

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 novembre 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Neu et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat, à Lausanne,

et

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

Art. 17 et 43 LPGA ; art. 88a et 88^{bis} RAI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] en 1963, est entrée en Suisse en 1972. Elle a notamment exercé des activités d'ouvrière dans l'industrie, puis d'aide de bureau à 100% avant d'être atteinte dans sa santé.

Elle a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 28 novembre 1996 en raison d'une « maladie rhumatismale ».

A l'issue de l'instruction de son dossier, l'OAI a pris en compte les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies et de sacro-iliite bilatérale accompagnés d'un épisode dépressif récurrent, lesquels entraînaient une incapacité de travail de 50% dans toutes activités dès le 19 novembre 1996. Il a mis l'assurée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50%, dès le 1^{er} novembre 1997 par décision du 30 janvier 1998.

B. Une révision d'office du droit à la rente, entamée le 19 janvier 2001, s'est soldée par le maintien du versement de la demi-rente d'invalidité selon communication de l'OAI du 5 novembre 2001.

L'assurée ayant annoncé une aggravation de son état de santé par courrier du 22 novembre 2001, l'OAI a mis en œuvre une expertise rhumatologique auprès de la Dresse C. _____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales. Cette dernière a communiqué son rapport le 2 décembre 2003 et indiqué que l'assurée souffrait d'une spondylarthrite ankylosante ou maladie de Bechterew. La capacité de travail était estimée à 50% dans toutes activités, dont l'activité habituelle d'aide de bureau.

L'OAI s'est rallié à ces conclusions tout en admettant une aggravation temporaire de l'état de santé de l'assurée entre octobre 2001 et juillet 2002 sur la base des indications fournies par le médecin traitant, le Dr H._____, spécialiste en médecine physique, réhabilitation et maladies rhumatismales. Par décision du 13 août 2004, il a en conséquence octroyé une rente entière d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 70%, du 1^{er} janvier 2002 au 31 octobre 2002 et maintenu le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2002.

C. En date du 10 janvier 2005, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Cette requête était motivée par la survenance de « rachialgies diffuses de jour comme de nuit » dans le cas d'une assurée « anxieuse et déprimée avec tous les points de fibromyalgie douloureux » (cf. rapports des 22 mars 2005 et 29 avril 2005 du Dr H._____).

L'OAI a diligenté un examen clinique bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), lequel a été réalisé le 13 octobre 2006 par les Drs D._____ et F._____, respectivement spécialiste en médecine interne et rhumatologie et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport corrélatif du 17 octobre 2006 a fait état des diagnostics de spondylarthrite ankylosante et de dysthymie, la capacité de travail exigible demeurant évaluée à 50% dans une activité adaptée ou d'aide de bureau.

Par décision du 5 février 2007, l'OAI a dès lors refusé d'augmenter la demi-rente d'invalidité allouée à l'assurée.

D. L'OAI a procédé à une révision d'office du droit à la rente de l'assurée à compter du 17 décembre 2010 et constaté le maintien d'une capacité résiduelle de travail de 50%. Il a en conséquence rendu une décision de refus d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée en date du 24 octobre 2011.

E. Une nouvelle procédure de révision d'office a été entamée par l'OAI le 6 mai 2013.

Le Dr H._____ a communiqué son rapport le 11 juin 2013, retenant les diagnostics de spondylarthrite séronégative, maladie de Bechterew, sacro-iliite bilatérale, fibromyalgie et trouble anxio-dépressif chronique. Il a relaté un état de santé stable « avec une légère aggravation ». La capacité de travail était à son avis de 50% dans une activité adaptée.

Par rapport du 18 novembre 2013, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne, a indiqué que l'assurée souffrait de bronchopneumopathie obstructive chronique (BPCO) en sus de dorsalgies chroniques et de fibromyalgie. Il a également conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée.

Le Dr H._____ a ultérieurement fait part d'une aggravation passagère de l'état de santé de sa patiente, ce qui avait entraîné une incapacité totale de travail entre le 30 janvier 2013 et le 10 mai 2013 (cf. certificat médical du 25 mars 2014).

