

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 janvier 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
Mme Dessaux, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par PROCAP, Service juridique, à
Bienne,

et

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

Art. 17, 43 LPGA ; art. 28 LAI.

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1972, est mariée et mère de deux enfants. Sans formation professionnelle, elle a exercé diverses activités lucratives à des taux variables en qualité de serveuse, caissière, blanchisseuse et femme de ménage jusqu'en 1997 avant d'émarger à l'assurance-chômage.

Atteinte dans sa santé, elle a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité par dépôt du formulaire ad hoc le 9 juillet 1999 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

Le médecin généraliste traitant de l'assurée, le Dr C. _____, a complété un rapport à l'attention de l'OAI le 21 juillet 1999, retenant les diagnostics d'une sévère endométriose accompagnée de douleurs abdominales chroniques et d'un état dépressif réactionnel secondaire. Etaient annexés les rapports médicaux attestant des diverses prises en charge hospitalières nécessitées par l'endométriose.

Le Dr E. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué le 3 novembre 2000 que sa patiente présentait un état dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique et une personnalité à traits dépendants. Un traitement antidépresseur avait été instauré dès 1999. Ce spécialiste n'était toutefois pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail.

Une enquête économique, réalisée au domicile de l'assurée le 18 juin 2001, a conclu à des empêchements de 22,5 % dans l'accomplissement des tâches ménagères. L'assurée revêtait un statut mixte, puisqu'elle se serait consacrée à 70 % à l'exercice d'une activité lucrative si elle avait été en bonne santé.

L'OAI a diligenté un examen clinique de l'assurée, effectué le 5 décembre 2002, au sein du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), par les Dre D._____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, et Y._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport correspondant, rédigé le 13 décembre 2002, a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique, personnalité émotionnellement labile de type borderline, aversion sexuelle et absence de plaisir sexuel, ainsi que des difficultés liées à de possibles sévices sexuels dans l'enfance. La capacité de travail était restreinte à 50 % pour des raisons psychiatriques (fatigue, tristesse, troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration d'intensité légère, troubles du sommeil) depuis 1999. Les spécialistes du SMR ont communiqué leur appréciation du cas en ces termes :

« L'assurée est une femme instable, immature, dépendante de son entourage avec peu de moyen d'introspection et incapable de se remettre en question. Dévalorisée, avec une carence affective importante, la vie de l'assurée est marquée par la maltraitance physique et les abus sexuels subis pendant l'enfance, ce qui explique l'aversion sexuelle et l'absence de plaisir sexuel de longue date. L'assurée présente également une instabilité émotionnelle, un vide affectif et une tendance à s'engager dans des relations instables où elle perd rapidement la notion de limite et de mesure. Blessée physiquement et psychologiquement, elle se positionne dans un rôle de victime passive, subissant les événements qu'elle n'arrive plus à contrôler.

Depuis 1996, confrontée à la maladie somatique accompagnée de plusieurs interventions chirurgicales, l'assurée développe progressivement un état dépressif à bas bruits qui se péjore en 1999 et nécessite une prise en charge psychiatrique ambulatoire accompagnée d'un traitement médicamenteux antidépresseur. Le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme psychotique diagnostiqué par le Dr E._____ dans le rapport médical du 03.11.00, s'est nettement amélioré. L'examen clinique psychiatrique n'a pas mis en évidence de symptômes florides de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure, ni de symptômes de la lignée psychotique, ni d'angoisse, ni de phobie. La thymie de l'assurée est dépressive avec au 1^{er} plan une très importante fatigabilité ainsi que de troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire, d'intensité légère.

Sur la base de notre observation clinique, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, l'épisode actuel est léger, avec syndrome somatique greffé sur un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline qui explique la fragilité psychologique de l'assurée et ses difficultés à avoir une vie socioprofessionnelle normale.

