

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} novembre 2017

Composition : M. PIGUET, président
Mme Pasche et M. Gutmann, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée par Intégration Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6ss, 17 al. 1 et 61 let. c LPGA; 4 al. 1 LAI; 49 al. 2 RAI

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante érythréenne née en [...], est arrivée en Suisse le [...]. Le 13 mars [...], elle s'est mariée avec un ressortissant suisse et a obtenu une autorisation de séjour. Elle a déposé le 22 février 2007 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en raison de douleurs dorsales persistantes après une chute survenue en 2000 et de troubles d'ordre psychique.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a recueilli les renseignements médicaux usuels auprès de la Dresse P. _____, médecin traitant, qui a notamment fait état de lombalgies chroniques avec syndrome facettaire L4-S1 sur troubles statiques et d'une péri-arthropathie de la hanche gauche ainsi que de troubles psychiques (état dépressif, attaques de paniques, troubles de la personnalité et d'adaptation avec un syndrome de stress post-traumatique) justifiant, dès octobre 2002, un suivi par [...] à [...]. Evoquant un état de santé stationnaire, le médecin traitant retenait une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle de femme de ménage dès le mois de septembre 2006 (rapport du 16 juin 2007).

Sur la base des renseignements obtenus, l'office AI a confié la réalisation d'une expertise aux médecins de la Clinique romande de réadaptation (CRR) à Sion. Durant un séjour du 17 au 20 décembre 2007, l'assurée a été examinée sur les plans psychiatrique (Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie), neurologique (Dr W. _____, spécialiste en neurologie) et rhumatologique (Dr Q. _____, spécialiste en rhumatologie) et évaluée en ateliers professionnels. Dans son rapport du 3 janvier 2008, le Dr Q. _____, en sa qualité d'expert principal, a posé les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11) ainsi que celui - sans

répercussion sur la capacité de travail - de lombalgie non spécifique. Au moment d'apprécier la situation, ce médecin a émis les considérations suivantes :

Mme I. _____ formule 2 types de plaintes dans sa demande de prestation : des douleurs lombaires chroniques et de faibles ressources psychiques. Dès la lecture du dossier, l'enjeu de l'expertise paraît limpide : il s'agit de déterminer si les lombalgies, survenues dans des circonstances troubles avant l'arrivée en Suisse en 2002, reposent sur un socle somatique objectivable ou si elles constituent l'une des expressions d'un mal être lié à l'état de migrant. L'évaluation psychiatrique joue quant à elle un rôle central dans la mesure où elle devrait permettre de distinguer d'une part les singularités socio-culturelles et personnelles d'un authentique trouble de la personnalité ou de la pensée, comme évoqué en 2003 (Dr C. _____) ; d'autre part, la détresse liée au drame que représente le déracinement sous toutes ses formes d'un véritable état dépressif avec son cortège de symptômes incapacitants.

Bien qu'elle suive de façon assidue des cours de français depuis son arrivée en Suisse il y a 5 ans, l'assurée ne possède que des rudiments de notre langue, ce qui force l'investigateur à reformuler sans cesse les questions pour obtenir des réponses parfois lacunaires. Il est ainsi difficile de déterminer dans quelles circonstances précises les lombalgies sont apparues. Les douleurs semblent évoluer pour leur propre compte, sans modification ni possibilité de modulation depuis une chute sur les fesses en 2000. Ni leur topographie, ni leur caractère, ni leur rythme ne permettent d'orientation diagnostique claire. Bien que cotées à un haut degré d'intensité, ces douleurs ne nécessitent pas une prise en charge médicale très lourde, l'assurée se contentant de Dafalgan à la demande et de quelques séances de physiothérapie antalgique chaque année. Le retentissement des douleurs semble relativement faible, à croire la description que fait Mme I. _____ de ses activités courantes. Mais là encore, les données anamnestiques sont vagues, l'assurée pouvant, selon ses dires, exercer l'activité exigeante de femme de ménage grâce à la compréhension de son employeur et de ses collègues et pour autant qu'elle puisse éviter le port de charges lourdes.

L'examen physique n'est guère contributif : on est face à une femme de petite taille à laquelle un relâchement de la sangle abdominale et la proéminence sacrée associée à une stéatopygie confèrent un aspect de Venus hottentote. Les mouvements rachidiens sont amples, harmonieux et indolores tous azimuts. Les quelques anomalies relevées (force de préhension dérisoire, signalement d'une douleur au moindre contact lombaire) semblent surtout comportementales et destinées à communiquer un malaise à l'investigateur. Il n'y a en tout cas pas d'indice d'une atteinte ostéoarticulaire, en faveur d'une spondylarthropathie par exemple ; l'examen neurologique spécialisé exclut tout conflit disco-radicaire ainsi que toute atteinte neurogène de quelque ordre que ce soit.