Fondé sur ces éléments, l'OAI a rendu une décision le 1^{er} octobre 2014, accordant une rente entière d'invalidité à l'assurée pour la période limitée du 1^{er} mai 2013 au 31 août 2013 et reprenant le versement d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013.

F. Par pli du 4 avril 2016, le Dr H._____ s'est adressé à l'OAI, indiquant que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé durant l'année 2015, celle-ci souffrant de cervicalgies en relation avec d'importants troubles dégénératifs en plus de ses lombalgies, ainsi que de talalgies chroniques bilatérales. Il a précisé que les plaintes étaient davantage « en relation avec les pathologies inflammatoire et dégénérative qu'avec un trouble psychique ou de type fibromyalgie ».

Interrogée par l'OAI, la Dresse K._____, médecin généraliste, a fait part d'une « évolution défavorable au niveau rhumatismal, colonne cervicale : troubles dégénératifs » par rapport complété le 7 juillet 2016. Elle a signalé une « BPCO en péjoration sur tabagisme avec décompensation asthmatique », estimant que la capacité de travail de l'assurée était nulle. Était annexé un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale du 31 mars 2016.

A la demande de l'OAI, le Dr H._____ a fourni les documents d'imagerie recueillis dans le cas de l'assurée en 2014 et 2015, soit des rapports consécutifs à des IRM du rachis et des sacro-iliaques, ainsi que des vertèbres cervicales.

L'assurée a en outre adressé à l'OAI des certificats médicaux des 19 et 21 février 2015, établis par le Dr S._____, spécialiste en chirurgie. Ce dernier attestait d'une prise en charge en urgence pour une tendinite de l'épaule gauche entraînant des douleurs scapulaires.

Sur recommandation du Dr P._____ du SMR, un examen clinique rhumatologique a été mis en œuvre auprès de ce service et réalisé le 30 novembre 2016 par le Dr M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. Son rapport, daté du 8 décembre 2016, retient les diagnostics de spondylarthrite ankylosante, ainsi que de discopathie et arthrose des articulations postérieures, au titre des diagnostics avec incidence sur la capacité de travail. Le Dr M._____ a conclu à une capacité de travail résiduelle de 50% dans l'activité d'aide de bureau ou dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Par projet de décision du 6 mars 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de refuser d'augmenter sa rente d'invalidité, compte tenu du maintien d'une capacité de travail de 50% dans toutes activités adaptées selon les conclusions du spécialiste du SMR.

L'assurée a contesté ce projet par courrier daté du même jour, soulignant ses différents problèmes de santé somatiques. Elle a

subséquemment fourni des certificats établis les 23 juin 2017 et 1^{er} juillet 2017 par le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a mentionné la poursuite d'une psychothérapie cognitivo-comportementale et hypnotique en raison de la fibromyalgie affectant l'assurée. Il a précisé qu'elle avait consulté le Centre hospitalier N._____ entre le 15 et le 23 mai 2017 pour « symptomatologie dépressive », ce centre ayant posé le diagnostic d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Le Dr L._____ retenait pour sa part celui d'un trouble dépressif dû à une autre condition médicale, à savoir la fibromyalgie.

Sollicité pour avis, le Dr P._____ du SMR a indiqué le 6 juillet 2017 que ces certificats étaient insuffisamment étayés pour justifier de « s'écarter des constatations antérieures ».

L'OAI a en conséquence établi sa décision le 22 août 2017, refusant d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée selon les termes de son projet de décision du 6 mars 2017.

G. L'assurée, alors représenté par Asllan Karaj, a déféré la décision du 22 août 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 22 septembre 2017. Elle a conclu à son annulation et, principalement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, soit la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, compte tenu des douleurs au membre supérieur gauche et des diagnostics somatiques exposés par le Dr H._____. Elle a subsidiairement conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 27 novembre 2017 et en a proposé le rejet, faisant valoir que la situation de l'assurée n'avait pas connu de modification substantielle depuis sa précédente décision du 1^{er} octobre 2014.

Désormais assistée de Me Gilles-Antoine Hofstetter, l'assurée a répliqué le 17 octobre 2018. Elle a réitéré ses conclusions, en soulignant le

diagnostic de fibromyalgie évoqué dans son cas et les troubles psychiques mis en évidence par le Dr L._____.

