

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 février 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Röthenbacher et Berberat, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante, représentée par Me Karim Hichri, avocat
auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss et 17 LPGA ; 4 et 28 LAI ; 88a et 88bis RAI.

E n f a i t :

A. Z._____, née en [...], sans formation, a travaillé en qualité de nettoyeuse depuis le 1^{er} décembre 2009 auprès de la Ville de [...] à raison de 10 heures par semaine. Elle a séjourné en admission volontaire du 10 au 23 décembre 2010 au Département de psychiatrie du L._____, au [...], pour mise à l'abri d'idées suicidaires. Les médecins ont diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et une fibromyalgie (cf. rapport du 28 janvier 2011 des Drs N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et X._____, médecin au [...]).

L'assurée a déposé le 4 avril 2011 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de douleurs omniprésentes dans tout le corps, d'un très mauvais sommeil, ainsi que d'une fatigue importante.

Dans un rapport du 19 mai 2011 à l'OAI, le Dr M._____, médecin généraliste traitant depuis le 25 novembre 2005, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère, de trouble anxio-dépressif persistant, ainsi que de fibromyalgie. En tant que diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, il a retenu une hypertension et une ostéoporose traitées, un status après carcinome du sein gauche traité en 1997 par tumérectomie, radiothérapie et chimiothérapie, un status après reconstruction mammaire gauche en 2009 avec complications infectieuses locales, un goitre nodulaire euthyroïdien, un tabagisme chronique, ainsi qu'un status après éradication gastrite (2009) et hystérectomie pour myomes (1991). La capacité de travail était de 50 % depuis janvier 2010.

Dans un rapport du 26 septembre 2011 à l'OAI, le Dr V._____, psychiatre traitant depuis le 28 juin 2010, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11),

d'anxiété généralisée (F41.1), de syndrome fibromyalgique, de fonctionnement cognitif altéré (ralentissement sévère sur le plan intentionnel, dysfonctionnement exécutif et déficit mnésique global sévère), ces atteintes existant toutes depuis environ deux ans. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail correspondaient pour la plupart à ceux retenus par le Dr M. _____ dans le rapport précité. Le Dr V. _____ a expliqué qu'après le traitement d'un carcinome du sein gauche, la patiente avait subi plusieurs interventions de reconstructions mammaires. La dernière, en 2009, s'était soldée par de graves complications post-opératoires, contexte dans lequel la patiente avait commencé à souffrir d'une symptomatologie anxio-dépressive de plus en plus sévère accompagnée d'un état douloureux généralisé croissant et persistant, d'intensité fluctuante. La capacité de travail était de 50 % depuis janvier 2010, pour autant que le travail n'implique pas de charges trop lourdes ni de position de travail trop pénible. La patiente présentait une vulnérabilité psycho-affective globale résultant à la fois de son fonctionnement cognitif altéré ainsi que de son état de perturbation émotionnel et affectif accompagné de somatisation, sous la forme d'un syndrome fibromyalgique. En dépit des divers traitements prescrits, ces troubles perduraient sans montrer de signe d'amélioration significative. Le pronostic était réservé.

Par rapport du 1^{er} novembre 2011, le Dr G. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu comme atteinte principale à la santé un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et une capacité de travail de 50 % depuis janvier 2010 tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles de l'assurée consistaient en des difficultés à gérer ses émotions et ses propres affaires, une hypersensibilité au stress, une fluctuation de l'humeur, ainsi qu'une limitation des capacités mnésiques, de concentration, de compréhension, d'organisation et d'adaptation au changement.

Dans une note établie à la suite d'un entretien avec l'assurée le 20 mars 2012, l'OAI a fait état de ce qui suit :

« **Evolution**

En raison d'une nouvelle crise survenue ce week-end, elle est en incapacité de travail totale depuis le 19.03.2012, mais pense pouvoir reprendre bientôt son activité.

Raison pour laquelle elle ne se sent pas bien lors de cette entrevue (douleurs ressenties, etc.).

A noter que son état de santé n'a pas évolué de manière favorable ces derniers mois. En effet, les plaintes sont toujours identiques, soit douleurs intenses dans le corps et grande fatigabilité.

Par ailleurs, elle a également des troubles de la mémoire, pour lequel un examen a été effectué par le Dr V. _____, psychiatre.

De plus, il semblerait qu'elle ait des problèmes gastro-intestinaux et d'incontinence.

[...]

Activité professionnelle Ville de [...]

Depuis le 01.09.2011, son taux contractuel, en qualité de nettoyeuse, a été augmenté de 25 % à 30 %, soit avec un horaire hebdomadaire de 17 h à 19 h 30.

A noter qu'elle travaille en "tandem" avec une collègue et comme cette dernière est son amie, elle l'aide beaucoup lors des nettoyages.

Cela lui permet également d'adapter les tâches à faire en fonction de son état de santé "du jour".

Comme elle a déjà de la peine à être à un taux de 30 %, elle ne pense pas pouvoir augmenter son taux contractuel. En effet, elle craint qu'en augmentant son taux, cela engendrerait une péjoration de son état de santé, soit de nouvelles incapacités de travail, et elle a peur de perdre ainsi cet emploi.