Les documents d'imagerie (radiographies de 2002 et 2005, Ct-scan de 2006) confirment qu'il n'y a pas de lésion propre à expliquer

les plaintes. On peut souligner l'absence de séquelles traumatiques, comme une fracture vertébrale lombaire, de processus expansif intrarachidien ou encore de signe d'une atteinte pelvi-spondylienne inflammatoire. L'aspect particulier des sacro-iliaques (cf détails ci-dessus) doit être banalisé. L'élévation modérée de la vitesse de sédimentation (40) est connue de longue date : nous rangeant à l'opinion de la Dresse A._____, nous ne pouvons associer cette anomalie à une maladie rhumatismale. On peut relever que la CRP est basse.

L'approche médicale classique nous permet donc de retenir une **lombalgie chronique non spécifique** : le handicap perçu paraît démesuré chez une jeune femme qui ne présente, lors de l'examen, aucune limitation fonctionnelle.

Au cours de **l'observation en ateliers professionnels**, Mme I._____ collabore activement, cherchant à répondre à l'attente de l'investigateur et se pliant sans barguigner aux tests qui lui sont proposés. Elle paraît capable d'adhérer à un programme d'activités comportant des gestes simples, des contraintes physiques peu importantes et la possibilité d'adapter sa position de travail. Toutefois, elle prend peu d'initiative et son rendement, globalement médiocre, paraît conditionné par l'intérêt qu'elle nourrit pour l'activité proposée.

Le comportement adopté au cours de l'examen médical et en situation de travail soulève donc, comme le laissait supposer l'étude du dossier, la question de l'intervention des singularités psychiques dans la limitation à l'implication professionnelle. Au cours de **l'entretien avec le psychiatre**, l'assurée se cale inconfortablement sur la chaise en position rigide et antalgique et se lève à plusieurs reprises. La connaissance du français, bien qu'approximative, apparaît toutefois suffisante pour la conduite légitime de l'évaluation psychiatrique. Elle parle d'une voix douce, parfois à peine audible. Le visage est également doux et le plus souvent souriant, mais il peut exprimer de l'anxiété et de la colère lorsque les circonstances de l'exil sont évoquées. L'assurée pleure alors abondamment. Elle est vigile, orientée à tous les modes et collaborante. La cognition est marquée par une pensée empâtée avec difficulté de concentration chez une assurée qui semble souvent ailleurs. Les réponses sont lentes à venir mais pertinentes et congruentes à la question. La mémoire est conservée, les lacunes de l'anamnèse relevant d'une opposition volontaire à l'évocation d'événements traumatiques. L'humeur est dépressive : on note une anhédonie, une adynamie marquée, une très nette diminution de l'estime de soi et un profond pessimisme quant à l'avenir. Elle dit n'avoir pas d'idée suicidaire (ce que contredit l'anamnèse transmise par son médecin-traitant). Le cours de la pensée est légèrement ralenti. On relève une certaine méfiance souriante face à l'interlocuteur qui se traduit par une rétention d'informations et des retouches cosmétiques à l'anamnèse. Il n'y a pas d'élément de registre phobique ou obsessionnel compulsif pas plus que d'indice primaire ou secondaire de psychose.

De l'histoire de Mme I._____, on retient à l'adolescence un tempérament rebelle qui la conduit d'une part à se convertir, au grand dam de ses parents, puis à refuser un mariage arrangé et une

incorporation au service militaire érythéen. Il est difficile à posteriori de savoir si les oppositions en question relèvent d'un éventuel trouble de la personnalité (par exemple de type état limite) ou s'ils sont le reflet d'une rébellion lucide et courageuse d'une femme en rupture avec le droit coutumier de sa communauté. On opterait plutôt pour cette seconde proposition en raison d'une scolarité linéaire et performante jusqu'au diplôme de commerce.

On retient également l'émigration au [...], apparemment dans la légalité. On sait qu'elle subit dans ce pays des événements à caractère violent et traumatique qui engendrent chez elle une grande honte et dont il n'est guère difficile de deviner la nature. L'assurée évoque, de manière beaucoup plus précise, un traumatisme physique sous la forme d'une chute par glissade et choc du bas du dos contre le rebord d'un seau en métal.

On retient finalement l'arrivée en Suisse avec d'emblée la présence des troubles psychologiques et somatiques mentionnés ci-dessus. Le climat de méfiance créé par l'assurée avec sa famille ainsi qu'avec les professionnels appelés à l'aider paraît itératif. L'adaptation est très médiocre chez une femme supposée être normalement intelligente: pour preuve la médiocre maîtrise du français dont elle se dit elle-même blessée.

L'anamnèse psychiatrique débouche sur un tableau clinique polymorphe, avec un trouble de l'humeur (de registre dépressif avec des éléments anxieux), un trouble du comportement (crises clastiques sous forme de bris de vaisselle, fugues, tentamen) et un trouble de la pensée (méfiance, parfois des idées de concernement). Le tableau clinique observé au cours de la présente expertise voit alterner des éléments dépressifs, des affects hostiles avec, dans les interstices, une forme d'indifférence confinant parfois à une sidération. Les éléments d'allure psychotique doivent être interprétés avec prudence ; ils sont à assimiler à des mécanismes de type dissociatif chez une assurée de culture érythréenne et ne semblent pas relever d'une personnalité de structure psychotique.