Les troubles psychiques chroniques correspondent à une atteinte durable à la santé et justifient une incapacité de travail à 50 %. A notre avis, la capacité de travail serait susceptible d'être améliorée

par une prise en charge psychiatrique ambulatoire. Une réadaptation professionnelle n'est pas envisageable. [...] »

Par rapport du 7 décembre 2002, le Dr G._____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, a relaté que sa patiente ne souffrait d'aucun diagnostic incapacitant sur le plan somatique.

Fondé sur les conclusions du rapport d'examen du SMR, l'OAI a déterminé le préjudice économique de l'assurée dans la sphère d'activité lucrative par comparaison des revenus, mettant à jour un degré d'invalidité de 35,73 %. Compte tenu d'un statut de personne active à 70 % et des empêchements ménagers fixés à 22,5 %, le degré d'invalidité global de l'assurée s'élevait à 31,9 %.

Par décision du 24 novembre 2003, l'OAI a prononcé un refus de rente d'invalidité.

Dans le cadre de la procédure d'opposition intentée par l'assurée, assistée de PROCAP, Service juridique, l'OAI a requis un rapport du Dr C._____, lequel a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique abdominal sur sévère endométriose et d'état dépressif chronique le 10 septembre 2004. Les douleurs abdominales étaient susceptibles d'être causées également par une colopathie spastique. La capacité de travail de l'assurée était affectée au-delà de quelques heures en position debout. Des migraines demeuraient en revanche sans impact sur dite capacité.

L'OAI a au surplus considéré que l'assurée revêtait un statut d'active à plein temps dès septembre 2002 suite à la séparation d'avec son conjoint.

Statuant sur opposition de l'assurée le 14 janvier 2005, l'OAI a en définitive retenu un degré d'invalidité global de 32 % jusqu'au 31 août 2002, lequel était majoré à 55 % dès le 1^{er} septembre 2002, en application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Le droit à un quart de rente d'invalidité était reconnu dès le 1^{er} janvier 2003, puis à une demi-

rente dès le 1^{er} avril 2003. La décision sur opposition du 14 janvier 2005 est entrée en force.

B. En février 2007, l'OAI a entamé une procédure de révision d'office du droit à la rente de l'assurée.

Dans ce contexte, le Dr F._____, médecin généraliste, a signalé le 22 mars 2007 que l'assurée souffrait d'un status après multiples laparoscopies pour endométriose et adhérences et de migraines cataméniales et ordinaires très sévères. Un état dépressif chronique était relevé au titre des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Ce médecin précisait que l'assurée avait été hospitalisée six fois depuis 2006 pour des épisodes de subocclusion intestinale. Elle bénéficiait par ailleurs d'un suivi spécialisé pour l'état dépressif et d'un traitement antidépresseur. Une activité de 50 % en qualité d'auxiliaire de santé, selon le vœu de l'assurée, paraissait être le « maximum réalisable ».

Par projet de décision du 15 juillet 2008, repris dans une décision du 23 septembre 2008, l'OAI a refusé d'augmenter la demi-rente d'invalidité servie à l'assurée, retenant un taux d'invalidité inchangé de 55 %.

C. L'OAI a initié une nouvelle procédure de révision d'office du droit à la rente de l'assurée dès janvier 2014.

A réception du compte individuel de l'assurée, il est apparu que celle-ci avait déployé des activités lucratives salariées auprès de plusieurs employeurs à temps partiel (environ 40 %) en qualité de femme de ménage et de vendeuse ou caissière. Elle revêtait également un statut d'indépendante depuis 2010.

Le Dr F._____ a indiqué, dans un rapport du 17 mars 2014, que l'assurée présentait des céphalées sur migraines récidivantes, des douleurs du bas abdomen, des problèmes oto-rhino-laryngologiques de type otites à répétition et surdité partielle, des diarrhées récidivantes et

douleurs abdominales de type côlon irritable probable. Sa capacité de travail était très faible dans une activité occupationnelle, avec de fréquentes absences et un rendement diminué. Le pronostic était sans espoir d'amélioration à moyen ou long terme.