De plus, il semblerait que la Ville de [...] ne pourrait pas lui permettre une nouvelle augmentation de ce taux. »

Par décisions des 30 juillet et 15 octobre 2012, confirmant un projet de décision du 9 mai 2012, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité fondé sur un degré d'invalidité de 50 %, dès le 1^{er} octobre 2011, avec la motivation suivante :

« Vous exercez l'activité de nettoyeuse auprès de la Ville de [...].

Pour des raisons de santé, vous avez présenté une incapacité de travail sans interruption notable dès le mois de janvier 2010. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI.

A l'échéance du délai en question, soit en janvier 2011, votre incapacité de travail est de 50 % dans toute activité et le droit à la rente s'ouvre.

Toutefois, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations.

Vous avez déposé votre demande le 4 avril 2011. La rente ne peut donc être allouée que dès le 1^{er} octobre 2011. A cette date, votre incapacité de travail est toujours de 50 % dans toute activité. Dès lors votre degré d'invalidité est de 50 %.

Selon le rapport de notre Service de réadaptation, la mise en place de mesures professionnelles n'aurait pas pour effet de réduire votre préjudice économique, dès lors, des mesures professionnelles ne sont pas nécessaires. »

B. Le 25 novembre 2013, le Dr V._____ a informé l'OAI qu'il avait observé une péjoration durable de l'état de santé de l'assurée, suffisamment sévère pour interférer avec sa capacité de travail, dans la mesure où elle était actuellement en arrêt de travail complet depuis le 24 mai 2013. Le 4 décembre 2013, à la requête de l'OAI, l'intéressée lui a fait savoir que le courrier précité du Dr V._____ devait être considéré comme une demande de révision de son droit à la rente.

Le 20 décembre 2013, l'assurée a indiqué que son état s'était aggravé à compter du 24 mai 2013, date dès laquelle elle avait présenté une incapacité totale de travail, confirmée par son employeur (cf. rapport du 5 mars 2014 de la Ville de [...]). Elle a également expliqué que sans atteinte à la santé, elle exercerait une activité d'employée de ménage à un taux de 100 %.

Dans un rapport du 7 avril 2014 à l'OAI, le Dr V._____ lui a fait savoir que l'état de sa patiente s'était péjoré, et qu'elle ne disposait plus de ressources adaptatives suffisantes pour continuer d'exercer une activité professionnelle, car l'aggravation persistante de ses troubles l'obligeait à mobiliser l'entier de ses ressources adaptatives pour faire face aux exigences de la vie quotidienne. Depuis l'octroi de la rente à 50 %, son état de santé s'était péjoré suffisamment sévèrement et durablement pour entraîner une incapacité de travail complète. Elle avait dû effectuer un deuxième séjour à [...] du 29 mai au 21 juin 2013 dans un contexte de récurrence de ses troubles dépressifs et anxieux, où les médecins avaient retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive brève. Toutefois, peu après sa sortie de [...], avait été observée une rechute de l'état dépressif, dont l'intensité variait, ainsi qu'une recrudescence de la symptomatologie anxieuse, elle aussi fluctuante. En outre, pour évaluer l'éventuelle évolution de l'altération du fonctionnement cognitif, une nouvelle investigation avait eu lieu en avril 2012 au L._____, laquelle n'avait pas montré de différence assez

significative par rapport à celle effectuée en 2011 permettant d'identifier la progression d'un éventuel processus dégénératif. Les difficultés mises en avant sur le plan attentionnel étaient toutefois encore plus accusées actuellement et les temps de latence et blocus observés avaient probablement une cause qui restait encore à déterminer, raison pour laquelle l'assurée allait effectuer un examen neuropsychologique complet au C._____ du L._____. Le Dr V._____ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), d'anxiété généralisée (F41.1), de fonctionnement cognitif altéré en cours d'investigation, de syndrome fibromyalgique, de status postcarcinome du sein gauche traité en 1997, postplastie reconstructive en 1997 et postreprise chirurgicale sur échec de la plastie reconstructive, compliquée par une sévère infection nosocomiale en 2009, d'ostéoporose, ainsi que d'hypertension artérielle traitée. La capacité de travail était nulle dans toute activité. S'agissant des limitations fonctionnelles, le Dr V._____ a en particulier relevé que la patiente se plaignait de douleurs abdominales récurrentes, parfois très intenses, accompagnées de diarrhées. Le pronostic était réservé car la patiente ne disposait plus des ressources adaptatives suffisantes pour effectuer une activité professionnelle. En annexe, le Dr V._____ a notamment joint un rapport d'investigation cognitive établi le 19 avril 2012 par Monsieur P._____, psychologue au L._____, ainsi qu'un courrier du 23 octobre 2013 que lui avait adressé le Dr K._____, médecin conseil de la Ville de [...], se demandant si la patiente ne présentait pas un trouble démentiel débutant.

Dans un rapport du 4 juin 2014 à l'OAI, le Dr W._____, nouveau médecin généraliste traitant, a posé les diagnostics d'hypertension traitée, de « diarrhées récidivantes (colo. sp 2011) », de trouble anxio-dépressif récurrent, d'anxiété généralisée, d'ostéoporose, de goitre nodulaire euthyroïdien, de syndrome fibromyalgique, de tabagisme chronique, d'hyperréactivité bronchique avec probable asthme, toutes ces atteintes existant depuis 2012, ainsi que d'intolérance au glucose et de vessie irritable, depuis 2013. Le Dr W._____ a exposé que la patiente souffrait de troubles gastro-intestinaux de longue date sous forme de

diarrhées d'origine indéterminée, d'un trouble anxieux avec des épisodes dépressifs et d'une fibromyalgie avec des douleurs chroniques. Au titre du constat médical, il a indiqué que l'assurée présentait un syndrome douloureux dans le cadre d'une fibromyalgie, des troubles du transit intestinal avec des diarrhées « mais une incontinence fécale résolue », ainsi que des troubles de la mémoire. La patiente bénéficiait actuellement de nombreuses investigations (avis cardiologique, CT scanner thoraco-abdomino-pelvien, évaluation neuropsychologique), mais qui restaient pour le moment dans la norme. Il a joint à son rapport une évaluation du 9 avril 2014 du Centre médico-social de [...], lequel concluait notamment à la mise en place d'une aide au ménage un jour par semaine.