La clinique rejoint plusieurs des caractéristiques évoquées dans les directives pour le diagnostic de **modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0)**. Le manuel diagnostique précise que la modification de la personnalité doit être permanente, se traduire par des caractéristiques rigides et inadaptées, à l'origine d'une dégradation du fonctionnement interpersonnel, social et professionnel. On note chez Mme I. _____ une attitude méfiante, un retrait social, des sentiments de vide ou de perte d'espoir ainsi qu'un certain détachement par rapport à son histoire personnelle. Le trouble n'est toutefois pas complet chez l'assurée qui conserve tant bien que mal un ancrage professionnel qu'elle tient à préserver. On note également une certaine combativité, mais l'inadaptation est assez marquée, qui se traduit notamment par une mauvaise maîtrise de la langue, ainsi que la dépendance par rapport à son mari. Les soubassements de la dépression sont liés à une problématique de deuil, aux difficultés adaptatives ainsi qu'à la situation existentielle peu satisfaisante pour une jeune femme de 33 ans qui dit souhaiter enfanter.

Au terme de l'entretien de synthèse, les experts admettent que les lombalgies, principal symptôme allégué, ne reposent

pas sur un socle lésionnel mais qu'elles constituent la manifestation physique d'un malaise global face à une situation inextricable dans laquelle les déterminismes aussi bien médicaux que psychosociaux se confondent. De cet écheveau, on peut isoler un authentique trouble psychique, d'origine traumatique, qui se manifeste par une réactivité conflictuelle aux sollicitations de l'entourage dépassant les compétences actuelles de l'assurée. Cette problématique psychique altère ses compétences domestiques et professionnelles par le biais d'une baisse du dynamisme, d'une irritabilité et de difficultés cognitives sous forme de bradypsychie et de difficultés de concentration. Ces éléments cumulés font retenir une incapacité de travail que les experts chiffrent à 40 %, et ce depuis la date indiquée par le médecin traitant, à savoir le 1^{er} septembre 2006. Ce taux est en concordance avec le rendement réalisé au cours de l'évaluation en ateliers ; Mme I. _____ a démontré dans sa vie et au cours du présent séjour qu'elle dispose de ressources dans une perspective professionnelle.

Les troubles psychiques dont souffre l'assurée sont notoirement difficiles à traiter. Une faible dose de neuroleptique (Seroquel) pourrait être tentée parallèlement à la reprise d'une psychothérapie, par exemple en contexte ethnopsychiatrique. A terme, il n'est pas exclu qu'une telle prise en charge porte ses fruits. L'incapacité n'est donc pas définitivement fixée, mais elle devrait faire l'objet d'une nouvelle appréciation, uniquement psychiatrique, d'ici 2 ans.

Une enquête ménagère a été effectuée le 8 janvier 2009 au domicile de l'assurée, laquelle a retenu un statut de 100 % active depuis mars 2006 en qualité de femme de ménage pour des motifs financiers.

Après avoir constaté que des mesures d'orientation professionnelle n'étaient pas indiquées (communication interne du 1^{er} mai 2009), l'office AI a, par projet du 8 juin 2009, informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2007, sur la base d'un degré d'invalidité de 40 %.

Par décision du 8 novembre 2010, cet office a confirmé la teneur de son projet précité. Cette décision n'a pas été contestée par l'intéressée.

B. Au terme d'une procédure de révision de la rente d'invalidité initiée d'office en juin 2010, l'office AI a, par communication du 24 août 2011, informé l'assurée qu'elle continuerait à bénéficier d'un quart de

rente sur la base d'un degré d'invalidité de 40 %, en l'absence de changement susceptible d'influencer le droit à cette prestation.

C. A teneur d'une lettre du 5 octobre 2012, l'assurée a fait part à l'office AI d'une aggravation de son état de santé et demandé une révision de son dossier et l'octroi d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle.

Par décision du 18 février 2013, l'office AI a refusé d'entrer en matière sur la demande de révision, au motif que l'intéressée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.

D. Dans un questionnaire pour la révision de la rente d'invalidité complété le 20 février 2014, le Dr R._____, médecin traitant depuis 2014, a indiqué une aggravation des douleurs articulaires au niveau de la région lombo-sacrée (lombosacralgies irradiantes), des deux genoux (gonalgies bilatérales) et du membre supérieur droit de l'assurée (douleurs du coude et de l'épaule). Il a posé les diagnostics de discopathies L5-S1 avec rectitude lombaire marquée provoquant une surcharge des articulations inter-apophysaires postérieures de L5 à S1, de discrète gonarthrose interne bilatérale, d'état dépressif chronique, de syndrome de stress post-traumatique et d'insuffisance veineuse des membres inférieurs. Qualifiant le pronostic de mauvais, il a évalué la capacité de travail de l'assurée à moins de 10 % dans l'activité habituelle et à 30 % au maximum dans une activité adaptée (sans port de charges moyennes à lourdes, sans position statique prolongée [assise ou debout] ni position en porte-à-faux et sans marche en descente ou sur terrain instable, avec un périmètre limité à environ cinquante mètres). Il précisait que l'assurée ne pensait pas qu'une cause psychiatrique puisse aggraver ses troubles de sorte qu'elle ne désirait pas de suivi spécialisé sur ce plan.