L'OAI ne s'est pas déterminé plus avant.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales

(art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours formé le 22 septembre 2017 contre la décision de l'intimé du 22 août 2017 a été interjeté en temps utile. Les formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont été par ailleurs respectées. Le recours est en conséquence recevable de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Est litigieuse la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé dans une mesure susceptible de réduire sa capacité résiduelle de travail et de modifier le taux d'invalidité de 50% précédemment reconnu par l'intimé.

3. a) 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. Selon la jurisprudence, le point de départ temporel pour examiner une éventuelle modification du degré d'invalidité dans le contexte d'une procédure de révision est la dernière décision entrée en force qui se fonde sur un examen matériel du droit avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5).

La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif justifiant le réexamen du droit à la rente réside

uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065, p. 833).

b) Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, 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.

c) Est déterminante en l'espèce la période débutant à partir de la précédente décision au fond rendue par l'intimé, datée du 1^{er} octobre 2014. Par cette décision, ce dernier avait maintenu le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2013 après avoir reconnu le droit à une rente entière pour la période limitée du 1^{er} mai 2013 au 31 août 2013. Il convient ainsi de déterminer si une modification substantielle de l'état de santé de la recourante s'est produite à compter du 1^{er} octobre 2014.

4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

5. a) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas

échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF [Tribunal fédéral] 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées).

De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient 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 réf. citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C_407/2014 précité et 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc).

6. En l'espèce, la recourante a annoncé une aggravation de son état de santé somatique durant l'année 2015 par l'intermédiaire du Dr H. _____ le 4 avril 2016. Etaient mentionnées, en plus des lombalgies et des cervicalgies (précédemment connues de l'administration), des talalgies chroniques bilatérales.

a) Ont été versés au dossier les rapports d'IRM du rachis et des sacro-iliaques du 27 janvier 2014, du pied gauche du 2 novembre 2015 et des cervicales du 31 mars 2016.

Le premier rapport précité fait état des conclusions suivantes :

« Enthésopathies corporéales modérément inflammatoires en D10 et L5 et plusieurs enthésopathies corporéales graisseuses séquellaires du rachis dorsal.

Inflammation articulaire postérieure étagée de L3-L4 à L5-S1 associée à une inflammation interépineuse L1-L2 et L4-L5.

Sacro-iliite droite inflammatoire très importante avec de multiples érosions osseuses inflammatoires.

Multiplés érosions osseuses de l'articulation sacro-iliaque gauche d'aspect inflammatoire avec petit œdème osseux [...] ».

Le second rapport retient les éléments suivants :

« Fasciite plantaire. Stress insertionnel chronique du jambier postérieur associé à un stress sur le ligament calcanéo-scaphoïdien. Stress insertionnel du jambier antérieur. Image douteuse sur le 5^{ème} orteil. »

Quant au rapport d'imagerie cervicale, il relate les conclusions ci-après :

« Discarthrose et arthrose interfacettaire pluriétagées. Etranglement canalaire relative en C4-C5 d'origine dégénérative. Etranglement canalaire absolue d'origine dégénérative C5-C6 et C6-C7. Rétrécissement foraminaux pluriétagés d'origine dégénérative (C2-C3 droit, C4-C5 bilatéral à prédominance droite, C5-C6 droit prononcé, C6-C7 gauche). Pas d'argument en faveur d'une atteinte rhumatismale inflammatoire ».

b) Dans ce contexte, l'intimé a décidé de diligenter un examen clinique rhumatologique au SMR, réalisé par le Dr M. _____ le 30 novembre 2016. Ce spécialiste a retenu les diagnostics suivants à l'issue de son rapport du 8 décembre 2016 :

« Diagnostic principal :
Spondylarthrite ankylosante (M54.5).

Diagnostics associés :
Discopathie et arthrose des articulations postérieures, prédominant en C4-C5, C5-C6, C6-C7, L4-L5 (M50.3, M51.3, M47.8).