Par avis médical du 24 juin 2014, la Dresse B._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a exposé que la situation médicale n'était pas stabilisée et qu'un nouveau rapport devrait être demandé au Dr V._____.

Le 29 septembre 2014, le Dr V._____ a fait savoir à l'OAI qu'en dépit d'un traitement conforme aux règles de l'art, l'état de santé de la patiente ne s'améliorait pas et tendait plutôt à se péjorer, tant sur les plans psychologique que somatique. Sur le plan psychologique, elle était toujours déprimée et très anxieuse. L'investigation du trouble cognitif avait abouti au diagnostic de trouble cognitif léger avec probable composante thymique. Elle était actuellement particulièrement affectée par un trouble du transit qui entraînait plusieurs épisodes par jour de diarrhées avec incontinence fécale partielle, dont l'étiologie n'avait pu encore être précisée. Les autres diagnostics étaient les mêmes que ceux figurant dans son rapport du 7 avril 2014. Une tentative de retour au travail avait révélé que l'assurée n'était plus capable d'effectuer valablement les tâches assignées en raison d'une désorganisation de son comportement et d'un très faible rendement. Tout montrait donc qu'elle était arrivée au bout de ses ressources adaptatives et que plus aucune capacité de travail n'était exigible. Les considérations et le pronostic formulés dans le rapport d'avril 2014 restaient valables.

Le 17 janvier 2015, la Dresse B._____ du SMR a relevé que dans ses rapports du 7 avril et du 29 septembre 2014, le Dr V._____ annonçait une aggravation de l'état de santé de l'assurée, mais que les descriptions cliniques faisaient état d'une situation qui semblait similaire à celle de 2011 et qu'il n'y avait pas de diagnostic nouveau. Les investigations sur le plan cognitif ne permettaient pas de conclure à une péjoration. La Dresse B._____ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

C'est le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a été mandaté pour expertiser l'intéressée. A cet effet, il s'est entretenu avec elle les 15 et 22 août 2016 ; il a également étudié le dossier de l'OAI et le rapport du 23 juillet 2015 du Dr T._____, spécialiste en gastro-entérologie. Dans son rapport du 26 septembre 2016, l'expert a notamment retenu, au titre des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ceux de vessie irritable et d'incontinence urinaire. S'agissant des diagnostics avec effet sur ladite capacité, il a fait état de ce qui suit :

« - M.79.7 - CIM-10 : Fibromyalgie :

Dans son rapport AI du 19.05.2011, le docteur M._____, médecin traitant de Madame Z._____, spécialiste FMH en médecine interne installé à [...], informe que dans le courant de 2010 sa patiente lui fait part de l'apparition de douleurs musculo-squelettiques globales d'intensité variable, accompagnées de céphalées et d'un état d'épuisement sans élément pour un rhumatisme inflammatoire mais évoquant en premier un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie.

Le diagnostic de fibromyalgie est postérieurement confirmé, dans ses rapports, par le docteur W._____, nouveau médecin traitant de Madame Z._____, spécialiste FMH en médecine interne générale installé à [...].

- F33.4 - CIM-10 : Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission :

Selon CIM-10 il s'agit d'un trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (F32.-), en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie).

Le trouble est actuellement en rémission si le sujet a eu, dans le passé, au moins deux épisodes dépressifs répondant aux descriptions données en F33.0-F33.3, mais ne présente aucun symptôme dépressif depuis plusieurs mois.

Lors de nos entretiens d'évaluation avec Madame Z._____, la reconstruction rétrospective de son parcours morbide psychiatrique est difficile à préciser, et nous situe plus sur la persistance d'une symptomatologie dépressive, d'intensité variable, maintenue d'un mode continu tout au long de ces années, que sur l'incidence d'épisodes formellement récurrents. Ceux-ci par contre ont été confirmés par ses médecins traitants ambulatoires et hospitaliers.

Dans son rapport du 28.01.2011, le docteur N._____, médecin assistant, supervisé par le docteur X._____, chef de clinique adjoint, informe que Madame Z._____ a réalisé une hospitalisation psychiatrique en admission volontaire au site de [...], du 10.12.2010 au 23.12.2010, pour mise à l'abri d'idées suicidaires. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2 - CIM-10) est retenu pour cette hospitalisation.

Dans son rapport AI du 26.09.2011, le docteur V._____, psychiatre traitant de Madame Z._____, confirme les diagnostics de Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) en sus des diagnostics d'anxiété généralisée (F41.1), syndrome fibromyalgique et fonctionnement cognitif altéré.

Ce même diagnostic est référé dans son rapport AI du 07.04.2014, par le docteur V._____, psychiatre traitant de Madame Z._____, suite à une deuxième hospitalisation psychiatrique à l'Hôpital psychiatrique de [...] du 29.5.2013 au 21.6.2013.

