapport aux plaintes sur le plan somatique. Notre examen clinique de ce jour ne met en évidence aucun élément en faveur d'une atteinte à la santé pouvant déboucher sur des incapacités de travail de longue durée. La symptomatologie algique chronique mise en avant par l'assurée n'a pas trouvé d'explication somatique pertinente malgré les différents examens réalisés à ce jour, de ce fait, l'évocation d'un syndrome douloureux somatoforme nous paraît tout à fait pertinente.

Sur le plan psychiatrique :

Assurée âgée de [...] ans, [...], veuve, sans enfant, en Suisse depuis [...], au parcours professionnel relativement incertain, avec emploi temporaire et une grande période de chômage, au bénéfice d'une demi-rente AI, octroyée depuis le 01.05.2000.

Il est frappant de constater dans un premier temps, la superposition exacte des deux examens cliniques psychiatriques de 2002 et de 2007. Le tableau clinique est strictement superposable. L'état dépressif en 2002 s'était déjà amendé, aujourd'hui il reste les éléments d'une dysthymie avec le fait que les sujets dans ces cas-là se sentent fatigués, déprimés, que rien ne leur est agréable, ils ruminent et se plaignent, ils perdent confiance en eux-mêmes mais ils restent habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de leur vie quotidienne,

ce qui est le cas de notre assurée. Ce diagnostic n'est pas un diagnostic correspondant à l'article 4 de la LAI. Tout comme en 2002, nous retrouvons les éléments d'un trouble de personnalité mixte dépendante et immature, non décompensé.

Enfin, pour ce qui concerne le diagnostic de trouble somatoforme persistant, le tableau lui-aussi est strictement superposable, seule la jurisprudence prise en compte a changé et il n'est pas possible de retrouver les critères de sévérité de la jurisprudence actuelle :

- comorbidité psychiatrique puisque le trouble de personnalité n'est pas décompensé, - perte d'intégration sociale puisque quotidiennement l'assurée rencontre des amies,
- inefficacité des traitements, puisque l'assurée n'a pas de suivi psychiatrique.

Nous pouvons donc considérer que la situation de 2007 est superposable à celle de 2002 et donc l'état est stationnaire.

Les limitations fonctionnelles : en l'absence d'atteinte à la santé d'ordre somatique à caractère invalidant, aucune limitation fonctionnelle n'est établie.

Toutefois, dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme, avec des antécédents inflammatoires (syndrome de Reiter, uvéite, maladie psoriasique) nous préconisons des activités à faible charge physique avec des ports de charges ne dépassant pas les 5 kg, les activités à rendement imposé ou nécessitant des mouvements répétitifs. De même, les positions statiques au-delà d'une heure doivent être évitées comme les positions en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis.

Les limitations fonctionnelles psychiatriques : se sont celles du trouble de personnalité dépendante et immature, à savoir une difficulté d'expression de ses demandes, un sentiment d'impuissance à les soutenir, une incapacité à prendre des décisions dans la vie quotidienne.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? Cette assurée bénéficie d'une demi-rente depuis le 01.05.2000 avec des périodes de rente complète entre le 01.10.2001 et le 31.08.2002.

Sur le plan psychiatrique, la demi-rente est octroyée depuis le 01.05.2000.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Sur le plan somatique, nous n'avons pas mis en évidence d'atteinte à la santé à caractère invalidant pouvant justifier l'octroi d'une rente. Selon les documents mis à notre disposition, l'octroi de rente a été effectué sur la base de troubles d'ordre psychique purement.

Sur le plan psychiatrique stationnaire.

Concernant la capacité de travail exigible, en l'absence d'atteinte à la santé à caractère invalidant, nous estimons que cette assurée présente une pleine capacité de travail dans quelque domaine que ce soit. Toutefois, en raison du trouble psychique sous-jacent (trouble somatoforme, trouble mixte de la personnalité), associé de phénomènes inflammatoires aigus anamnestiques (syndrome de Reiter, uvéite, maladie psoriasique), nous avons mis

en place des recommandations fonctionnelles. Toute activité qui respecte ces recommandations fonctionnelles est possible à un taux de 100% sans diminution de rendement sur le plan somatique.

L'état de santé sur le plan somatique et psychiatrique est considéré comme stationnaire depuis le moment d'octroi de rente.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS CACTIVITE HABITUELLE : 50%

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 50% DEPUIS LE : 01.05.2000.