Sans répercussion sur la capacité de travail :
Probable fibromyalgie (M79.0)
Arthrose débutante du pied gauche. »

Le Dr M. _____ a fait part de son analyse du cas en ces termes :

« [...] Les douleurs présentées actuellement par l'assurée ne sont pas spécifiques. Il y a une intrication entre des douleurs de type

inflammatoire, des douleurs mécaniques en rapport avec une atteinte dégénérative et des douleurs sans substrat organique de type fibromyalgie. Les douleurs inflammatoires ne sont pas au 1^{er} plan. En effet, l'assurée signale une diminution des douleurs au repos, ce qui correspond plutôt à une origine dégénérative aux douleurs dans un contexte d'abaissement du seuil à la douleur. A noter que, lors de l'examen de ce jour, la présence de 9 points douloureux sur 18 est au-dessous du seuil diagnostique d'une fibromyalgie. Toutefois, les douleurs de fibromyalgie fluctuent au cours du temps, de sorte que ce diagnostic ne peut pas être exclu.

[...]

En comparant l'examen clinique de ce jour par rapport à celui de l'expertise médicale de la Dresse C. _____ de 2003, on constate une amélioration de la mobilité cervicale, une flexion lombaire stable, une ampliation thoracique stable. Les points douloureux de fibromyalgie ont diminué.

Par rapport à l'examen rhumatologique du Dr D. _____ de 2006, l'accroupissement s'est amélioré, les amplitudes cervicales ont augmenté de même que les inclinaisons latérales.

Nous ne constatons pas d'aggravation significative de l'état de santé. Au contraire, on relève une légère amélioration dans le cadre de douleurs moins diffuses.

[...]

L'examen clinique de ce jour met en évidence quelques incohérences reflétant une participation partielle de l'assurée à l'examen : la discordance entre la DDS [réf. : distance doigts-sol] et la DDO [réf. : distance doigts-orteils], la fluctuation des douleurs au cours de l'examen, les fluctuations de la boiterie qui est moins marquée en fin d'examen qu'en début d'examen.

L'assurée annonce des difficultés pour la marche alors qu'elle signale se promener régulièrement en ville avec ses copines. Elle exagère l'importance des douleurs en les évaluant parfois à 20/10. Elle sous évalue ses capacités physiques en déclarant tolérer la position assise au maximum pendant 5 minutes alors qu'elle maintient cette position pendant les 50 minutes de l'entretien sans manifester un inconfort. Ces éléments évoquent un comportement douloureux qui ne s'explique pas par une atteinte ostéoarticulaire.

Malgré les douleurs alléguées par l'assurée, elle garde de bonnes ressources physiques. Elle assume en grande partie seule le ménage pour elle et son frère. Elle garde un bon réseau d'amies avec lesquelles elle entretient des contacts réguliers. Elle conduit la voiture de son frère. Chaque été, elle passe des vacances [...].

Concernant les atteintes dégénératives objectivées sur les bilans radiologiques, elles ne sont pas corrélées avec une aggravation de l'état de santé objectivable lors de l'examen clinique. Des signes dégénératifs étaient déjà objectivés sur le Ct scan lombaire du 18.06.1996. Dans l'expertise du 13.10.2006, le Dr D. _____ décrit des signes dégénératifs sur les radiographies de la colonne cervicale du 12.11.2001, 14.03.2005. Au vu de l'examen clinique rassurant de ce jour, du maintien de bonnes ressources physiques, il n'y a pas eu d'aggravation significative de l'état de santé. Les limitations fonctionnelles mentionnées par le Dr D. _____ par l'examen clinique rhumatologique de 2006 sont toujours d'actualité avec même une meilleure tolérance actuellement pour la position assise. Les limitations fonctionnelles en rapport avec la spondylarthrite ankylosante permettent également de ménager les articulations

présentant des signes d'atteinte dégénérative. Dans l'activité d'aide de bureau, activité peu physique, la capacité de travail reste à 50 %.
[...]

Limitations fonctionnelles

Position assise limitée à 1 heure, position debout limitée à 15 minutes, port de charges répétitif au-delà de 5 kg, postures en porte-à-faux du rachis, mouvements répétitifs ou postures statiques du rachis.