Dans son rapport du 29.09.2014, le docteur V._____, psychiatre traitant de Madame Z._____, informe que l'état de santé de sa patiente ne s'améliore pas, en dépit d'un traitement conforme aux règles de l'art, et tend plutôt à se péjorer, tant sur les plans psychologique que somatique.

La symptomatologie référée par les docteurs susmentionnés est effectivement compatible avec les critères diagnostiques internationaux de la CIM-10 (Classification internationale des maladies, publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé) pour un épisode dépressif.

Par ailleurs les symptômes dépressifs persistent durant au moins 2 semaines.

Je considère donc que les diagnostics suivants peuvent être attestés pour les périodes correspondantes :

- Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2 - CIM-10) du 10.12.2010 au 23.12.2010.
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11 - CIM-10) pour la période du 23.12.2010 au 26.09.2011.
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11 - CIM-10) pour la période du 21.6.2013 au 29.09.2014.
- Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4 - CIM-10) lors de la réalisation de la présente expertise, au vu de l'absence actuelle et dans les derniers mois de symptômes incontestablement dépressifs et des antécédents de récurrence dépressive.

- F34.1 - CIM-10 : Dysthymie :

Selon CIM-10 : il s'agit d'un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger (F33.-).

Je considère que Madame Z._____ présente aujourd'hui une dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante pour justifier actuellement un diagnostic d'épisode dépressif léger ou moyen. Le diagnostic de Dysthymie me paraît plus approprié pour notre expertisée, circonstance qui n'exclut pas la coexistence d'un Trouble dépressif récurrent dans son parcours vital comme comorbidité et ce dans un concept nosologique et diachronique de double dépression.

- F06.7 - CIM 10 : Trouble cognitif léger :

Selon CIM-10 : il s'agit d'un trouble caractérisé par une altération de la mémoire, des difficultés d'apprentissage et une réduction de la capacité à se concentrer sur une tâche, sauf pendant des périodes de courte durée. Le sujet éprouve souvent une fatigue mentale accentuée quand il fait des efforts mentaux, et un nouvel apprentissage peut être subjectivement difficile même quand il est objectivement réussi. Aucun de ces symptômes ne présente une sévérité suffisante pour justifier un diagnostic de démence (F00-F03) ou de delirium (F05.-).

Dans son rapport du 29.09.2014, le docteur V._____, psychiatre traitant de Madame Z._____, informe que l'investigation du trouble cognitif est terminée et a abouti au diagnostic de trouble cognitif léger avec probable composante thymique.

Ce trouble cognitif léger peut avoir une incidence légère sur la capacité de travail de Madame Z._____, selon la description susmentionnée dans la définition de la CIM-10.

L'amélioration clinique de l'intensité de ce trouble cognitif, qui est passée de sévère à légère, apparaît comme une circonstance singulière en faveur d'un composant psychogène.

- R15 - CIM-10 : Incontinence des matières fécales :

Dans son rapport du 23.07.2015 le docteur T._____, médecin adjoint au service de gastro-entérologie du L._____, informe que Madame Z._____ souffre de diarrhées chroniques multifactorielles. Un neurostimulateur aurait déjà été implanté, sans grands succès selon l'expertisée.

Les diarrhées continueraient à avoir lieu 4 à 5 fois par jour selon l'expertisée, ainsi que les incontinences fécales si elle ne dispose pas immédiatement de toilettes à proximité.

Ce trouble peut avoir une incidence légère sur la capacité de travail de Madame Z._____. »

En outre, l'expert a relevé qu'une incapacité de travail de 50 % pouvait être attestée actuellement sur la base du diagnostic de fibromyalgie, ce depuis le 29 septembre 2014. Cette incapacité avait été totale pour les périodes correspondant à l'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques du 10 au 23 décembre 2010, ainsi qu'au trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique du 23 décembre 2010 au 26 septembre 2011 et du 21 juin 2013 au 29 septembre 2014. La réincorporation de l'assurée dans le monde du travail ne pouvait que favoriser une bonne évolution de son trouble

psychique de base, autant au niveau affectif, améliorant son auto-estime, qu'au niveau communicationnel, facilitant ses compétences relationnelles et son intégration sociale. Cette incorporation devrait être effectuée sur un mode progressif avec initialement une activité à 30 % avec un rendement de 50 %.

Par avis du 7 novembre 2016, la Dresse B._____ du SMR a relevé que l'assurée était connue pour un trouble dépressif récurrent variant entre des épisodes moyens et des rémissions, comme au jour de l'expertise. Le Dr S._____ retenait un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne avec syndrome somatique pour la période du 21 juin 2013 au 29 septembre 2014, diagnostic également retenu lors de l'avis du SMR du 1^{er} novembre 2011, lequel avait fixé la capacité de travail à 50 % dans toute activité. Le trouble dépressif était actuellement en rémission et les autres diagnostics retenus (fibromyalgie et fonctionnement cognitif altéré) avaient également déjà été discutés dans l'avis précité. La Dresse B._____ a conclu que la situation médicale de l'intéressée demeurait inchangée.

Par projet de décision du 10 novembre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de refuser une augmentation de la rente d'invalidité, au motif qu'il ressortait de l'examen de la situation que sa capacité de travail et de gain était toujours estimée à 50 % dans toute activité.