Par courrier du 15 mai 2014, l'assurée a confirmé à l'office AI une forte péjoration de son état de santé au cours de la dernière année, avançant que sa capacité de travail se limitait « tout juste à un 20-25 % ».

Elle précisait que, malgré les aménagements effectués, les douleurs constantes dans le dos, les genoux et au bras droit l'entravaient dans l'accomplissement de son travail habituel.

Vivant séparée de son époux depuis janvier 2013, l'assurée a répondu à l'office AI qu'en bonne santé, elle travaillerait à plein temps comme ouvrière, nettoyeuse ou aide en EMS par exemple, pour des motifs personnel et financier (formulaire du 3 juin 2014).

Par projet de décision du 7 août 2014, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de révision et maintenir son droit à un quart de rente. Selon ses investigations, aucun élément objectif ne confirmait une aggravation susceptible de modifier les limitations fonctionnelles et donc le droit à la rente partielle de l'intéressée.

A la suite de la contestation élevée le 27 août 2014 par l'assurée, laquelle soutenait que son médecin traitant attestait une péjoration de son état de santé somatique dont la non-reconnaissance impactait également son psychisme, l'office AI a complété l'instruction. Dans son rapport du 11 mai 2015 à l'intention du médecin-conseil de l'office AI, le Dr R._____ a fait part de lombo-sacralgies, gonalgies bilatérales et douleurs cervico-brachiales droites en augmentation durant l'activité de femme de ménage exercée à raison de dix heures par semaine et de plus en plus pénibles à supporter. A l'arrêt dès le 24 juin 2014, l'assurée avait été licenciée par son employeur avec effet au 31 octobre 2014. Les traitements antalgiques n'avaient pas apporté d'amélioration et l'intéressée avait refusé une consultation spécialisée chez un psychiatre. Lors du dernier contrôle du 4 mai 2015, l'assurée se plaignait de la persistance de cervico-brachialgies droites, de gonalgies bilatérales et de lombo-sacralgies. Depuis son dernier rapport du 20 février 2014, la capacité de travail de sa patiente n'avait pas changé et ne dépassait pas 10 % en tant que femme de ménage. Une reprise professionnelle était qualifiée de très peu probable chez une assurée sans formation.

En annexe à son écrit, le médecin traitant a joint :

- un rapport du 5 décembre 2013 relatif à une scintigraphie osseuse trois phases réalisée par le Dr J._____, radiologue auprès de la Clinique de [...] à [...], en raison de lombosciatalgies chroniques et syndrome inflammatoire d'origine indéterminée, qui se terminait comme suit :

Conclusion

L'absence de captation franche dans les parties molles en phase précoce permet d'écartier une pathologie inflammatoire / infectieuse osseuse. Ce n'est qu'en phase tardive que les articulations sacro-iliaques captent le traceur de façon plus marquée, pouvant traduire une pathologie dégénérative (et ceci malgré le jeune âge de la patiente), d'autant plus qu'il existe des troubles dégénératifs sur les hanches et sur les genoux;

- un rapport d'examen clinique du 18 décembre 2013 à l'intention du Dr R._____, aux termes duquel la Dresse A._____ a fait part de l'appréciation suivante :

Mme I._____ est gênée depuis 2004 par des lombosacralgies à caractère inflammatoire, qui ont déjà été investigués en 2008, une IRM des sacro-iliaques permettait alors d'exclure une éventuelle sacro-iléite. Les douleurs perdurent, elles se sont progressivement aggravées et les douleurs se sont étendues dans la région dorsale et cervicale.

Les RX de contrôle de la colonne lombaire, les dernières datant de 2008, montrent une discrète discopathie au niveau L5-S1, ainsi qu'une rectitude marquée sous forme d'un effacement complet de la lordose lombaire, en présence d'un sacrum horizontalisé. Cette constellation engendre certainement une surcharge des articulations interapophysaires postérieures de L5-S1 pouvant être à l'origine de fessalgies bilatérales. Compte tenu de l'extension des douleurs au cours des dernières années, de la notion d'épanchement des genoux, du caractère inflammatoire des gonalgies ainsi que des fessalgies, chez une patiente qui présente toujours une augmentation de la VS (actuellement à 48 mm la 1^{ère} heure), dans ce contexte de douleurs chroniques devenant invalidantes, il m'a semblé qu'une scintigraphie osseuse permettrait de mettre en évidence ou non un éventuel rhumatisme inflammatoire. Cet examen permet donc d'infirmier la présence d'une spondarthrite, chez une patiente qui est HLA-B27 négative. Je n'ai pas d'explication rhumatologique quant à l'augmentation de la VS, qui est connue depuis quelques années.