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

Dans l'activité d'aide de bureau, il y a une incapacité de travail de 50% depuis novembre 1996. Dans l'activité d'ouvrière, la capacité de travail est nulle (cf. examen clinique rhumatologique du Dr D. _____ de 2006).

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

L'incapacité de travail est restée stable sur le plan ostéoarticulaire. Il n'y a pas d'aggravation durable de l'état de santé.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique du rachis dans le cadre d'une spondylarthropathie ankylosante insuffisamment traitée et d'une atteinte dégénérative rachidienne. Les signes de fasciite plantaire, de surcharge tendineuse, objectivés sur l'IRM du pied gauche du 02.11.2015, n'ont pas de traduction clinique lors de l'examen de ce jour. [...] »

c) Il convient de constater que le rapport du Dr M. _____ remplit l'ensemble des réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder pleine valeur probante. Ce document est en effet le fruit d'une analyse approfondie du cas, en ce qu'il fait état des plaintes exprimées par la recourante, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, ce rapport contient une appréciation claire de la situation, une discussion très étayée des diagnostics retenus après confrontation des éléments relatés par les différents médecins traitants et des documents d'imagerie. Il fournit par ailleurs des explications convaincantes sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, en comparant les pièces médicales antérieures au 1^{er} octobre 2014 avec celles obtenues depuis lors. On ne voit au demeurant pas d'éléments médicaux, versés postérieurement au dossier de la recourante, qui viendraient mettre en évidence des éléments non investigués par le Dr M. _____. A cet égard, la recourante a certes produit des certificats établis par le Dr S. _____ en 2015 relativement à des omalgies et une tendinite de l'épaule gauche. Cela étant, il ressort de ces documents que la recourante a consulté pour des douleurs ponctuelles

de l'épaule et a reçu le traitement adéquat. On relève d'ailleurs que ni le Dr H._____, ni la Dresse K._____ ne sont revenus sur cette problématique à l'issue de leurs rapports respectifs des 4 avril 2016, 29 avril 2016 et 7 juillet 2016.

On peut ainsi considérer du point de vue somatique que le Dr M._____ a communiqué des conclusions médicales actualisées, minutieusement motivées et exemptes de contradictions, auxquelles il y a lieu de conférer pleine valeur probante. Dès lors, on peut déduire que l'état de santé somatique de la recourante ne s'est pas modifié de manière substantielle depuis le 1^{er} octobre 2014, ce qui exclut la réalisation d'un motif de révision de son droit à la rente de ce point de vue.

7. Quant au registre psychique, divers diagnostics ont été évoqués par les médecins de la recourante depuis le dépôt de sa première demande de prestations AI, à savoir notamment ceux de fibromyalgie, de somatisation, d'épisode, d'état ou de trouble dépressif, ainsi que de syndrome ou de trouble anxio-dépressif.

a) La recourante a fait l'objet d'investigations approfondies à cet égard par le Dr F._____ à l'occasion de l'examen bidisciplinaire mis en œuvre au SMR le 13 octobre 2006. Les spécialistes du SMR, retenant le diagnostic psychiatrique de « trouble de l'humeur sous forme de dysthymie », avaient communiqué leur appréciation consensuelle du cas comme suit dans leur rapport du 17 octobre 2006 :

« [...] Sur le plan psychiatrique, [...] l'assurée ne présente pas de personnalité pathologique au sens des critères de la CIM-10.

Elle consulte un psychiatre une première fois à l'âge de 25 ans, en raison d'un trouble panique apparu [...] pendant ses vacances. Après deux mois de traitement, la symptomatologie s'amende progressivement. Cette période n'a pas été à l'origine d'une incapacité de travail.

En 1996, elle consulte un psychiatre [...] pendant plusieurs mois en raison de l'annonce du diagnostic de maladie de Bechterew et du fait qu'elle estimait ne pas arriver à être heureuse dans la vie. Aucun traitement psychotrope n'aurait été prescrit et l'assurée estime que cette prise en soins ne l'aidait pas, raison pour laquelle elle arrête après quelques mois. Nous n'avons pas de document médical objectivant son état à cette époque.

Mme B. _____ n'a pas reconsulté de psychiatre depuis, et il n'y a pas eu de prescription de médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques, somnifères).