Le 18 novembre 2016, l'assurée a formulé des observations au projet précité, indiquant qu'elle s'était vue poser un implant afin de réguler ses diarrhées chroniques, sans effet important à ce jour. Il fallait qu'elle demeure près de toilettes. En outre, depuis novembre 2013, elle avait été hospitalisée deux fois à [...]. En annexe, elle a produit un compte-rendu du Service de chirurgie viscérale du L._____ faisant état d'une opération en ambulatoire le 9 juin 2016 consistant à repositionner un boîtier SNM (stimulation neuromédulaire).

Par avis médical du 6 décembre 2016, la Dresse B._____ du SMR a relevé que l'intervention en ambulatoire pour repositionner le boîtier SNM n'impliquait pas d'incapacité de travail durable, de sorte que les conclusions de l'avis du 7 novembre 2016 demeuraient inchangées.

Par décision du 8 décembre 2016, l'OAI a confirmé le refus de l'augmentation de la rente. Dans une lettre du même jour, il a expliqué que l'assurée n'avait apporté aucun élément susceptible de modifier son point de vue.

C. Par acte du 23 janvier 2017, Z._____, alors non représentée, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} mai 2014. Elle a pour l'essentiel fait valoir que l'intimé n'avait pas pris en compte les différents rapports médicaux dont il ressortait qu'elle était totalement incapable de travailler, se référant à cet égard en particulier à un rapport établi par le Dr W._____ le 28 décembre 2016 qu'elle a produit. Dans ce rapport, ce médecin a attesté une incapacité totale de travail depuis au moins deux ans et à titre définitif, et a indiqué qu'elle souffrait actuellement d'un syndrome douloureux chronique - fibromyalgie, de diarrhées chroniques et d'incontinence fécale, avec une impossibilité de s'éloigner trop des toilettes et de gérer ses selles, d'un état dépressif chronique sévère, de troubles du sommeil chroniques, ainsi que de troubles cognitifs légers.

Par décision du 16 février 2017, la juge alors en charge de l'instruction a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 10 février 2017, soit l'exonération d'avances et des frais judiciaires, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri.

Le 14 mars 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il a produit avec son écriture un avis médical de la Dresse B._____ du SMR du 8 mars 2017, selon lequel les diagnostics annoncés par le Dr W._____ dans le rapport précité étaient semblables à ceux retenus dans son

rapport du 4 juin 2014 et avaient été discutés, voire avaient fait l'objet d'une expertise psychiatrique qui n'avait pas retenu ces diagnostics. En outre, la fibromyalgie s'accompagnait d'une cohorte de symptômes qui faisaient partie du tableau clinique. Le rapport du Dr W. _____ décrivait ainsi une situation clinique chronique connue qui ne permettait pas d'objectiver une aggravation.

Dans sa réplique du 5 avril 2017, la recourante, désormais représentée par Me Karim Hichri d'Inclusion Handicap, a modifié ses conclusions en ce sens qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2013 au 1^{er} février 2017 et, dès cette date, à une demi-rente. Elle s'est fondée sur le rapport du Dr V. _____ du 7 avril 2014, en expliquant que selon ce médecin, elle ne disposait plus de ressources adaptatives suffisantes pour continuer à exercer une activité lucrative. Elle a ajouté qu'elle présentait de nouveaux troubles, à savoir des douleurs abdominales intenses accompagnées de diarrhées, une vessie irritable et une incontinence urinaire. A cet égard, elle a souligné, en se référant au rapport du Dr W. _____ du 28 décembre 2016, que l'incontinence fécale influait de manière négative sur son état de santé psychiatrique déjà fragile, ce que même l'expert admettait dans son rapport du 26 septembre 2016. La recourante a également critiqué l'appréciation de la Dresse B. _____ du SMR, soutenant que celle-ci n'avait aucune compétence en matière de psychiatrie et que des faits nouveaux avaient été relevés. Dans un dernier moyen, elle a fait valoir que selon l'expert, sa capacité de travail était nulle pour la période du 21 juin 2013 au 29 septembre 2014. Dès lors que cet avis recoupait en partie ceux des Drs V. _____ et W. _____, lesquels estimaient toutefois que l'incapacité de travail était totale pour une durée illimitée, et que l'expert avait noté qu'elle présentait un discours crédible sans magnification des symptômes ou intentionnalité de simulation, il n'y avait aucune raison de mettre en doute la péjoration de son état et l'incapacité totale de travail en découlant. Avec son écriture, la recourante a produit un rapport du 22 juin 2015 du Dr R. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au C. _____, qui retenait un trouble cognitif léger qui s'avérait stable, voire en amélioration depuis le dernier examen effectué en mai 2014. La

recourante a également annexé un rapport du 31 octobre 2016 du Prof. F._____, spécialiste en chirurgie viscérale au L._____, lequel indiquait que le stimulateur fonctionnait très bien et qu'il n'y avait plus de fuite d'incontinence mise à part deux fois depuis le mois d'août 2016. L'urgence avait diminué et la patiente pouvait retenir ses selles plus de dix minutes avant de devoir aller aux toilettes.

En duplique, le 8 mai 2017, l'OAI a maintenu sa position.

Le 15 janvier 2018, Me Hichri a renoncé à déposer une liste de ses opérations.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 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) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes de Noël (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre les décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente d'un taux supérieur, singulièrement sur la question de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre les décisions des 30 juillet et 15 octobre 2012 qui lui ont reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} octobre 2011 – savoir les dernières décisions entrées en force qui reposent sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse.