Dans un avis du 30 juillet 2007, le Dr R._____ du SMR a relevé que les deux examens cliniques psychiatriques de 2002 et 2007 étaient strictement superposables et donc que l'état de santé de l'assurée était stationnaire. L'état dépressif en 2002 s'était déjà amendé et il restait à ce jour les éléments d'une dysthymie et d'un trouble de personnalité mixte dépendante et immature, non décompensé. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux n'était par ailleurs pas incapacitant, en l'absence de comorbidité psychiatrique, de perte d'intégration sociale ou d'inefficacité des traitements.

Par communication du 23 mai 2008 et décision du 24 juillet 2008, l'OAI a informé l'assurée du maintien de sa rente d'invalidité sans modification du droit. Il a considéré que l'état de santé ne s'était pas modifié depuis l'octroi de la rente, de sorte que la capacité de travail et le taux d'invalidité demeuraient inchangés.

C. Le 18 mars 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, sous la forme de mesures pour une réadaptation professionnelle.

Par courrier du 18 septembre 2009 à l'assurée, l'OAI a considéré qu'il s'agissait d'une demande de révision de son droit à la rente et a dès lors imparti un délai à l'assurée pour rendre plausible la modification de son état de santé.

Dans un rapport du 5 octobre 2009, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne et maladies des poumons, a posé les diagnostics de toux chronique dans le cadre d'un asthme, d'adénopathie

hilaire d'origine indéterminée, de status après bronchoscopie pour maladie broncho-pulmonaire d'origine X (1984) et de déficit en fer sur spoliation gynécologique.

Le 20 novembre 2009, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière sur sa demande de prestations du 18 mars 2009, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que son état de santé s'était modifié de manière essentielle.

Le 8 avril 2010, l'OAI a rendu un projet de décision refusant le droit à des mesures professionnelles, considérant que l'assurée était réadaptée professionnellement de manière appropriée. L'OAI a confirmé son projet par décision du 28 mai 2010.

D. Le 19 avril 2012, l'assurée a transmis à l'OAI un certificat établi par le Dr F._____, lequel attestait d'une incapacité de travail dès le 19 janvier 2009. L'OAI l'a considéré comme une demande de révision du droit à la rente et a invité l'assurée à fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité.

Par projet de décision du 11 mai 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision du 19 avril 2012, au motif que l'assurée n'avait pas rendu plausible que son état de santé s'était modifié depuis sa dernière décision. L'OAI a confirmé son projet par décision du 20 juin 2012.

E. Le 20 septembre 2014, l'assurée a informé l'OAI que son état de santé s'était détérioré, indiquant avoir été diagnostiquée avec une spondylarthrite.

Invitée une nouvelle fois à rendre plausible une modification de son état de santé, elle a produit un rapport du 24 octobre 2014 du Dr F._____, lequel retenait un examen clinique caractérisé par une nette synovite du poignet gauche avec une enflure du dos du poignet qui n'avait

jamais été présente antérieurement ainsi qu'une synovite de la cheville droite également nouvelle. Il y avait également probablement des synovites des articulations métacarpo-phalangiennes 2 à 4 de la main droite et des articulations métacarpo-phalangiennes 2 à 4 du pied gauche. Compte tenu de ces nouvelles manifestations articulaires, la capacité de travail était clairement nulle actuellement et ceci depuis le début de l'année 2014. Le Dr F. _____ a par ailleurs indiqué que l'assurée était suivie par le Dr [...] depuis 2012 en raison de ses troubles dépressifs. Elle présentait en outre toujours un asthme et un psoriasis cutané qui nécessitaient des traitements de longue date. Le Dr F. _____ a joint à son rapport un consilium du 2 mai 2014 établi par les Dresses M. _____ spécialiste en rhumatologie et [...], médecin assistante, du Service de rhumatologie du Centre hospitalier A. _____, lesquelles ont retenu les diagnostics de spondylarthrite indifférenciée, de syndrome d'hyperlaxité ligamentaire, de douleurs abdominales non-spécifiques, de syndrome douloureux, d'arthrose articulaire postérieure lombaire et d'insuffisance en vitamine D corrigée. Leurs conclusions étaient les suivantes:

" Il s'agit d'une patiente qui présente des douleurs articulaires périphériques et axiales, dans un contexte de psoriasis et d'antécédent d'uvéite ; elle est HLA B27 positif.