En ce qui concerne la suite du traitement, je pense qu'il est judicieux qu'elle puisse continuer un traitement de physiothérapie pour le rachis et pour les genoux. J'ai proposé à la patiente d'essayer le Vimovo®, qu'elle n'a pas non plus supporté, je lui ai prescrit du

Zaldiar® qu'elle va essayer jusqu'à ce qu'elle vous revoie en consultation ces prochains jours.

Il me paraît difficile d'imaginer que cette patiente puisse continuer de travailler, même dans une activité qui serait peut-être encore moins physique que celle de femme de ménage, Mme I. _____ n'a par ailleurs aucune formation.

Une partie des douleurs est certainement de type somatisation, dans le contexte d'un état dépressif chronique, qui s'est probablement aggravé suite à la séparation de son mari au début de cette année. Je pense que les douleurs pourraient être influencées par la prise d'un antidépresseur, comme par exemple le Saroten® ou le Cymbalta®, pour autant que la patiente soit d'accord d'adhérer à ce type de traitement, ce qui n'était pas le cas ces dernières années.

Mme I. _____ est au bénéfice d'une rente partielle de l'AI. Dans l'idée d'une réévaluation de ses prestations, je pense qu'un avis psychiatrique serait souhaitable de confirmer ou non la présence d'une atteinte psychique invalidante dans le sens de l'AI.

Je n'ai pas prévu de revoir Mme I. _____ en consultation prochainement, je reste bien entendu à disposition pour la réexaminer si vous le désirez ultérieurement.

Répondant aux questions adressées dans l'intervalle par l'office AI, le Dr R. _____ a confirmé ses précédents diagnostics d'ordre somatique, en précisant avoir déjà listé dans son rapport du 20 février 2014 tous les diagnostics objectifs dont un état dépressif chronique avec troubles somatoformes possibles, en partie nié par l'assurée (rapport du 2 septembre 2015, daté par erreur du 11 mai 2015).

A la suite des précisions apportées par le Dr R. _____, l'assurée a été convoquée à un examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) dans les locaux du Service Médical Régional (ci-après : SMR) de l'Assurance-Invalidité, à [...]. Dans leur rapport du 22 juin 2016, les Drs K. _____, spécialiste en médecine physique et rééducation et en rhumatologie, et E. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, ont posé les diagnostics suivants :

- ***avec répercussion durable sur la capacité de travail***
 - Aucun diagnostic sur le plan ostéoarticulaire.
 - Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62).
 - Trouble dépressif récurrent épisode moyen avec syndrome somatique (F33.4).

- **sans répercussion sur la capacité de travail**
 - Lombalgies communes.
 - Gonarthrose débutante du compartiment interne.
 - Douleurs de l'épaule D sans étiologie spécifique.

Au moment d'apprécier la situation, les examinateurs du SMR ont en particulier émis les considérations suivantes :

[...]

Notre examen montre une femme de 42 ans, en bon état de santé générale, avec une préobésité ou l'équivalent d'un BMI à 28.7. La TA diastolique est légèrement augmentée à 97 mmHg, il n'y a pas de signes d'insuffisance cardiaque.

L'examen neurologique exclut une atteinte radiculaire, en relation avec d'éventuels troubles dégénératifs du rachis. Il n'y a pas de sciatalgies ou cruralgies irritatives.

L'examen des épaules est rassurant, l'assurée a une mobilité complète, elle annonce en fin d'amplitude à D une douleur à la face postérieure du bras D, qui peut être mise en relation avec une atteinte de la coiffe des rotateurs ; le test de la coiffe des rotateurs est bien tenu pour les 4 muscles, l'assurée n'exprime pas d'inconfort ; il n'y a pas de signes de conflit sous-acromial ; la mise sous tension de l'acromioclaviculaire déclenche une douleur postérieure de l'épaule, mais pas de douleurs sur la clavicule. L'examen de l'épaule, ne permet pas de mettre en évidence d'étiologie spécifique aux douleurs annoncées par l'assurée.

Dans son dernier rapport du 04.09.2015, le Dr R._____ annonçait que les douleurs cervicobrachiales D étaient dues à une tendinopathie des muscles abducteurs et rotateurs de l'épaule D, ainsi qu'à une tendomyogélose. L'examen de ce jour ne montre ni tendinopathie spécifique, ni myogélose ; l'assurée a notamment pas de polyinsertionite.

La nuque a une mobilité complète, indolore, il n'y a pas de contracture. La gestuelle de la nuque est normale.

L'assurée a un léger trouble statique au niveau des genoux, avec un genu valgum de 4 cm. L'assurée a une adiposité des cuisses, la musculature est symétrique, la mobilité est complète, indolore, il n'y a pas d'épanchement ; les tests méniscaux, les tests de stabilité à la recherche d'un rabet rotulien sont négatifs ; de façon peu spécifique, nous avons une douleur à la palpation du compartiment interne et externe, d'intensité identique, alors que l'assurée décrit des douleurs prédominant à G. Fonctionnellement, l'assurée marche normalement, sans boiterie. Elle est capable de s'accroupir en amplitude complète, doit mettre un genou à terre pour remonter, l'assurée n'arrive pas à expliquer pourquoi elle a des difficultés. Elle ne décrit pas spontanément de gonalgies.