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 une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins à une demi-rente, un taux de 60 % au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c).

c) 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).

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, 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 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

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 confrère 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).

4. a) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

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

Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances propre à influencer le taux d'invalidité peut donner lieu à une révision de la rente. 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 et 130 V 343 consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes

échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

b) Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

En vertu de l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable ; l'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie.

S'agissant des effets d'une modification du droit aux prestations par voie de révision, l'art. 88bis al. 1 let. a RAI précise que l'augmentation de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet, au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée. L'art. 88a RAI a la priorité sur l'art. 88bis al. 1 RAI en ce sens qu'une augmentation de la rente ne peut intervenir avant l'écoulement de la période de trois mois même si la révision est demandée par l'assuré. Cela signifie que la rente ne peut être augmentée depuis le mois de la demande que si le délai prévu à l'art. 88a RAI était déjà écoulé à ce

moment-là (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Schulthess 2011, p. 842 n° 3107).

5. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1, 127 V 294 consid. 4c in fine et 102 V 165 ; Pratique VSI 5/2001 p. 223 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 et 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1) et la fibromyalgie (ATF 132 V 65).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la

jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2).

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles

doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés (consid. 4.4 de l'arrêt cité). Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

b) Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (TF 8C_130/2017 et 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 destinés à publication aux ATF). Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à cette procédure lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou qu'elle ne convient pas. Elle est superflue lorsqu'une incapacité de travail peut être niée de manière motivée et compréhensible sur la base de rapports médicaux probants émanant de spécialistes, et que

d'éventuelles appréciations médicales contradictoires peuvent être écartées faute de qualifications médicales suffisantes de leurs auteurs ou pour d'autres motifs (TF 8C_130/2017 consid. 7.1 et 8C_841/2016 consid. 4.5.3).

6. En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la demande du 4 décembre 2013 de la recourante tendant à la révision de sa demi-rente d'invalidité. Celle-ci soutient que son état s'est péjoré et qu'elle devrait dès lors être mise au bénéfice d'une rente entière. Il convient ainsi d'examiner si son degré d'invalidité a subi une modification significative entre les décisions des 30 juillet et 15 octobre 2012 – qui lui ont reconnu le droit à une demi-rente à compter du 1^{er} octobre 2011 – et la décision litigieuse du 8 décembre 2016.

a) Pour rendre les décisions des 30 juillet et 15 octobre 2012, l'OAI s'est notamment fondé sur le rapport du 1^{er} novembre 2011 du Dr G._____ du SMR, lequel retenait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, et une capacité de travail de 50 %.

b) Lors de la procédure de révision, la recourante a été examinée par le Dr S._____ dans le cadre d'une expertise psychiatrique mise en œuvre par l'OAI. Dans son rapport du 26 septembre 2016, ce spécialiste a posé les diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de fibromyalgie, de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, de dysthymie, de trouble cognitif léger, ainsi que d'incontinence des matières fécales. Quant aux diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, il a en particulier retenu ceux de vessie irritable et d'incontinence urinaire. Il a notamment constaté que la capacité de travail était nulle du 21 juin 2013 au 29 septembre 2014, et de 50 % à compter de cette date.

L'expertise psychiatrique remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une valeur probante. L'expert s'est en effet entretenu avec l'intéressée à deux reprises et a examiné l'entier du

dossier AI ainsi qu'un rapport du 23 juillet 2015 du Dr T._____, gastro-entérologue. Il a fait état de l'anamnèse de la recourante et décrit soigneusement les plaintes de cette dernière, notamment celles ayant trait à ses douleurs. En outre, il a répondu avec précision aux questions qui lui étaient posées. L'appréciation de la situation médicale est claire. Il ressort en particulier de l'expertise que l'assurée était totalement incapable de travailler en raison d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, depuis la fin de son second séjour à [...], le 21 juin 2013, jusqu'au 29 septembre 2014, date à laquelle le Dr V._____ a établi l'un de ses rapports. Dès cette date, le Dr S._____ a retenu une capacité de travail de 50 %, en exposant les raisons pour lesquelles il se distançait de l'avis émis par le V._____ dans le rapport précité, lequel retenait une capacité de travail nulle. En effet, l'expert a expliqué que le trouble dépressif récurrent était asymptomatique dans l'exploration psychopathologique. Pour lui, ce trouble était actuellement en rémission, ceci en raison de l'absence actuelle et dans les derniers mois de symptômes incontestablement dépressifs. Par ailleurs, l'expert psychiatre a tenu compte dans son appréciation du diagnostic de trouble cognitif léger, concluant que ce dernier pouvait avoir une incidence légère sur la capacité de travail de l'intéressée. En outre, il a examiné le diagnostic de fibromyalgie à l'aune des indicateurs résultant de l'ATF 141 V 281. Ainsi et en particulier, il a analysé la personnalité de l'assurée. De plus, la description de la vie quotidienne de l'intéressée avait révélé qu'elle sortait faire des courses légères, parfois aussi des petites promenades. Les achats lourds étaient effectués par son fils, qui habitait le même immeuble. Elle s'occupait de son propre ménage et se disait bien entourée. En novembre 2015, elle s'était rendue au [...] pour les obsèques de son frère. Selon l'expert, une magnification des symptômes ou une intentionnalité de simulation n'avaient pas eu lieu. Le Dr S._____ a aussi pris en considération l'impact de l'incontinence fécale de l'assurée sur sa capacité de travail, relevant qu'elle pouvait avoir une incidence légère. Il a expliqué que l'intéressée souffrait de diarrhées chroniques ayant lieu quatre à cinq fois par jour, ainsi que d'incontinences fécales si elle ne disposait pas immédiatement de toilettes à proximité. Enfin, il a également évoqué les

diagnostics de vessie irritable et d'incontinence urinaire, lesquels n'avaient toutefois aucune répercussion sur la capacité de travail. L'expert a donc tenu compte dans son appréciation de nombreuses atteintes de la recourante avant de conclure, de manière probante, à une capacité de travail nulle du 21 juin 2013 au 29 septembre 2014 et de 50 % dès cette date.

Pour le surplus, les diagnostics d'anxiété généralisée et de fonctionnement cognitif altéré - retenu par le Dr S._____ au titre de trouble cognitif léger - énumérés par le Dr V._____ dans son rapport du 7 avril 2014 avaient déjà été posés par ses soins dans celui du 26 septembre 2011. En particulier, dans ce dernier rapport, le Dr V._____ relevait que la patiente présentait un fonctionnement cognitif altéré avec ralentissement sévère sur le plan intentionnel, un dysfonctionnement exécutif et un déficit mnésique global sévère, ayant un effet sur la capacité de travail, laquelle était de 50 %. Partant, la recourante ne peut être suivie lorsqu'elle affirme qu'il s'agit là d'atteintes nouvelles totalement incapacitantes. A cela s'ajoute que lorsque l'expert psychiatre a examiné la situation de l'assurée, il avait connaissance du rapport du Dr V._____ du 7 avril 2014 dont elle se prévaut, selon lequel elle ne disposait plus de ressources adaptatives suffisantes pour continuer d'exercer une activité professionnelle, car l'aggravation persistante de ses troubles l'obligeait à mobiliser l'entier de ses ressources adaptatives pour faire face aux exigences de la vie quotidienne. Il ne s'agit dès lors pas d'un élément nouveau qui aurait été ignoré par le Dr S._____, respectivement par l'intimé, et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expertise ou en établir le caractère incomplet. Enfin, en tant que psychiatre traitant de la recourante depuis juin 2010, les constatations du Dr V._____, en particulier celles ayant trait à l'incapacité totale de travail de sa patiente, doivent être admises avec réserve (cf. consid. 3c supra).

Il en va de même de celles du Dr W._____, médecin généraliste traitant. Par ailleurs, on relèvera que dans son rapport du 4 juin 2014, ce médecin a indiqué que l'assurée présentait des troubles

gastro-intestinaux de longue date sous forme de diarrhées d'origine indéterminée. Il a ajouté qu'une coloscopie avait été effectuée en 2011, avec la précision « sp », cet examen s'étant ainsi révélé sans particularité. Quant à l'incontinence fécale, on peut lire que celle-ci est « résolue ». Pour le surplus, le Dr W. _____ a constaté que la patiente avait bénéficié de nombreuses investigations (avis cardiologique, CT scanner thoraco-abdomino-pelvien, évaluation neuropsychologique), mais que celles-ci restaient pour le moment dans la norme. S'agissant ensuite du rapport de ce médecin du 28 décembre 2016, faisant notamment état de diarrhées chroniques et d'incontinence fécale, il y a lieu de relever que ces troubles étaient déjà annoncés dans son précédent rapport susmentionné et ont été pris en considération par l'expert S. _____, lequel a retenu qu'ils pouvaient avoir une légère incidence sur la capacité de travail. Tel qu'exposé par la Dresse B. _____ du SMR dans son avis du 8 mars 2017, la fibromyalgie s'accompagne d'une cohorte de symptômes faisant partie du tableau clinique, tels des troubles digestifs fonctionnels. Par ailleurs, les troubles du sommeil mentionnés par le Dr W. _____ dans son rapport du 28 décembre 2016 ont également été pris en compte par l'expert, qui a fait état d'un sommeil léger, fragmenté et court, ainsi que de difficultés à l'endormissement. Enfin, le diagnostic d'état dépressif chronique sévère retenu par le Dr W. _____ dans le rapport précité ne saurait remettre en cause celui posé par l'expert, le Dr W. _____ n'étant pas spécialisé en psychiatrie.

Quant au rapport du 22 juin 2015 du Dr R. _____, il n'objective pas une aggravation de l'état de santé de l'assurée. En effet, il en ressort que le trouble cognitif léger est stable, voire en amélioration depuis le dernier examen en 2014 et qu'une maladie neurodégénérative paraît peu probable à ce stade.

Les observations faites par le Prof. F. _____ du L. _____ dans son rapport du 31 octobre 2016 ne permettent pas non plus de conclure à une péjoration de la situation de la recourante de nature à influencer sur son droit aux prestations. Ce spécialiste y a relevé le très bon fonctionnement du stimulateur, en précisant qu'il n'y avait plus de fuite

d'incontinence, mise à part deux fois depuis le mois d'août 2016. L'urgence avait diminué, ce qui avait nettement amélioré la qualité de vie de la patiente. Le Prof. F. _____ a conclu qu'elle semblait s'adapter à la douleur au niveau du boîtier du stimulateur et qu'il n'avait pas proposé d'intervention, ce que la patiente ne voulait d'ailleurs pas.

Enfin, l'avis médical du 7 novembre 2016 de la Dresse B. _____ du SMR n'est guère étayé s'agissant de ses critiques relatives à la conclusion de l'expert selon laquelle l'assurée a présenté une incapacité totale de travail du 21 juin 2013 au 29 septembre 2014. En effet, la Dresse B. _____ s'est limitée à mentionner que le diagnostic posé par l'expert pour cette période correspondait à celui retenu par l'avis SMR du 1^{er} novembre 2011, qui avait fixé la capacité de travail à 50 %. L'appréciation de la Dresse B. _____ n'est ainsi pas propre à remettre en cause celle de l'expert. Il y a donc lieu de retenir, pour la période précitée, une incapacité totale de travail. Pour le surplus, dans son avis médical du 8 mars 2017, la Dresse B. _____ a constaté, à l'instar de la Cour de céans, que les diagnostics posés par le Dr W. _____ dans son rapport du 28 décembre 2016 avaient été discutés, notamment par le Dr S. _____, et que le Dr [...] décrivait une situation clinique connue qui ne permettait pas d'objectiver une aggravation. Les critiques dirigées par la recourante contre la Dresse B. _____ ne sont pas pertinentes ici, dans la mesure où l'intéressée a été examinée par un spécialiste en psychiatrie dans le cadre d'une expertise indépendante qui est probante. On ajoutera que l'intimé pouvait légitimement s'appuyer sur l'avis de la Dresse B. _____ - hormis s'agissant de la période du 21 juin 2013 au 29 septembre 2014 - dans la mesure où les compétences dévolues au SMR consistent notamment à évaluer l'intégralité d'un dossier et à se prononcer sur les éléments mentionnés (art. 59 al. 2bis LAI ; ATF 136 V 376 consid. 4.1 ; TF 9C_904/2009 du 7 juin 2010 consid. 2.2 in SVR 2011 IV n° 2 p. 7 ; TF 9C_323/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4 in SVR 2009 IV n° 56 p. 174). Il ressort du registre des professions médicales (<https://www.medregom.admin.ch/FR>) que la Dresse B. _____ est médecin depuis 1998 et au bénéfice d'un titre postgrade de médecin praticien depuis 2016. Même si elle n'est pas spécialisée en psychiatrie, sa

formation et son expérience de médecin sont suffisantes pour lui permettre de mener à bien les tâches attribuées au SMR.

c) L'expertise du Dr S. _____ étant pleinement probante et les appréciations médicales contradictoires ayant été écartées, la mise en œuvre d'un complément d'expertise en rapport avec la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral concernant les maladies psychiatriques s'avère superflue (cf. consid. 5b supra).

d) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de constater que la recourante a présenté une incapacité totale de travail dans toute activité du 21 juin 2013 au 29 septembre 2014, ce qui lui permet de prétendre à une rente entière de l'assurance-invalidité. L'intéressée ayant déposé formellement sa demande de révision le 4 décembre 2013, l'augmentation de la rente doit prendre effet au 1^{er} décembre 2013 (art. 88a al. 2 et 88bis al. 1 let. a RAI ; cf. consid. 4b supra), jusqu'au 31 décembre 2014, soit trois mois après l'amélioration de son état de santé constatée en septembre 2014 (art. 88a al. 1 RAI ; cf. consid. 4b supra).

Dès le 30 septembre 2014, la capacité de travail de l'assurée était de 50 %. Ainsi, en dehors de la période susmentionnée, même si la recourante a subi une péjoration de son état de santé entre 2012 et 2016, celle-ci est sans influence sur la possibilité d'exercer une activité à 50 %, telle que retenue par l'OAI dans ses dernières décisions d'octroi de prestations des 30 juillet et 15 octobre 2012. Hormis la période précitée, l'intimé était donc fondé à constater que l'intéressée n'avait pas présenté d'aggravation de son état de santé de nature à influencer sur son droit aux prestations depuis lesdites décisions.

7. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2013 au 31 décembre 2014. Elle est confirmée pour le surplus.

b) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et être mis par 150 fr. à la charge de l'office intimé et par 250 fr. à celle de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI et art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais mis à sa charge sont provisoirement supportés par l'Etat.

La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens réduite, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'000 fr., portés à la charge de l'intimé (art. 55 al. 2 LPA-VD).

La recourante bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier ayant renoncé à déposer la liste de ses opérations, la Cour de céans statue en équité et fixe l'indemnité d'office à

1'566 fr., débours et TVA compris (1'450 fr. d'honoraires et débours, plus 116 fr. de TVA). Cette rémunération n'est que partiellement couverte par les dépens de 1000 fr. devant être acquittés par l'intimé, de sorte que le solde à hauteur de 566 fr. est provisoirement supporté par l'Etat.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 8 décembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que Z._____ a droit à une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2013 au 31 décembre 2014. Elle est confirmée pour le surplus.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis par 150 fr. (cent cinquante francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 250 fr. (deux cent cinquante francs) à la charge de l'Etat.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z._____ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.
- V. L'indemnité d'office de Me Karim Hichri, conseil de Z._____, est arrêtée à 566 fr. (cinq cent soixante-six francs), débours et TVA compris.
- VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 al. 1 CPC, applicable sur renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais de justice et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Karim Hichri (pour Z. _____)
- 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 :