Nous avons des critères pour retenir un diagnostic de spondylarthrite indifférenciée non-radiologique (DO: psoriasique, spondylarthrite ankylosante, arthrite réactionnelle ?).

Nous notons l'absence de syndesmophytes, de sacro-illite, de syndrome inflammatoire ou d'arthrite périphérique. Les anomalies décrites en radiologie au niveau des articulations sacro-iliaques sont plutôt dégénératives.

Une partie des douleurs peuvent être attribuées à un syndrome d'hyperlaxité ligamentaire, à un état thymique dépressif, ainsi qu'un déconditionnement musculaire global. Comme la patiente se plaignait des douleurs diffuses des deux membres inférieurs, par les examens effectués, nous avons écarté un canal lombaire étroit ainsi qu'une artérite.

Concernant les douleurs de l'avant-pied gauche, une pathologie de type Morton ou une synovite infraclinique se discute et reste à investiguer, selon l'évolution.

Lors de notre consultation du 9.04.2014, nous avons corrigé le taux de 25-OH vitamine D et nous avons proposé à la patiente 9 séances de physiothérapie en proprioception. A sa demande, nous

lui avons remis une ordonnance pour prise en charge d'aquagym et de Taichi. Elle va continuer aussi le traitement par Celebrex.

Nous reverrons la patiente dans le courant du mois de juin 2014 et nous allons reprendre aussi l'anamnèse digestive. Selon l'évolution clinique, un traitement biologique de type anti-TNF sera à discuter".

Le 3 novembre 2014, l'OAI a adressé à l'assurée le questionnaire pour la révision de la rente. L'assurée y a fait état le 11 novembre 2014 de douleurs aux articulations, chevilles, mollets, avec enflure d'os ou articulations depuis le début de l'année 2014.

A la demande de l'OAI, le Dr F._____ a complété un rapport pour la révision du droit à la rente le 5 décembre 2014. Il a retenu les diagnostics d'arthrite psoriasique, d'asthme bronchique, d'hystérectomie pour myome en 2010, d'uvéite en 2002 avec HLA B27 positif, de syndrome de Reiter en 1985, de lombalgie chronique et de syndrome dépressif. La capacité de travail dans toute activité était nulle. Les limitations fonctionnelles portaient sur la mobilité des poignets, des mains, de l'épaule droite et des chevilles, complétées par des dorsalgies et lombalgies avec intolérance à la position assise et debout de façon prolongée.

Le 15 décembre 2014, le Dr H._____, spécialiste en rhumatologie et la Dresse [...], médecin assistante, du Service de rhumatologie du Centre hospitalier A._____, ont retenu les diagnostics de spondylarthropathie HLA-B27 positif (uvéite antérieure de l'œil gauche en 2002, psoriasis cutané depuis 1990, arthrite réactionnelle en 1985, FAN positif à 1/320 en 2007, absence de sacro-illite à l'IRM, traitement par multiples AINS, traitement par Remicadre), avec les comorbidités suivantes : état dépressif, hystérectomie avec ovaires en place en 2010, asthme, syndrome d'hyperlaxité ligamentaire, arthrose interapophysaire postérieure L5-S1, allergie à la cortisone et au fer. L'assurée présentait des douleurs articulaires périphériques et axiales, intriquées entre des douleurs de spondylarthrite ankylosante et d'arthrose postérieure lombaire. Ces algies étaient probablement majorées en raison de l'état dépressif. Par ailleurs, l'assurée présentait depuis le 30 septembre 2014

des douleurs au niveau du poignet gauche. Cette douleur avait sans doute été déclenchée par un traumatisme mécanique mais elle persistait dans le cadre de la spondylarthropathie.

A la demande de l'OAI, le Dr H._____ et la Dresse [...] ont complété le 16 février 2015 un questionnaire dans le cadre de la révision du droit de la rente de l'assurée. Ils ont retenu les mêmes diagnostics qu'évoqués dans leur rapport du 15 décembre 2014, ajoutant que la capacité de travail dans l'activité d'aide de bureau ou dans une activité adaptée était probablement de 50%. La polyarthralgie des mains diminuait les possibilités de manipulations et de tâches avec préhension manuelle.