Au niveau du rachis, nous avons de légers troubles statiques, avec une légère diminution de la cyphose dorsale, nous verrons plus loin

que les radiographies montrent également une diminution de la lordose lombaire, cela ne nous a pas frappé en station debout. L'assurée n'a pas d'attitude antalgique. La mobilité du rachis lombaire est complète dans tous les plans, indolores, nous avons même un indice de Schober supérieur à celui attendu, avec 10-15.5 cm alors que nous attendrions avoir 5 cm d'allongement. La palpation est douloureuse de façon identique en L4, L5 et surtout le sacrum, il n'y a pas de contractures. Nous excluons un syndrome rachidien lombaire. Le score de Waddell est négatif à la recherche de signes comportementaux.

La lecture du dossier radiologique montre déjà en 2008, des troubles dégénératifs débutants de l'articulation sacro-iliaque D. L'assurée avait fait une IRM à cette époque, permettant d'exclure un rhumatisme inflammatoire. L'examen montre également une discopathie débutante en L5-S1, avec une protrusion circonférentielle, ainsi qu'une lame d'épanchement au niveau articulaire postérieur. Il s'agit de troubles dégénératifs de peu de degrés de gravité.

Les RX lombaires effectuées le 19.11.2013 montrent de légers troubles statiques, un léger pincement en L4-5 et un pincement postérieur en L5-S1 pour des troubles dégénératifs discaux débutants ; nous suspectons également des troubles dégénératifs postérieurs en L3-4 ; les RX de 2013 ne permettent pas d'apprécier de façon fine les sacro-iliaques, l'examen n'est pas centré sur les sacro-iliaques, il n'y a pas de troubles dégénératifs importants à ce niveau.

Les RX des genoux de juillet 2013 montrent une gonarthrose débutante du compartiment interne se manifestant par un léger pincement et un début d'ostéophytose du côté D.

L'examen de ce jour et l'étude du dossier radiologique nous fait conclure à une discordance importante entre les allégations de l'assurée et l'importance des troubles dégénératifs constatés. Les troubles dégénératifs au niveau lombaire et au niveau des genoux sont de faibles degrés de gravité. La Dresse A._____, rhumatologue, dans sa consultation du 19.12.2013, annonce une discrète discopathie L5-S1, un discret amincissement de l'interligne tibiofémoral interne, nous sommes également de son avis.

La Dresse A._____ émet l'hypothèse que les troubles statiques que présente l'assurée entraînent certainement une surcharge des articulations postérieures lombaires pouvant être à l'origine de fessalgies bilatérales. L'examen clinique, avec l'absence de douleurs en extension complète du tronc, ne permet pas de confirmer cette hypothèse.

La Dresse A._____, dans son appréciation de décembre 2013, annonce qu'une partie des douleurs est certainement de type somatisation, elle ne peut exclure une participation des troubles dégénératifs aux plaintes de l'assurée. Nous sommes d'avis que les éléments de somatisation priment.

Lors de l'évaluation détaillée de décembre 2007, effectuée à la CRR, il est mis en évidence un rendement globalement médiocre. A

l'époque, l'assurée n'a pas de problèmes ostéoarticulaires au niveau des genoux, et le bilan radiologique lombaire montre des troubles dégénératifs débutants. Notre examen clinique actuel n'est pas différent de celui du Dr Q._____. Le Dr Q._____ avait à l'époque un indice de Schober de 10-15 cm, c'est toujours le cas ; il avait une DDS qui était nulle, nous avons 3 cm ; il avait une scoliose dorsolombaire modérée, équilibrée, nous considérons qu'il s'agit d'une attitude scoliotique légère ; il avait une mobilité complète des épaules, elle est toujours complète actuellement ; la mobilité de genou reste complète, ils sont toujours secs.

Sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une jeune assurée âgée de 42 ans, au bénéfice de 1/4 de rente AI sur la base d'une expertise bidisciplinaire, effectuée à la CRR par le Dr B._____, psychiatre FMH qui retient les diagnostics : de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique. En page 4 de l'expertise, il est écrit : « elle vient en Suisse en 2002 et y présente d'emblée des troubles psychologiques et somatiques déjà mentionnés » en faisant référence à des violences subies au [...] entre 1996 et 2002 et dont l'assurée aurait gardé des séquelles à type de cauchemars rattachés à un état de stress post-traumatique. De même, les dorsolombalgies remonteraient à la même époque.

Notre examen clinique de ce jour n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, de trouble phobique, d'état de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif, de trouble dissociatif, ni de perturbation sévère de l'environnement psychosocial.

Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique qui est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie.

Depuis l'expertise psychiatrique de décembre 2007, la symptomatologie dépressive moyenne s'est chronicisée sans amélioration significative qui puisse justifier une augmentation de la capacité de travail.

Nous n'avons pas objectivé de symptômes typiques comprenant la reviviscence répétée d'un évènement traumatique, de flashbacks, de rêves ou de cauchemars répétitifs, d'anesthésie psychique, d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller un traumatisme en faveur d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique.

Nous avons objectivé une attitude méfiante, un sentiment de vide et de perte d'espoir, l'impression permanente d'être sur la brèche comme si on était constamment menacé, dans le cadre d'un diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

Par conséquent, à l'examen clinique psychiatrique de ce jour, nous n'avons pas objectivé d'amélioration ni d'aggravation de l'état de l'assurée.

- Aucune aggravation durable n'étant rendue plausible, il convient de conclure que la capacité de travail est inchangée depuis la dernière décision AI.

Limitations fonctionnelles

Sur le plan ostéoarticulaire, les troubles dégénératifs débutants du rachis lombaire et des genoux ne justifient pas de LF durables, ceci en s'appuyant sur l'examen détaillé décrit plus haut.

Sur le plan psychiatrique, diminution des ressources d'adaptation, méfiance, dépression chronique.

- Les difficultés linguistiques, l'absence de formation professionnelle, la démotivation de l'assurée ne font pas partie du domaine médical.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sur le plan ostéoarticulaire, il n'y a pas d'IT de ce taux.

L'assurée est au bénéfice de $\frac{1}{4}$ de rente, environ 40 % d'IT, dès le 01.09.2007. Incapacité de travail de 40 %, ceci selon l'expertise psychiatrique du 20.12.2007.

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

Sur le plan ostéoarticulaire, il est resté stationnaire avec une exigibilité complète dans l'activité habituelle.

Sur le plan psychiatrique aucune aggravation n'a été objectivée.

L'incapacité de travail est de 40% dans toute activité.

CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle d'employée d'entretien : 60%.

Dans une activité adaptée : 60%.

Depuis le : 01.09.2007

L'office AI a, par décision du 2 septembre 2016, confirmé son projet du 7 août 2014. Sur la base des investigations complémentaires, aucune aggravation durable de l'état de santé n'était rendue plausible de sorte que l'assurée disposait toujours d'une capacité de travail estimée à 60 % dans toute activité.

E. a) Par acte du 4 octobre 2016, l._____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal,

concluant à son annulation ainsi qu'au renvoi de la cause à l'office AI pour complément d'instruction. En substance, elle contestait avoir échoué à démontrer une péjoration de son état de santé. Critiquant l'évaluation de sa capacité de travail par l'office AI, elle se prévalait, d'une part, d'une forte aggravation de ses douleurs articulaires depuis le mois de mai 2014 et, d'autre part, d'un état psychique dégradé.

b) Dans sa réponse du 14 novembre 2016, l'office AI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, estimant que les critiques de l'assurée n'étaient pas susceptibles de modifier sa position.

c) Dans sa réplique du 29 décembre 2016, l._____, désormais représentée par Inclusion Handicap, a informé ne rien avoir à ajouter à son acte du 4 octobre 2016 dont elle maintenait l'intégralité des conclusions.

d) Une copie de cette dernière écriture a été transmise à l'office AI pour son information.

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 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté 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 respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante peut prétendre à une rente de l'assurance-invalidité plus élevée que le quart de rente actuellement versé.

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 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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 un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

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, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. 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 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références citées). Le point de savoir si un changement important 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 une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

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 les médecins, 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; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

d) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves

administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

4. En l'occurrence, la recourante conteste l'évaluation de son état de santé global (rhumatologique et psychiatrique) par l'office intimé, alléguant une péjoration notable depuis 2014 justifiant la révision du droit au quart de rente d'invalidité reconnu dès le 1^{er} septembre 2007.

a) Selon la jurisprudence, dans le cadre d'une révision de rente au sens de l'art. 17 LPGA, c'est 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, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité (cf. ATF 133 V 108 consid. 5). Il convient par conséquent de comparer la situation telle qu'elle se présentait au moment de la décision du 8 novembre 2010 avec celle existant au moment de la décision du 2 septembre 2016.

b) Dans son rapport du 3 janvier 2008, le Dr Q. _____ n'avait pas retenu de diagnostic somatique invalidant, mais uniquement celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de lombalgie non spécifique.

Il mentionnait un examen physique guère contributif, sans indice d'une atteinte ostéo-articulaire avec un examen neurologique qui excluait tout conflit disco-radicaire ainsi que toute atteinte neurogène. Les radiographies, outre le fait qu'elles confirmaient l'absence de lésion susceptible d'expliquer les plaintes de l'assurée, excluaient également d'associer l'élévation modérée de la vitesse de sédimentation, connue de longue date, à une maladie rhumatismale. En l'absence de limitation fonctionnelle retrouvée lors de son examen, le Dr Q. _____ avait estimé que le handicap perçu par l'intéressée paraissait démesuré.