Par rapport du 19 mars 2014, le Dr H._____, médecin généraliste, a relaté que sa patiente souffrait de crises d'angoisse et d'irrégularité du transit intestinal, ainsi que d'endométriose et de migraines. L'état de santé demeurait stationnaire et une capacité de travail était envisageable à environ 40 %.

Convoquée à un entretien auprès de l'OAI le 28 août 2014, l'assurée a confirmé avoir exercé plusieurs activités salariées en qualité de caissière, vendeuse, employée de ménage et concierge d'immeubles. Elle a en outre exposé avoir créé son entreprise individuelle R._____, laquelle s'apparentait à un collectif d'entraide non rémunérée. Elle qualifiait son état de santé de stationnaire, en dépit de fluctuations sur le plan psychique et d'un kyste apparu au genou gauche.

Le 16 septembre 2014, le Dr H._____ a transmis à l'OAI un tirage des rapports d'examen spécialisés réalisés auprès de l'assurée. Un rapport du Dr J._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, du 23 janvier 2013 faisait état d'une légère hypoacousie de perception bilatérale sur les hautes fréquences, de dysfonction tubaire bilatérale, de rhinite et tabagisme chroniques. Un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche du 11 août 2014 concluait à une chondropathie fémoro-patellaire significative de grade II prédominant sur le compartiment interne et externe, associée à un foyer d'œdème osseux sous-chondral, ainsi qu'à un petit kyste poplité interne sans épanchement intra-articulaire.

Sollicité par l'OAI, le Centre de Psychiatrie [...] a signalé le 5 mai 2015 que l'assurée n'était plus suivie au sein de leur unité ambulatoire depuis 2010. Le 5 février 2016, ce centre a été en mesure de compléter un rapport suite à deux consultations de l'assurée et a attesté

d'un état de santé stationnaire compte tenu d'un état dépressif en lien avec l'état somatique (endométriose, migraines). Il a précisé que l'assurée présentait des angoisses anticipatoires et des ruminations autour de ses problèmes somatiques.

Sur recommandation du SMR, l'OAI a mis en œuvre un examen clinique psychiatrique de l'assurée, lequel a été réalisé au SMR par la Dre N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le 28 septembre 2017. Le rapport correspondant a été rédigé le 17 octobre 2017 et co-signé par le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie. Aucun diagnostic psychiatrique incapacitant n'a été retenu. Etaient en revanche mentionnés un status post état dépressif, des traits de personnalité dépendante, une privation de relations affectives pendant l'enfance et des difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat, au titre des diagnostics sans impact sur la capacité de travail. Les spécialistes du SMR ont fait part de leur appréciation du cas notamment en ces termes :

« [...] Lors de l'examen de ce jour, l'assurée s'est présentée ponctuellement, l'hygiène est dans la norme, l'habillement est peu soigné. L'assurée se montre collaborante. L'assurée présente une intelligence clinique à la limite inférieure de la norme. L'assurée ne présente aucun ralentissement psychomoteur. Elle ne présente pas de troubles de la concentration, ni de l'attention. L'assurée présente des traits de personnalité dépendante sous forme d'une grande soumission et d'une grande incertitude personnelle. D'un point de vue thymique, l'assurée présente une thymie neutre. Elle ne présente pas de baisse de l'intérêt. Elle ne présente pas de réduction de l'énergie, comme l'a bien objectivé l'examen de la vie quotidienne. L'assurée présente une légère diminution de la confiance en soi. L'assurée ne présente pas de troubles de l'attention, ni de la concentration manifestes. L'assurée ne présente pas d'idées noires, ne présente pas d'idéations suicidaires. L'assurée présente une perturbation du sommeil sous forme de la nécessité d'aller aux toilettes. L'assurée ne présente pas de troubles de l'appétit : l'assurée pèse 57 kg pour 157 cm. Elle ne présente pas de réveil matinal précoce, ne présente pas de dépression plus marquée le matin, ne présente pas d'agitation ou de ralentissement psychomoteur. En ce qui concerne la libido, l'assurée présente une libido abaissée. L'assurée ne présente donc actuellement aucun épisode dépressif caractérisé. Nous retenons donc le diagnostic actuel de status post-dépressif. Ce diagnostic n'est pas incapacitant. L'assurée présente des traits de personnalité dépendante sous la forme d'une attitude soumise et d'une grande incertitude personnelle. Ce diagnostic n'est pas incapacitant.

Par ailleurs, l'assurée présente des ressources disponibles ou mobilisables préservées. L'assurée présente une autonomie personnelle préservée.

Par ailleurs, l'assurée n'a aucune médication psychotrope.

Nous concluons donc que l'assurée présente une capacité de travail totale.

[...]

Nous concluons donc que l'assurée ne présente pas de pathologie psychiatrique incapacitante depuis 2010.

En l'absence de diagnostic psychiatrique incapacitant, les questions du traitement légal, de la coopération de l'assurée et des options thérapeutiques sont sans objet. Il en est de même pour les questions relatives au pronostic et à l'aptitude à suivre des mesures professionnelles.

Enfin, nous avons noté des divergences entre les symptômes, le comportement et les activités quotidiennes au cours de l'examen psychiatrique. [...] »

Par projet de décision du 3 novembre 2017, l'OAI a informé l'assurée de ses intentions de supprimer la demi-rente d'invalidité allouée précédemment compte tenu d'une capacité de travail entière dans toutes activités.

L'assurée a contesté ce projet de décision, avec l'assistance de PROCAP, Service juridique, par écriture du 8 décembre 2017, faisant valoir qu'à son avis le rapport d'examen du SMR du 17 octobre 2017 constituait une appréciation différente d'un état de fait demeuré inchangé. Elle a par ailleurs produit un rapport rédigé le 8 décembre 2017 par la Dre M._____, cheffe de clinique, et la Dre T._____, médecin assistante au sein de l'Unité de psychiatrie ambulatoire (UPA) [...]. Ces praticiennes ont retenu les diagnostics d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et de traits dépendants avec des épisodes dépressifs récurrents. Elles ont conclu à une capacité de travail exigible de 40 % à 50 % compte tenu de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique (labilité émotionnelle et troubles de l'humeur fluctuants). Elles ont précisé ce qui suit :

« [...] Mme B._____ est actuellement en demande de suivi psychiatrique, avec des rendez-vous hebdomadaires.

La patiente présente un tableau clinique prédominé par une instabilité émotionnelle, avec une forte impulsivité et réactivité. Cette instabilité l'amène, lors d'épisodes de frustrations, de confrontations à des sentiments d'injustice, de contrainte ou de non considération de son état psychique ou physique, à développer des tensions internes majeures sous forme d'anxiété, de troubles du

sommeil, mais également d'idées noires avec idées suicidaires et risques de passage à l'acte. Mme B. _____ présente une fatigabilité psychique importante, ainsi qu'une forte sensibilité. Les émotions qu'elle présente face aux situations qu'elle traverse, sont très intenses et l'amènent tant dans la colère que la tristesse ou la peur, à des pertes de contrôle émotionnel. Son humeur est variable, avec des périodes de pleurs longs et intenses, alternant avec des périodes plus contenues. Les idées suicidaires et noires sont aussi fluctuantes, avec des épisodes de scénarisation de passage à l'acte, mais le plus souvent réactionnels à une situation difficile à gérer, au stress. Anxieuse, elle est souvent dans une anticipation négative. Elle présente des troubles du sommeil avec des réveils fréquents liés également à des plaintes somatiques, ayant nécessité l'introduction d'un traitement de Trittico et de Temesta Exp.

Mme B. _____ ne montre pas de symptômes de la lignée psychotique. Il n'y a pas de notion d'abus de substances. Sur le plan relationnel, elle peut se montrer très proche, avec une relation soit de type dépendante soit très réactive, avec une impulsion agressive verbalement, voire physiquement, face à des personnes par qui elle ne se sent pas considérée ou contrainte. Elle semble cependant mieux réussir à se contenir que des années auparavant. Mme B. _____ présente également de nombreuses somatisations, avec également un substrat organique. Les plaintes somatiques sont très présentes, en particulier des plaintes digestives avec des problèmes de continence fécale, mais également urinaire, la handicapant fortement lors de ses sorties et en société. La patiente se plaint également de douleurs abdominales et dorsales, liées à une endométriose diagnostiquée tardivement en 1996, avec une intervention et des complications, mais également la nécessité d'un traitement hormonal avec de nombreux effets secondaires (kystes abdominaux, gerçures génitales). La patiente présente également des migraines fréquentes, nécessitant un traitement d'Indéral de fond.

Nomination du diagnostic, description d'une éventuelle aggravation :
La patiente présente un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline et également des traits dépendants, avec des épisodes dépressifs récurrents. Depuis le mois de septembre 2017, elle présente une péjoration de son humeur, avec angoisses et idées noires, ainsi que troubles du sommeil. Ces éléments font suite en particulier aux différentes procédures liées à la révision de la rente AI et à son sentiment de ne pas être reconnue dans sa souffrance, ni considérée pour les différentes pathologies dont elle souffre. [...] »

Dans un avis du 27 février 2018, le SMR a estimé que les troubles psychiques décrits par l'UPA étaient essentiellement réactionnels de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter du rapport d'examen clinique du SMR du 17 octobre 2017.

L'OAI, sur recommandation de son service juridique, a organisé une mesure de réinsertion de l'assurée, à savoir un entraînement à

l'endurance, du 9 juillet 2018 au 8 octobre 2018 au sein de la S._____ (cf. communication du 6 juillet 2018). Le rapport établi à l'issue de cette mesure le 13 décembre 2018 a mis en évidence des objectifs atteints (passage de 2 heures à 4 heures d'activités par jour sur cinq jours) en présence d'une assurée motivée et vraisemblablement capable d'augmenter les heures d'activités quotidiennes.

Le 7 mars 2019, le service de réinsertion de l'OAI a rendu son rapport final, retenant que l'assurée était susceptible de mettre à profit une capacité de gain sur le marché de l'emploi. La mesure de réinsertion avait toutefois été interrompue, l'assurée ayant fait part de son incapacité à la poursuivre et à envisager une augmentation des heures de présence au vu de son état de santé et de son organisation personnelle. Un degré d'invalidité de 5 % a été déterminé par comparaison des revenus avec et sans invalidité fondés sur les statistiques salariales.

L'OAI a rendu une décision de suppression de rente le 29 mars 2019, exposant par courrier séparé du même jour avoir pris en compte l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à plein temps et un taux d'invalidité de 5 %.

D. B._____, représentée par PROCAP, Service juridique, a déféré la décision précitée à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 17 mai 2019. Elle a conclu principalement à la reprise du versement d'une demi-rente d'invalidité en présence d'une situation médicale inchangée depuis 2005 et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision après mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle a en substance contesté l'appréciation de sa capacité de travail et estimé que le rapport d'examen clinique du SMR du 17 octobre 2017 ne revêtait pas une valeur probante suffisante. Etaient produits de nouveaux rapports médicaux, soit un rapport du 10 avril 2019 de la Dre K._____, médecin généraliste, et un rapport du 23 avril 2019 de l'UPA.

La Dre K._____ a indiqué que sa patiente présentait une aggravation de ses plaintes somatiques multiples et difficilement systématisables depuis janvier 2018 et était régulièrement suivie. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux était envisagé. L'assurée souffrait également des suites d'un zona du territoire S2 droite, survenu en août 2018, de troubles du sommeil, d'incontinence urinaire d'urgence et d'un probable syndrome du côlon irritable. Une capacité de travail maximale de 50 %, correspondant au souhait de l'assurée, était justifiée.

Quant à l'UPA, la Dre M._____ a repris pour l'essentiel les éléments rapportés le 8 décembre 2017, signalant une certaine amélioration de l'humeur depuis octobre 2018 en dépit de la persistance d'un important fond anxieux avec troubles du sommeil. La capacité de travail exigible était à nouveau évaluée à 40 % ou 50 %.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 17 juin 2019 et a proposé son rejet, se référant au courrier du 29 mars 2019 accompagnant la décision litigieuse.

Par réplique du 30 août 2019, l'assurée a maintenu ses conclusions.

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 (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). 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.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4, let. a, LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, de la demi-rente d'invalidité octroyée à la recourante, singulièrement sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail et sur la valeur probante du rapport d'examen clinique du SMR du 17 octobre 2017.

3. a) 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 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) 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) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

c) Aux termes 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 (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être

tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force – qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

4. 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

b) 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. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). 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 objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose,

en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2).

c) 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

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 physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le 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 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

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 (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) 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. 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

d) Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

6. En l'espèce, il convient de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est modifié de manière substantielle depuis la dernière décision au fond statuant sur son droit à une demi-rente d'invalidité. Cette prestation a été versée, par décision sur opposition du 14 janvier 2005, sur la base des conclusions du rapport d'examen clinique du SMR du 13 décembre 2002, lequel retenait une capacité de travail restreinte à 50 % pour des motifs psychiatriques.

a) Le volet psychique de l'état de santé de la recourante a fait l'objet d'une nouvelle évaluation au sein du SMR faute de documents étayés recueillis de ce point de vue au cours de la procédure de révision. Le rapport correspondant, daté du 17 octobre 2017, relate par le détail les constats cliniques observés à l'occasion de l'examen diligenté le 28 septembre 2017. En particulier, la Dre N._____ a énuméré toute une série de symptômes jugés absents dans le cas de la recourante, ce qui l'a conduite à considérer que cette dernière ne présentait plus de diagnostic incapacitant (cf. rapport d'examen du 17 octobre 2017, « status psychiatrique » repris sous rubrique « appréciation du cas », p. 6, 8 et 9). La spécialiste du SMR a retenu cet état à partir de l'année 2010 en l'absence de suivi spécialisé de la recourante (cf. ibidem, p. 9 et 10), quand bien même un suivi psychiatrique ambulatoire est pourtant mentionné par l'UPA [...] depuis octobre 2015 (cf. notamment : rapport médical des Dres M._____ et T._____ du 8 décembre 2017). Cela étant, le rapport d'examen de la Dre N._____ s'avère insuffisamment motivé à plusieurs titres.

En premier lieu, on observe, à l'instar de la recourante, que la Dre N._____ ne s'est pas prononcée sur le diagnostic de trouble de la personnalité borderline, pourtant retenu à l'occasion du précédent examen clinique au SMR (cf. rapport du 13 décembre 2002). Elle ne fournit aucune explication sur les raisons qui justifieraient désormais d'écarter cette pathologie, pourtant constitutive d'un trouble psychique durable. Il en va d'ailleurs de même du trouble dépressif récurrent, retenu lors de l'examen au SMR en 2002. En présence d'un status clinique pourtant proche de celui observé initialement, la Dre N._____ n'a pas communiqué les éléments qui permettent de comprendre la distance prise avec la précédente évaluation du SMR.

En second lieu, elle n'a procédé à aucune analyse comparative de la situation rapportée par le passé avec celle prévalant au cours de l'examen du 28 septembre 2017. Le rapport du 17 octobre 2017 constitue dès lors avant tout un résumé de l'état psychique de la recourante à la

date de cet examen, sans aucune discussion sur l'évolution de la symptomatologie et des diagnostics depuis la précédente décision de l'intimé.

Enfin, on relèvera que ce document ne permet pas de se prononcer sur les indicateurs pertinents au sens de la récente jurisprudence fédérale. La Dre N._____ a certes indiqué que la recourante présentait des « ressources disponibles ou mobilisables préservées », ainsi qu'une « autonomie personnelle préservée », alors que « des divergences entre les symptômes, le comportement et les activités quotidiennes » avaient été observés (cf. rapport du 17 octobre 2017, p. 9). Ces remarques demeurent toutefois abstraites, la Dre N._____ n'exposant pas les éléments concrets susceptibles de les justifier, voire même contradictoires, vu les « traits de personnalité dépendante sous forme d'une grande soumission et d'une grande incertitude personnelle » également relatés dans le cas de la recourante (cf. ibidem p. 8). On ne saurait donc se référer aux conclusions de la Dre N._____ pour se déterminer sur la réalisation éventuelle des critères dégagés par le Tribunal fédéral.

b) Les rapports médicaux, rédigés subséquentement par l'UPA [...], ne permettent pas davantage de se prononcer à satisfaction in casu. Les psychiatres traitantes de la recourante se rapprochent certes des constats rapportés par le SMR le 13 décembre 2002, notamment quant aux diagnostics de trouble de la personnalité borderline et d'états dépressifs récurrents (cf. rapports de l'UPA des 8 décembre 2017 et 23 avril 2019). Cependant, ces praticiennes demeurent imprécises sur l'importante anxiété observée auprès de la recourante, laquelle serait réactionnelle tantôt à ses problèmes somatiques tantôt aux procédures conduites en matière d'assurance-invalidité. Au demeurant, les rapports en question ne permettent pas une analyse exhaustive des indicateurs pertinents en matière de troubles psychiques.

c) On ajoutera que les conclusions du rapport d'entraînement à l'endurance du 13 décembre 2018 ne permettent pas non plus de déterminer clairement la capacité de travail résiduelle de la recourante. Cette mesure s'est en effet déroulée dans un contexte particulièrement bienveillant, à temps très partiel, et n'était de toute façon pas destinée à une observation professionnelle de la recourante. Il n'est par ailleurs pas possible en l'état de retenir que les ressources affichées par cette dernière au cours de la mesure soient susceptibles d'être mises à profit durablement ou exploitées effectivement sur le marché ordinaire de l'emploi.

d) En définitive, il convient de constater que les documents versés en l'état du dossier sont insuffisants pour se prononcer sur l'évolution de l'état de santé psychique de la recourante depuis la précédente décision au fond. Ces pièces sont également incomplètes eu égard aux récents développements jurisprudentiels.

7. Au niveau somatique, il est établi que la recourante souffre des suites d'une sévère endométriose et qu'elle présente des douleurs abdominales chroniques, accompagnées de céphalées. Se sont en plus notamment greffés des problèmes d'incontinence fécale et urinaire. La Dre K. _____ rapporte enfin des « plaintes somatiques multiples et difficilement systématisables » en tout cas depuis janvier 2018, lesquelles n'auraient toutefois pas de substrat organique clair (cf. rapport du 10 avril 2019).

Si a priori on peut douter que l'état de santé somatique de la recourante ait connu une évolution substantielle, on ne dispose toutefois pas d'une appréciation globale de ce point de vue, l'intimé s'étant concentré en particulier sur la problématique psychique de la recourante. On ne peut dès lors conclure que la recourante ne présente aucun diagnostic somatique incapacitant en l'état de son dossier.

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} édition, Zurich/Bâle/Genève 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) Compte tenu des lacunes du rapport d'examen clinique du 17 octobre 2017 et des critères devant être examinés en cas d'affections psychiques selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (consid. 5

supra), il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

Il conviendra de mettre en œuvre une expertise psychiatrique de la recourante, laquelle devra répondre aux nouvelles exigences jurisprudentielles et déterminer l'éventuelle évolution de son état de santé psychique depuis la précédente décision au fond. Préalablement à cette mesure, il appartiendra à l'intimé d'actualiser les pièces médicales, tant sur le plan psychique que somatique, et d'examiner l'opportunité d'adjoindre à l'expertise psychiatrique une expertise de médecine interne ou de toute autre spécialité.

9. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

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

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause en étant représentée par un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant peut être arrêté à 1'500 fr. vu l'importance et la complexité de la cause, lesquels seront portés à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 29 mars 2019 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 mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à B. _____ une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq 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 :

- PROCAP, Service juridique, à Bienne (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 :