La période autour du décès de sa mère (août 2006) n'a pas été à l'origine de l'apparition de symptomatologie anxio-dépressive allant au-delà d'un processus de deuil normal.

Actuellement, Mme B. _____ souffre d'une dysthymie : pleurs fréquents, ruminations sur le passé, elle parle moins que d'habitude [...]; elle ne présente pas de réduction de l'énergie d'origine psychique et la diminution de l'activité quotidienne est le reflet de la limitation physique due aux douleurs. Les réveils nocturnes sont également occasionnés par les douleurs et ne sont pas la conséquence d'un état dépressif. L'assurée ne présente pas de perte de confiance en elle ; elle dit avoir eu peu confiance en elle depuis l'enfance et il n'y a pas d'indice en faveur d'une accentuation récente. Au cours de l'examen au SMR, nous n'avons pas objectivé de troubles de la concentration, dans la mesure où elle a été à même de comprendre et de répondre de manière précise, sans hésitations ou de temps de latence anormal, et ceci pendant toute la durée de l'entretien (critères 1, 2, 3 et 4 non vérifiés). Elle ne présente pas de perte de l'intérêt pour les activités agréables (intérêt pour la vie sexuelle conservé) et elle n'exprime pas de sentiments de désespoir (elle estime qu'à l'avenir, ses douleurs diminueront grâce à des technologies nouvelles). Les difficultés à faire face aux tâches du quotidien sont dues aux limitations physiques comme nous l'avons vu ci-dessus (critères 6, 7 et 8 non vérifiés). Enfin, Mme B. _____ voit fréquemment ses amis et son ami : il n'y a pas de retrait social (critère 10 non vérifié). Par ailleurs, au cours de l'examen au SMR, nous n'avons pas mis en évidence de troubles formels de la mémoire à court ou à long terme ; les oublis qu'elle mentionne sont banals et non incapacitants.
[...]

Mme B. _____ présente donc un trouble de l'humeur sous la forme d'une dysthymie, dont la symptomatologie est légère et non incapacitante. L'absence d'hospitalisation en milieu psychiatrique, l'absence de suivi ambulatoire auprès d'un psychiatre et l'absence de traitement psychotrope parlent contre la présence d'un état grave. Dans l'expertise médicale du 11.11.2003, la Dresse C. _____ ne relève pas de symptomatologie psychiatrique. Dans le rapport médical AI du 26.03.2002, le Dr H. _____ fait état de la présence d'un « syndrome dépressif ». Il n'est pas étayé ni quantifié et l'anamnèse ne permet pas de vérifier ses dires. Dans le rapport médical AI du 29.04.2005, le Dr H. _____ mentionne l'aggravation de l'état psychique de sa patiente. Cette dernière lui semble anxieuse et déprimée mais aucune symptomatologie psychiatrique n'est détaillée. Il n'est pas fait mention de la prescription d'un traitement psychotrope (antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) ni d'une telle proposition. Pour ces raisons, nous nous écartons des rapports médicaux AI précités.

Mme B. _____ présente des douleurs qui, malgré la présence d'une maladie de Bechterew, n'explique pas entièrement l'ampleur des plaintes qu'elle a. Ces douleurs sont permanentes et intenses et elles constituent sa préoccupation essentielle. Ceci étant, elles ne s'accompagnent pas d'un sentiment de détresse, dans la mesure où l'assurée n'a pas le sentiment d'être abandonnée dans son malheur (bien qu'elle soit déçue des soins médicaux, elle exprime le fait qu'elle reste optimiste par rapport à une diminution des douleurs

dans le futur et elle pense qu'un jour, celles-ci disparaîtront grâce à des technologies médicales nouvelles). En raison de l'absence du critère important de détresse psychique, nous n'avons pas posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. [...] »

Depuis l'évaluation du SMR citée ci-dessus, la situation psychique de la recourante n'a plus fait l'objet d'analyse spécifique dans la mesure où elle ne s'est prévaluée d'aucune modification, ni d'aucun élément nouveau de ce registre.

b) Cela étant, au stade de la procédure d'audition consécutive au projet de décision du 6 mars 2017, la recourante a adressé à l'intimé deux certificats établis par le Dr L. _____ les 23 juin 2017 et 1^{er} juillet 2017, dont la teneur est la suivante :

« J'atteste que la personne précitée suit un traitement médical et une psychothérapie, pour sa fibromyalgie.