Dans une communication interne à l'OAI du 7 juillet 2015, la Dresse T._____ a rappelé qu'à la suite d'un examen clinique au SMR en 2002, un trouble mixte de la personnalité et un trouble somatoforme douloureux, ainsi que des limitations fonctionnelles en lien avec le trouble de la personnalité, avaient justifié une incapacité de travail de 50%. En 2007, un nouvel examen clinique au SMR avait permis de retenir le diagnostic incapacitant de trouble mixte de la personnalité. Le trouble somatoforme douloureux était toujours présent, mais n'était pas incapacitant. Les limitations fonctionnelles retenues étaient en lien avec le trouble de la personnalité et l'incapacité de travail de l'ordre de 50%, de sorte que la situation était superposable à celle de 2002. Les rapports médicaux reçus dans le cadre de la révision de la rente mentionnaient une atteinte articulaire inflammatoire qui n'était pas présente précédemment et qui méritait une analyse plus approfondie de la situation.

Dans un avis du SMR du 27 janvier 2016, la Dresse [...] a constaté que les différents rapports du Service de rhumatologie du Centre hospitalier A._____, ainsi que celui du Dr F._____, n'apportaient aucun élément nouveau au dossier. Ils faisaient état d'une spondylarthropathie HLA-B27. Or le syndrome de Reiter connu depuis 1984 était une spondylarthropathie. Le psoriasis était connu depuis 1994, l'uvéite et HLA-B27 depuis 2002. Le seul élément persistant était une synovite du poignet gauche, survenue suite à un traumatisme en septembre 2014, répondant

mal aux AINS et pour laquelle le Dr H._____ attestait incapacité de travail de 50%.

Le 20 juin 2016, l'OAI a communiqué un projet de décision de refus d'augmentation de la rente d'invalidité, au motif qu'il n'existait aucun nouvel élément clinique et diagnostique objectivant une modification de l'état de santé de l'assurée par rapport à l'examen clinique du 4 juillet 2007. Le seul élément persistant était une synovite du poignet gauche survenue à la suite d'un traumatisme en septembre 2004. Son rhumatologue estimait cependant sa capacité de travail exigible à 50% dans l'activité d'aide de bureau, laquelle était adaptée. Le droit à une demie-rente restait dès lors d'actualité. L'OAI a confirmé son projet par décision du 30 août 2016.

F. Par acte du 3 octobre 2016, P._____, représentée par Me Janique Torchio, a recouru contre la décision du 30 août 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du canton de Vaud. Elle a conclu à sa réforme en ce sens qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente d'invalidité complète dès le 1^{er} septembre 2014, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. Elle a également requis l'octroi de l'assistance judiciaire. En substance, elle a fait valoir que son état de santé s'était aggravé depuis 2007, par l'apparition d'une spondylarthropathie, d'une synovite au poignet gauche, de nouvelles douleurs aux mains et chevilles, au dos et d'un lupus, lequel n'avait fait l'objet d'aucune investigation. Les limitations fonctionnelles étaient par ailleurs plus nombreuses qu'en 2007. En effet, ses possibilités de manipulations et de faire des tâches avec préhension manuelle étaient diminuées, de même que les polyarthralgies l'empêchaient de porter ses affaires. S'agissant de la capacité de travail, la recourante a relevé qu'aucun rapport médical, depuis la demande révision de 2014, ne se prononçait de manière définitive sur celle-ci. En particulier, les médecins du Service de rhumatologie du Centre hospitalier A._____ avaient expressément réservé leur pronostic à ce sujet, préférant attendre le résultat du traitement visant à soulager les problèmes articulaires avant de se prononcer. Pour l'ensemble de ces

motifs, la recourante a considéré que l'intimée avait constaté de façon erronée les faits de la cause. Dans un second moyen, la recourante a notamment relevé qu'aucune analyse psychiatrique n'avait été effectuée dans le cadre de la procédure de révision de la rente, alors que sa vie quotidienne avait drastiquement changé depuis 2007, ce qui était en partie démontré par les nombreuses nouvelles limitations fonctionnelles dont elle était l'objet. Ne pouvant plus se déplacer, elle ne sortait que rarement de chez elle, sinon pour ses consultations médicales. Il en résultait un isolement accru et une comorbidité psychiatrique importante, que ne reflétait pas le rapport du SMR du 4 juillet 2007. Dans un dernier moyen, elle a allégué une motivation insuffisante de la décision entreprise. Elle a par ailleurs reproché à l'intimée de s'être prononcée sur la base du dossier médical, sans l'avoir examinée. En définitive, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire pour déterminer son état de santé et sa capacité de travail résiduelle.

Par décision du 5 octobre 2016, la juge instructrice a accordé l'assistance judiciaire à l'assurée avec effet au 3 octobre 2016, avec exonération d'avance et des frais judiciaires et désignation d'une avocate d'office en la personne de Me Janique Torchio.

Dans sa réponse du 7 novembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Il a en substance relevé que les médecins consultés dans le cadre de la procédure de révision avaient retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante et qu'à défaut d'avis divergent sur cette question, il n'y avait pas lieu de retenir une aggravation de l'état de santé depuis la dernière évaluation en 2007. La décision entreprise était par ailleurs suffisamment motivée, dans la mesure où les motifs qui avaient conduit à la décision étaient identifiables.

Par réplique du 5 janvier 2017, la recourante a confirmé sa position, réitérant les arguments déjà exposés dans le cadre de son recours. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise ménagère en plus de l'expertise pluridisciplinaire déjà demandée. Elle a par ailleurs produit un lot de pièces, dont notamment :

- un rapport du 12 novembre 2014 établi par le Dr W._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, lequel a fait l'appréciation suivante du cas de l'assurée : *"Madame P._____ présente vraisemblablement une spondylarthropathie de type arthrite psoriasique, que je ne peux en l'état actuel cependant pas confirmer, ni infirmer, compte tenu de l'absence d'examen paraclinique, la patiente ayant été investiguée par le service de rhumatologie du Centre hospitalier A._____ où compte tenu de l'anamnèse thérapeutique, un rhumatisme inflammatoire reste le plus vraisemblable"*;

- un courrier du centre médical de la [...] du 21 novembre 2016, signalant une tendinite post torsion de poignet gauche à la suite d'un traumatisme survenu le 13 septembre 2014 ;

- un rapport du 19 novembre 2014 établi par le Dr H._____ et la Dresse [...], du Service de rhumatologie du Centre hospitalier A._____, à la suite d'un ultrason du poignet gauche pratiqué le 22 octobre 2014. Ces médecins ont retenu la présence d'une synovite du poignet gauche chez une patiente avec une probable spondylarthrite HLA-B27 positive.

Dans sa duplique du 30 janvier 2017, l'intimée a produit un avis du SMR du 26 janvier 2017 établi par la Dresse [...], laquelle a confirmé les conclusions de son avis du 27 janvier 2016. Selon elle, le Dr H._____ n'apportait aucun élément diagnostique nouveau dans son rapport du 16 février 2015 en regroupant les pathologies de la recourante sous le terme plus général de spondylarthrite ou de spondylarthropathie. L'examen du Dr W._____ (cf. rapport du 12 novembre 2014) était par ailleurs superposable, voire amélioré, par rapport à celui du 4 juillet 2007, en particulier la symptomatologie algique était moins importante et moins étendue.

Par déterminations complémentaires du 21 février 2017, la recourante a rappelé que sa demande de révision de la rente se fondait principalement sur l'aggravation de son état de santé, suite à l'accident dont elle avait été victime en septembre 2014, lequel avait causé une

synovite au poignet gauche. Le diagnostic avait été retenu par le Service de rhumatologie du Centre hospitalier A. _____ le 19 novembre 2014, ainsi que par le SMR dans son avis du 27 janvier 2016. Elle souffrait dès lors d'une atteinte et de limitations fonctionnelles qui n'existaient pas en 2007. A l'appui de ses déterminations, la recourante a produit un certificat médical du 13 février 2017 établi par le Dr W. _____, lequel exposait sa situation comme suit:

" Madame P. _____ est connue pour une spondyloarthropathie séronégative HLAB27 positif avec uvéite antérieure de l'oeil gauche en 2002, psoriasis cutané anamnestique en 1990 considéré comme étant en rémission en septembre 2016, une arthrite réactionnelle en 1985 sans précision, pas d'image de sacro-iliite à l'IRM, mise au bénéfice de plusieurs traitements d'AINS, traitement par Remicade du 23 octobre 2014 jusqu'en avril 2015, arrêté en raison d'effets secondaires, d'un lupus induit et d'ac anti-médicament.

A reçu une injection de Simponi le 9 juin 2015 non poursuivi en raison d'effets secondaires.

La spondyloarthropathie séronégative est une maladie d'étiologie indéterminée, de nature inflammatoire, dont la prévalence est variable, et probablement liée à une réponse immunitaire anormale d'origine génétique, voir à des micro-organismes en contact avec les muqueuses.

La cible anatomique principale du processus inflammatoire des spondyloarthropathie est constitué par l'enthèse, constituant la jonction entre, d'une part les ligaments, les tendons, les capsules et d'autre part les os.

Les manifestations rhumatologiques comprennent les douleurs, les raideurs et la fatigue, les atteintes inflammatoires évoluent soit sur un mode continu, soit par poussées entrecoupées d'intervalles libres, l'évolution de la maladie étant extrêmement variable d'un patient à l'autre en terme d'intensité des symptômes, du mode évolutif.

L'activité de la maladie peut dans certains cas être très difficile à déterminer, surtout en présence de phénomène algique prépondérant.

Dans le cas de Madame P. _____, il est possible qu'il existe une intrication de phénomènes psychosociaux, ainsi que de maladies, raison pour laquelle, une évaluation de sa capacité de travail devrait faire l'objet d'une évaluation multidisciplinaire, comprenant un volet de médecine interne, rhumatologie, ophtalmologie et une appréciation psychiatrique, cette dernière permettant de déterminer également le type de personnalité de la patiente ainsi que ses ressources adaptatives ".

L'intimé a confirmé la teneur de ses lignes du 7 novembre 2016 dans des déterminations du 13 mars 2017.

Dans des déterminations du 8 mai 2017, la recourante a rappelé que l'aspect psychologique n'avait pas été pris en compte dans le cadre de la demande de révision de rente, de sorte que l'instruction menée par l'intimé était incomplète pour ce motif également. Elle a produit un rapport du Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et de [...], psychologue-psychothérapeute, du 8 mai 2017. Selon leurs observations, la recourante était une femme très fatiguée, abattue, ralentie, anxieuse, présentant une faible estime de soi et des propos pessimistes face à l'avenir ayant conduit, lors d'une séance, à des idéations suicidaires non scénarisées. Ils faisaient l'hypothèse que les difficultés psychiques, physiques et sociales rencontrées par la recourante réactivaient les vécus de son enfance traumatisée par la répétition de carences affectives, de négligences et d'importantes maltraitances physiques et psychologiques. La poursuite du traitement tout comme celle de l'investigation psychiatrique étaient nécessaires.

En réponse au courrier de la recourante du 8 mai 2017, l'intimé s'est référé à l'avis médical du SMR du 23 mai 2017 qu'il a produit et dont la teneur est la suivante:

"Le RM du Dr W._____ du 13.2.17 n'apporte aucun élément clinique objectif nouveau concernant l'assurée. Il résume de façon générale la pathologie d'une spondyloarthropathie. Il émet par ailleurs l'hypothèse, chez cette assurée, d'une influence par des facteurs psychosociaux.

Le RM du Dr D._____, psychiatre, du 8.5.17, reprend les éléments anamnestiques de l'assurée concernant :

- Les douleurs qui sont analogues à celles reportées lors de l'examen au SMR de juillet 07 (p. 2 : douleurs exacerbées par les activités physiques à forte charge ou les positions statiques).
- L'absence d'une possible activité sur le marché du travail, également mentionné en 07 (p.2 ne pourrait honorer un travail en raison des douleurs et du stress).
- L'anxiété, la fatigue, les troubles du sommeil sont signalés lors de l'examen au SMR en 07 (p.2 : l'anxiété et la nervosité lui

interdisent de faire face à des situations de stress, p.3 réveils nocturne en raison de douleurs, sentiment de fatigue généralisée).

· La baisse de l'intérêt et de plaisir dans la vie quotidienne sont connue depuis 07 (cf. p.7)

Le ralentissement a été relevé en 07 (important ralentissement psychomoteur). Le manque d'estime de soi a été retenu en 07 : personnalité dépendante, immature, ainsi que les difficultés liées aux conditions économiques.

Dans le RM du Dr D._____, il est aussi fait état d'une assurée éprouvant souvent le besoins de changer de position dans son fauteuil afin de soulager ses lombaires. Ceci est une interprétation par un psychiatre, un changement de position peut avoir différentes raisons, l'origine organique n'est pas établie. De même l'observation d'une mobilité réduite des mains avec une rigidité des doigts n'est pas étayé par un examen ostéo-articulaire et est en contradiction avec le RM du 12.8.15, où le Dr M._____ relève que, mise à part la douleur à la palpation de l'IPP D5 à gauche, pas d'autre élément noté sur le plan articulaire, ainsi que l'observation du Dr W._____ (RM du 12.11.14 sous réplique du 9.1.17) que le déshabillage se fait sans limitation fonctionnelle visible. Lors de l'examen au SMR en 07, une discordance entre les plaintes et les signes algiques avait été retenue avec une symptomatologie algique diffuse sans qu'une explication somatique pertinente n'ait été trouvée.

Conclusion : Il n'y a aucun élément médical objectif nouveau par rapport à la situation de 07".

Dans des déterminations du 28 juin 2017, la recourante a confirmé ses conclusions, exposant que sa capacité de travail devait être examinée à l'aune de ses nouvelles atteintes, notamment une synovite au poignet gauche, et de ses limitations fonctionnelles.

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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20, art. 1). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 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 (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière au fond.

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 des points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité d'un taux supérieur, singulièrement, sur l'augmentation de la demie rente d'invalidité, par voie de révision, à une rente d'un degré plus important.

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 (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : 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) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut ainsi 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 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a ; voir également TF I 367/04 du 14 février 2005 consid. 2). 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 (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).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de l'augmentation ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (cf. ATF 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1 ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). 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 (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-veillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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, 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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant.

Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Cela étant, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée).

d) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

e) En assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent

être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Mais le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. également TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.1).

4. En l'espèce, la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente est celle du maintien d'une demie rente d'invalidité du 24 juillet 2008, l'OAI ayant alors considéré que le degré d'invalidité de l'assurée n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, laquelle était octroyée depuis le 1^{er} septembre 2002. La capacité de travail était de 50%.

Cette décision reposait notamment sur le rapport du 19 juillet 2007 établi par les Drs C. _____ et R. _____ du SMR, lesquels avaient estimé qu'il n'y avait aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail au plan somatique, retenant au plan psychiatrique celui de trouble mixte de la personnalité dépendante et immature (F61.8). Les médecins du SMR avaient en effet considéré que le status après syndrome de Reiter à l'âge de 20 ans, l'uvéite antérieure gauche en 2002 (HLA-B27 positif), les lombo-pseudo-sciatalgies droites chroniques dans un contexte algique diffus sans mise en évidence d'une atteinte inflammatoire spécifique, un psoriasis du cuir chevelu ainsi qu'un status après ablation de myélome utérin à deux reprises étaient sans effet sur la capacité de travail.

Ainsi, selon les Drs C._____ et R._____, c'était uniquement l'atteinte au plan psychique qui justifiait de retenir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée comme dans l'activité habituelle. Or une atteinte articulaire inflammatoire, qui se manifeste par la présence d'une synovite au niveau du poignet gauche et des chevilles et d'une spondylarthrite, a été diagnostiquée depuis lors. Ces pathologies n'existaient pas auparavant, du moins pas avec l'ampleur décrite par le Dr F._____ dans son rapport du 24 octobre 2014 et par les Drs M._____ et [...] dans un consilium du 2 mai 2014. Ainsi que l'a indiqué la recourante en cours de procédure, on rappellera qu'une spondylarthrite est une maladie dégénérative. Qu'elle ait existé dès 2002, ou même plus tôt - ainsi que semble l'affirmer la Dresse Dessing du SMR (cf. avis des 27 janvier 2016 et 30 janvier 2017) - ne suffit pas à nier l'aggravation de l'état de santé ni l'influence que celle-ci a sur la capacité de travail de la recourante. C'est dans ce contexte que les Drs H._____ et [...] du Service de rhumatologie du Centre hospitalier A._____ qui ont également fait mention d'une polyarthralgie des mains (cf. questionnaire du 16 février 2015), ont estimé que la capacité de travail, dans une activité adaptée comme dans l'activité habituelle, ne pouvait selon eux pas dépasser 50%. Dans le cadre de cette appréciation, les Drs H._____ et [...] ne se sont pas prononcés sur le volet psychiatrique, mais uniquement sur le plan somatique. Leur appréciation de la capacité de travail sur le plan somatique est la seule figurant au dossier, le Dr W._____ ne s'étant en effet pas déterminé sur ce point, quand bien même il suit la recourante depuis le 10 novembre 2014.

Le Dr W._____ a par ailleurs mentionné dans son rapport du 13 février 2017 produit en cours de procédure que des « phénomènes psychosociaux » existaient possiblement, de même que des maladies. Or il n'y a plus eu depuis 2007 d'examen pluridisciplinaire de la recourante, alors que son état a évolué. Il ne figure en particulier au dossier aucun élément relatif à un suivi au plan psychiatrique, singulièrement une médication qui lui serait prescrite dans ce cadre. A cela s'ajoute que le volet psychiatrique de l'examen bi-disciplinaire du SMR du mois de juillet 2007 est contradictoire : on peut en effet y lire, concernant la capacité de

travail exigible, qu'en l'absence d'atteinte à la santé à caractère invalidant, les médecins sont d'avis que l'assurée présente une pleine capacité de travail dans quelque domaine que ce soit. Seul est mentionné un trouble psychique « sous-jacent », associé à des phénomènes inflammatoires aigus anamnestiques. Les médecins du SMR relèvent ensuite que toute activité respectant leurs recommandations fonctionnelles est possible à 100% sans baisse de rendement sur le plan somatique, et que l'état de santé sur les plans somatique et psychiatrique est considéré comme stationnaire depuis le moment de l'octroi de rente. Ils ont pourtant estimé que la capacité de travail était de 50% dans toute activité.

Quant à l'examen de 2002, au demeurant très bref, il ne fait état d'aucune atteinte au plan somatique, et ne mentionne que des limitations fonctionnelles « peu importantes », lesquelles ont toutefois conduit à retenir une baisse de la capacité de travail de 50%. La Dresse T. _____ du SMR a du reste également relevé le 7 juillet 2015 une situation de départ « un peu confuse ».

En définitive, il existe des incertitudes quant à savoir si et dans quelle mesure les multiples pathologies que présente l'assurée et leur évolution portent atteinte à sa capacité de travail. Dans la mesure où ces atteintes semblent intriquées et paraissent interagir, et qu'elles ont au demeurant été insuffisamment investiguées, que cela soit au plan rhumatologique comme au plan psychiatrique, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la décision du 24 juillet 2008, un complément d'instruction devant être mené à bien au préalable.

5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 4.2 et 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4 ; TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd., n° 18-19 et 27 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 137 V 210 consid. 4 et 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'espèce, il incombe à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation médicale de la recourante et de clarifier sa capacité de travail compte tenu de son état de santé global, ainsi que de se prononcer sur l'évolution de cette capacité depuis la décision de maintien du droit à une demie rente d'invalidité du 24 juillet 2008. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. L'OAI complétera l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA, laquelle comprendra un volet rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, les experts étant libres de s'adjoindre au besoin les services d'autres spécialistes. Il appartiendra ensuite à l'office intimé de rendre une nouvelle décision.

6. Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision du 30 août 2016 annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

a) 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter

les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

b) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPG), qu'il convient d'arrêter à 4'000 fr. à la charge de l'intimé, cette somme couvrant celle revenant à l'avocat d'office. En effet, il convient de retrancher de la liste des opérations produites par Me Torchio pour un montant de 5'714 fr. 40 (débours par 171 fr. 50 et TVA par 423 fr. 30 compris) celles qui n'étaient pas nécessaire à la défense de l'assurée, à savoir notamment les frais de vacation au Tribunal cantonal dans la mesure où, sur demande, le Tribunal transmet gratuitement le dossier pour consultations aux études des avocats suisses. De même, le temps indiqué pour les correspondances est excessif. En particulier, les avis de transmission ou « mémos » ne peuvent pas être pris en compte à titre d'activité déployée par l'avocat, s'agissant de travail de secrétariat. Enfin le temps consacré pour ses écritures est trop conséquent (mémoire de recours, réplique, observations), ce d'autant que l'avocate, dans le cadre de ses écritures complémentaires au recours (réplique, observations), reprend pour l'essentiel les arguments déjà exposés dans son mémoire. Compte tenu de ce qui précède, le montant des dépens de 4'000 fr. couvre celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud le 30 août 2016 est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour complément d'instruction puis nouvelle décision.

- III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P._____ le montant de 4'000 fr. (quatre mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Janique Torchio (pour P._____),
- 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 :