Au terme de son examen, le Dr K. _____, spécialiste en médecine physique et rééducation et en rhumatologie, n'a pas posé de diagnostic invalidant sur le plan ostéo-articulaire, mais uniquement ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de lombalgies communes, de gonarthrose débutante du compartiment interne et de douleurs de l'épaule droite sans étiologie spécifique. Indiquant que l'examen neurologique excluait une atteinte radicaire, des sciatalgies ou cruralgies irritatives, il a constaté une clinique des épaules sans limitations fonctionnelles qui ne permettait pas d'expliquer les douleurs alléguées, une mobilité de la nuque complète et un léger trouble statique au niveau des genoux, mais avec une mobilité préservée et indolore. Au niveau du rachis, malgré de légers troubles statiques avec une légère diminution de la cyphose dorsale, la mobilité demeurait complète dans tous les plans et indolore. Sur la base de son examen et l'étude du dossier radiologique mis à sa disposition, le Dr K. _____ a conclu à une discordance importante entre les allégations de la recourante et l'importance des troubles dégénératifs objectivés.

Force est de constater que les atteintes sur le plan somatique au niveau du rachis, des genoux et de l'épaule droite présentent toujours - objectivement - un faible degré de gravité, impropre à justifier une quelconque limitation fonctionnelle (voir également les constatations cliniques rapportées par la Dresse A. _____ dans son rapport du 18 décembre 2013). S'agissant des explications données par le Dr R. _____, d'après lesquelles il était peu probable que la recourante reprenne un jour

une activité professionnelle, elles sont avant tout centrées sur les seules plaintes de la recourante et ne permettent pas de mettre en évidence l'existence d'une atteinte à la santé objective et, partant, l'existence d'une aggravation objective de l'état de santé de la recourante sur le plan somatique susceptible d'influencer son droit à la rente.

c) Sur le plan psychiatrique, le Dr Q._____ avait retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0) et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.11). En présence d'un authentique trouble psychique, d'origine traumatique, qui altérerait les compétences domestiques et professionnelles de la recourante, celle-ci présentait une incapacité de travail de 40 % depuis le 1^{er} septembre 2006, soit la date indiquée par la Dresse P._____ (rapport du 16 juin 2007).

Au terme de son examen du 1^{er} juin 2016, la Dresse E._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a posé les diagnostics - avec répercussion durable sur la capacité de travail - de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62) et de trouble dépressif récurrent épisode moyen avec syndrome somatique (F33.4). Les éléments caractéristiques du diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (à savoir une attitude méfiante, un sentiment de vide et de perte d'espoir, l'impression permanente d'être sur la brèche comme si on était constamment menacé) ont été retrouvés à l'examen. La psychiatre du SMR a également exposé que depuis l'expertise de décembre 2007, la symptomatologie dépressive moyenne s'était chronicisée sans amélioration ni aggravation significative. Elle n'avait en revanche pas objectivé chez l'intéressée de symptômes typiques en faveur d'un diagnostic d'état de stress post-traumatique tels que la reviviscence répétée d'un événement traumatique, des flashbacks, des rêves ou des cauchemars répétitifs, une anesthésie psychique, un émoussement émotionnel, un détachement par rapport aux autres, une insensibilité à l'environnement, une anhédonie et un évitement d'activités ou de

situations pouvant réveiller un traumatisme. En l'absence d'aggravation objectivée depuis l'expertise psychiatrique du 20 décembre 2007 à la CRR, la capacité de travail de l'assurée était toujours évaluée à 60 % dans toute activité.

L'absence d'aggravation sur le plan psychiatrique n'est pas remise en cause par les avis des médecins traitants de la recourante. Les Drs A. _____ (rapport du 18 décembre 2013) et R. _____ (rapport du 2 septembre 2015) font chacun référence à une éventuelle problématique « somatoforme ». La première nommée mentionne qu'« *une partie des douleurs est certainement de type somatisation, dans le contexte d'un état dépressif chronique, [...]* » alors que le second note « *un état dépressif chronique avec troubles somatoformes possibles* ». L'appréciation de ces médecins, tous deux non-psychiatres, ne peut pas être partagée dès lors que le SMR n'a, au terme de son examen, pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ou de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

d) En définitive, il ne ressort pas des pièces versées au dossier que l'état de santé de la recourante se serait aggravé depuis le mois de novembre 2010. C'est donc à juste titre que l'office intimé a considéré que le droit à un quart de rente d'invalidité devait être maintenu.

5. Cela étant, un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par la recourante doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2).

6. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée dans le sens des considérants.

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'assurance-invalidité 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 l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais judiciaires dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272]; art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombera au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]).

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Le mandataire de la recourante ne saurait prétendre au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, dès lors que la décision d'assistance judiciaire du 13 octobre 2016 ne portait que sur l'exonération de la totalité des avances et sur l'exonération des frais judiciaires.

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision rendue le 2 septembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés à la charge de l'Etat.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires mis à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Intégration Handicap (pour I. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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).

Le greffier :