Traitement médical :

Cymbalta 30 mg 1 cpr x 2 (8.00 - 12.00), après les repas

Lyrica caps 76 mg 2 cpr (21.00)

en cas d'anxiété, selon les besoins, répétable

Xanax 0.25 mg 1/2 cpr

si insomnie ou réveils nocturnes fréquents, répétable

Halcion 0,25 mg 1/2 cpr

Psychothérapie :

psychothérapie cognitivo-comportementale

psychothérapie hypnotique.

[...]

Elle a consulté le Service de psychiatrie de liaison du Centre hospitalier N. _____ le 15.05.17 et jusqu'au 23.05.17, pour symptomatologie dépressive.

Le diagnostic principal a été :

Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (ICD-10 / F32.3).

Je suis d'accord avec le diagnostic de mon collègue, mais je pense qu'il doit être connecté à la fibromyalgie : Trouble dépressif dû à une autre condition médicale (fibromyalgie) 293.83 (F 06.31).

Avec des caractéristiques dépressives. »

Si ces pièces sont manifestement insuffisantes pour statuer sur une modification durable de l'état de santé psychique de la recourante, on ne saurait purement et simplement les écarter selon l'avis du Dr P. _____ du SMR du 6 juillet 2017. Il ressort en effet des déclarations du Dr L. _____ que la recourante a entrepris une psychothérapie dans le contexte d'un trouble dépressif ou d'un état

dépressif qualifié de « sévère » au sein du Centre hospitalier N._____, tandis qu'elle bénéficie également d'un traitement antidépresseur. Une telle prise en charge constitue un indice parlant en faveur d'un certain degré de gravité des atteintes à la santé psychique, ainsi que le relevait d'ailleurs a contrario le Dr F._____ à l'occasion de l'examen clinique au SMR du 13 octobre 2006 (cf. rapport d'examen bidisciplinaire du 17 octobre 2006, p. 9).

Cela étant, on ignore à ce stade si les diagnostics envisagés par _____ le Dr L._____ ont pu être confirmés et si sa prise en charge a perduré. Ce spécialiste n'ayant pas été interrogé par l'intimé avant l'établissement de la décision querellée, il n'est pas possible de déterminer si une aggravation de l'état de santé psychique est avérée, si le cas échéant, elle revêt un caractère durable et quels en sont les impacts en termes de capacité de travail et de limitations fonctionnelles.

8. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante,

l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^{ème} éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

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

c) En l'espèce, il apparaît qu'au stade de la procédure d'audition, l'intimé était dûment informé de la prise en charge spécialisée dont la recourante fait l'objet depuis mai 2017 sur le plan psychiatrique. Il lui appartenait dès lors de questionner plus avant le psychiatre traitant de la recourante, étant rappelé qu'il était entré en matière sur la demande de révision formulée pour le compte de la recourante le 4 avril 2016. Il lui incombait de solliciter un rapport médical étayé du Dr L._____, afin de déterminer si une modification substantielle de l'état de santé psychique de la recourante était ou non réalisée. Il aurait également été judicieux de s'enquérir plus avant auprès du Centre hospitalier N._____ eu égard aux circonstances entourant le suivi effectué du 15 au 23 mai 2017 et quant aux diagnostics finalement retenus.

En l'état, il s'impose de faire procéder à un complément d'instruction du volet psychiatrique du dossier, l'intimé devant solliciter des rapports auprès du Centre hospitalier N._____ et du Dr L._____ avant de statuer sur une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante. Cas échéant, il y aurait également lieu de requérir une évaluation spécialisée de la situation, en particulier en cas de fibromyalgie ou de trouble dépressif avérés (cf. jurisprudence récente en lien avec

l'examen de la capacité de travail en cas de trouble somatoforme douloureux ou de trouble dépressif : ATF 141 V 281 et 143 V 418).

9. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.

a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés in casu à 1'200 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision, rendue le 22 août 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, à Lausanne (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :