

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 29 avril 2013

---

Présidence de M. NEU  
Juges : Mmes Thalmann et Brélaz Braillard  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à Grandson, recourante,

et

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

---

**Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 17 LPGA; 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI; 88a al. 2 et  
88bis al. 1 let a RAI**

## **E n f a i t :**

**A.** Ressortissante suisse, N.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1967, divorcée, mère de trois enfants aujourd'hui majeurs, a déposé le 25 septembre 1998 une première demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), sollicitant l'octroi de mesures médicales de réadaptation, subsidiairement d'une rente. Elle a fait état d'une dépression et d'une hypothyroïdie de Hashimoto.

Par décision du 6 septembre 2001, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'office AI) a rejeté la demande, au motif que l'intéressée présentait une capacité de travail complète dans son activité professionnelle, tant du point de vue somatique que du point de vue psychiatrique. Cette décision n'a pas été contestée.

**B.** Le 5 décembre 2002, l'assurée a déposé une deuxième demande de prestations AI, tendant à l'octroi d'une mesure de rééducation dans la même profession, subsidiairement d'une rente. Elle a indiqué souffrir de troubles psycho-somatiques.

L'assurée a exercé diverses activités (nettoyeuse, traductrice, cuisinière) entre 1994 et 1999, avant d'oeuvrer à 100% du 31 janvier 2000 au 30 avril 2002 en tant que secrétaire au service du personnel de P.\_\_\_\_\_. Le dernier jour de travail effectif a été le 12 novembre 2001. L'assurance perte de gain de son dernier employeur lui a versé des indemnités journalières et a fait parvenir à l'office AI les pièces médicales en sa possession, dont un rapport du 10 novembre 2002 du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a retenu les diagnostics de personnalité paranoïaque (F 60.0) et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11). Il a estimé que la capacité de gain était nulle et qu'elle le resterait au vu du parcours professionnel de l'intéressée. Il a recommandé une réévaluation de la situation dans un délai de six mois. Dans un rapport complémentaire du 28 mai 2003 faisant suite à un entretien du 13 mai précédent avec l'assurée, le Dr C.\_\_\_\_\_ a

diagnostiqué une dysthymie (F 34.1) et des traits de personnalité paranoïaque (Z 73.1). Après discussion avec l'expertisée, il a proposé une reprise de travail à 50% dès le 1<sup>er</sup> juin 2003 et à 100% dès le 1<sup>er</sup> juillet 2003, dans une activité permettant d'éviter le contact. Il a précisé que la dysthymie n'était qu'un corollaire au trouble de la personnalité mais ne constituait nullement une entrave à une reprise d'activité.

L'office AI a demandé à l'Hôpital psychiatrique G.\_\_\_\_\_ de lui fournir un rapport médical, ce qu'il a fait le 2 juillet 2004 sous la plume des Drs B.\_\_\_\_\_, chef de clinique, et R.\_\_\_\_\_, médecin-assistante. Ces praticiens ont posé les diagnostics affectant la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F 32.2) et de personnalité à traits paranoïaques. Compte tenu de l'anamnèse et de l'état de l'assurée, ils ont considéré que l'incapacité de travail était de 50% à moyen terme et que l'évolution dépendrait de la réponse aux traitements psychothérapeutique et médicamenteux. Au regard de l'incertitude du pronostic, une réévaluation était préconisée dans un délai d'une année.

Dans une communication du 15 février 2005, l'office AI a fait savoir à la caisse de compensation de l'assurée que, suivant les renseignements médicaux en sa possession, l'incapacité de travail et de gain de cette dernière était totale dès le 13 novembre 2002, celle-ci n'étant plus que de 50% à partir du 1<sup>er</sup> juin 2003 à la suite d'une amélioration de son état de santé. Une rente d'invalidité entière lui était par conséquent octroyée dès le 1<sup>er</sup> novembre 2002 jusqu'au 31 août 2003, avant que le droit à une demi-rente d'invalidité ne lui fût reconnu à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2003. Cette communication a fait l'objet de deux décisions formelles rendues les 10 juin et 29 juillet 2005. Ces deux décisions n'ont pas été contestées.

**C.** En date du 5 décembre 2005, N.\_\_\_\_\_ a déposé une troisième demande de prestations AI, sollicitant l'octroi d'une rente. Elle a mentionné souffrir d'insomnie grave et a indiqué être suivie par la Dresse

Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et par le Prof. L.\_\_\_\_\_, du Service de neurologie de l'Hôpital V.\_\_\_\_\_.

Dans un certificat médical du 11 mai 2006 remis à l'assurée, le Prof. L.\_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit:

«Le médecin soussigné certifie qu'après avoir été mandaté pour un conseilium neurologique pour les troubles du sommeil par le Service de psychiatrie d'O.\_\_\_\_\_ le 12 mai 2004, la patiente susnommée a été vue régulièrement à nos consultations, principalement au cours de l'automne, pour des dépressions saisonnières graves nécessitant des séances de luminothérapie, ainsi que pour des céphalées pharmaco-résistantes et un état anxio-dépressif grave qui a nécessité plusieurs hospitalisations à la Clinique D.\_\_\_\_\_ où elle a séjourné récemment. Elle a été sujette à différents conflits conjugaux, familiaux, ainsi qu'avec sa fille.

Actuellement, la situation s'aggrave et nécessite un suivi ponctuel par la Dresse Q.\_\_\_\_\_.

Elle devrait bénéficier d'une rente AI complète, avec une rente complémentaire, car il est impensable que cette patiente, compte tenu de son affection psychiatrique, puisse espérer une quelconque réorientation professionnelle.»

Dans un rapport du 22 mai 2006 destiné à l'office AI, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, existant depuis 1992 environ (F 33.11), d'insomnie non organique, existant depuis 2001 environ (F 51.0), de dépendance aux benzodiazépines, en cours de sevrage (F 13.25) et de troubles mixtes de la personnalité (F 61.0). Réservant son pronostic, elle a conclu son rapport en ces termes:

«Les troubles dont souffre Mme N.\_\_\_\_\_ sont chroniques, tant le trouble dépressif que l'insomnie, qui péjore encore le tableau clinique. Ces troubles induisent un handicap fonctionnel, notamment l'épuisement et la fatigabilité accrue, le ralentissement, la perte de confiance en soi, la tendance au repli sur soi, les difficultés de concentration, qui sont responsables de l'incapacité totale de travail. Au vu de l'anamnèse, de l'évolution de l'état de santé et de la situation actuelle, il n'est pas réaliste d'attendre une amélioration de l'état de santé suffisante pour modifier la capacité de travail. Pour les mêmes raisons, il n'est pas adéquat d'envisager une mesure de réadaptation professionnelle.»

Dans un avis médical du 25 juillet 2006, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), a relevé que la Dresse Q.\_\_\_\_\_ avait signalé trois hospitalisations en milieu psychiatrique pour décompensations anxio-dépressives (18 jours en avril 2004; 25 jours en octobre 2005 et 9 jours en février 2006). Relisant les documents médicaux en sa possession, le Dr Z.\_\_\_\_\_ n'a pas été en mesure de mettre en évidence une aggravation de longue durée permettant de modifier l'exigibilité médicale formulée en 2003. Selon lui, la quasi-totalité des symptômes énumérés par la Dresse Q.\_\_\_\_\_ était connue de longue date et avait conduit à retenir une exigibilité de 50%. Quant aux aggravations, elles n'ont été que ponctuelles, en dépit des hospitalisations successives de l'assurée.

Par décision du 21 novembre 2006, l'office AI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité servie jusqu'alors à l'assurée. Il a considéré que les documents médicaux ne permettaient pas de mettre en évidence une aggravation de longue durée susceptible de modifier l'exigibilité médicale retenue en 2003. Cette décision n'a pas été contestée.

**D.** Le 1<sup>er</sup> juillet 2008, l'assurée a déposé une quatrième demande de prestations AI, sollicitant l'octroi de mesures en vue d'une réadaptation professionnelle, à défaut d'une rente. Elle a mentionné souffrir de dépression, d'insomnie grave, d'apnée, d'hypertension, d'une hypothyroïdie d'Hashimoto, d'arthrose, de fibromyalgie, de migraines et d'obésité. Cette demande a été traitée par l'office AI comme une demande de révision du droit à la rente.

Dans un rapport médical du 27 mai 2009 à l'intention de l'office AI, le Prof. L.\_\_\_\_\_ a notamment diagnostiqué un état dépressif accompagné de douleurs chroniques et d'une pseudo-fibromyalgie, ainsi que des céphalées tensionnelles et migraineuses chroniques. Il a noté la persistance des céphalées, auxquelles s'ajoutaient un état dépressif grave ainsi que des douleurs diffuses. Réservant son pronostic, il a considéré que l'état de santé de l'assurée s'aggravait et que l'incapacité de travail était totale en raison d'un grave état dépressif. Il a joint plusieurs rapports

médicaux dressés entre 2005 et 2009, rendant compte des différents traitements en raison des affections psychiques et somatiques présentées par l'intéressée durant cette période.

Le 14 septembre 2009, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a complété un rapport médical à l'intention de l'office AI dans lequel il a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de douleurs ostéo-articulaires diffuses avec arthrose, de syndrome des apnées du sommeil et d'état dépressif sévère. Tout en relevant la multiplicité des plaintes associées à divers troubles tels que lombalgies et arthralgies chroniques, hypertension artérielle, syndrome métabolique débutant, œdème du membre inférieur, dyslipidémie, symptomatologie de reflux gastro-oesophagien, il a constaté que les suites de l'opération de by-pass gastrique [réalisée en juin 2008, réd] étaient excellentes et avaient permis d'obtenir une perte de poids significative, contribuant à une amélioration de l'état général. Il a toutefois réservé son appréciation de l'aptitude au travail, eu égard aux autres comorbidités essentielles présentes avant l'intervention.

Dans un rapport du 30 septembre 2009 destiné à l'office AI, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de douleurs des genoux avec épanchements articulaires récidivants sur chondropathie versus gonarthrose aggravées par la surcharge pondérale, trouble douloureux somatoforme persistant ainsi que d'état anxiodépressif récurrent, troubles du sommeil et dépendance médicamenteuse aux benzodiazépines. N'ayant plus aucune nouvelle de l'assurée après la dernière consultation du 25 juillet 2008, il a renoncé à se prononcer sur la capacité de travail exigible.

Le 7 juin 2010, le Dr Z.\_\_\_\_\_ s'est exprimé en ces termes dans un avis médical:

«Personnalité paranoïaque et trouble dépressif récurrent ont valu l'IT prolongée à 50%. Il y avait les migraines, puis l'obésité et le syndrome des apnées du sommeil. En 2008, op. by-pass en chirurgie

bariatrique avec succès (perte de poids de 50 kg). La "pseudo-fibromyalgie", la persistance du trouble dépressif par ailleurs non suivi chez un psychiatre et non étayé par un médecin ne sont pas de nature à modifier l'exigibilité.»

Par projet de décision du 10 juin 2010, l'office AI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité octroyée, au motif qu'une aggravation de l'état de santé induisant une diminution de la capacité de travail n'était pas démontrée, de sorte que l'assurée continuait à bénéficier d'une demi-rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 50%.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2010, l'assurée a fait savoir que ce projet ne lui convenait pas, puis a présenté ses objections dans une écriture du 30 juillet 2010. Elle a notamment indiqué qu'elle était suivie par la Dresse M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne.

S'avisant de l'absence au dossier de tout document émanant de ce médecin, l'office AI lui a demandé de compléter un rapport médical, ce qu'elle a fait en date du 11 octobre 2010. Elle y a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles dépressifs majeurs et récurrents avec trouble du sommeil et dépendance médicamenteuse aux benzodiazépines, trouble douloureux somatoforme persistant ainsi que gonalgies sur gonarthrose interne et pincement fémoro-patellaire à gauche. Au sujet des restrictions physiques, mentales ou psychiques touchant l'éventuelle capacité de travail résiduelle de l'assurée, la Dresse M. \_\_\_\_\_ a écrit ce qui suit:

«Sur le plan physique, les douleurs des membres inférieurs, genoux et chevilles ainsi que touchant parfois toutes les articulations empêchent Madame N. \_\_\_\_\_ de se mobiliser, même parfois de sortir de son lit durant la journée. Les migraines la clouent au lit et les troubles du sommeil nécessitent que la patiente se recouche régulièrement la journée (elle ne dort pas non plus la journée !). L'état dépressif chronique et récurrent l'empêche lui-même de s'engager dans toute activité professionnelle.»

Elle a en conséquence retenu que l'intéressée était totalement incapable de travailler depuis le mois d'avril 2009, soit le début du suivi.

Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été effectué au SMR le 30 novembre 2010. Réalisé par les Drs K.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et I.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ces praticiens ont retenu, dans leur rapport du 2 février 2011, les diagnostics suivants avec répercussion durable sur la capacité de travail: trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11), gonarthrose bilatérale du compartiment interne (M 17.0) et une hypermobilité articulaire. Sur le plan somatique, ils ont estimé que la capacité de travail était complète dans une activité sédentaire, légère et respectueuse des diverses limitations fonctionnelles décrites. Du point de vue psychiatrique, ils n'ont pas mis en évidence une aggravation de l'état de santé de l'assurée, de sorte que celui-ci devait être considéré comme stationnaire, sa capacité de travail étant ainsi de 50% dans toute activité depuis le mois de septembre 2003, en raison d'une fragilité psychologique, d'une évolution dépressive, de troubles cognitifs, d'une psychorigidité et d'une diminution des ressources d'adaptation au changement.

Se prononçant à propos de l'examen bidisciplinaire effectué, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a conclu dans un avis médical du 17 février 2011 que si une aggravation de l'état de santé était notée en lien avec la pathologie dégénérative des genoux, cela ne suffisait toutefois pas à modifier l'exigibilité en toute activité adaptée à la pathologie psychiatrique qui, elle, limitait la capacité de travail depuis plus de huit années, et était restée globalement stable.

Par décision du 22 février 2011, l'office AI a maintenu son refus d'augmenter la rente d'invalidité servie jusqu'alors à l'assurée, en s'appuyant sur la même motivation que celle figurant dans son préavis du 10 juin 2010.

**E.** N.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant l'autorité de céans par acte du 24 mars 2011. Elle expose souffrir d'un état dépressif chronique depuis 2006 à tout le moins et relève que celui-ci est attesté par différents rapports médicaux versés au dossier de l'office AI. Elle

ajoute qu'elle est suivie sur le plan psychiatrique par son médecin traitant, la Dresse M.\_\_\_\_\_, laquelle se charge de lui prescrire le traitement médicamenteux approprié, tout en lui offrant un soutien thérapeutique. Elle affirme en outre être toujours dépendante aux benzodiazépines, des tentatives de sevrage et des essais de changement de médication n'ayant pas apporté les effets escomptés. Elle déclare continuer de présenter des migraines chroniques ainsi que des insomnies sévères, des examens pratiqués à l'Hôpital V.\_\_\_\_\_ ayant révélé des difficultés d'endormissement ainsi qu'un sommeil non réparateur. Sur le plan somatique, si elle a certes perdu du poids, ses problèmes rhumatismaux n'ont pas disparu pour autant, car elle mentionne éprouver des difficultés pour se déplacer et se fatigue très vite en raison des douleurs chroniques. Quant aux séances de physiothérapie prescrite, elles n'ont apporté selon elle aucune amélioration. Elle indique enfin avoir développé une intolérance au lactose, provoquant un état de faiblesse générale et causant des infections urinaires. Au vu de ces éléments, elle considère que son état de santé s'est aggravé ces dernières années et que, en dépit des divers traitements entrepris, elle n'a pas retrouvé de capacité de travail, de sorte qu'elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de juillet 2008.

Dans une écriture complémentaire du 27 mai 2011, la recourante explique que les problèmes de santé qu'elle rencontre entravent sa vie quotidienne, nécessitant des aménagements journaliers de son rythme de vie et de ses activités. Ils l'empêchent en outre selon elle d'exercer une activité professionnelle. Elle indique par ailleurs que ses différents médecins traitants sont unanimes pour lui reconnaître une incapacité de travail et que s'ils ne mentionnent pas de détérioration de son état de santé, c'est que celui-ci est déjà considéré comme étant globalement mauvais, contrairement à l'évaluation de l'office AI. Elle souligne que ses problèmes de santé sont principalement d'ordre psychiatrique et dément ne plus bénéficier d'aucune prise en charge psychiatrique. Si elle admet que la prescription d'anti-dépresseurs a été suspendue au cours de l'intervention by-pass, elle précise qu'un soutien psychiatrique a été introduit par le Dr X.\_\_\_\_\_ lequel, conjointement

avec le Prof. L.\_\_\_\_\_, a cherché à mettre en place le traitement médicamenteux le plus efficace. En conséquence, la recourante conclut à ce que lui soit reconnu «le droit à une rente d'invalidité complète depuis un an avant juillet 2008, date de [s]a demande de réexamen de [s]a situation, soit juillet 2007».

Dans sa réponse du 11 juillet 2011, l'office AI a proposé le rejet du recours, arguant qu'il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions des médecins examinateurs du SMR, dont le rapport d'examen clinique pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ceux-ci expliquent en outre clairement les raisons pour lesquelles ils se sont écartés de l'avis des médecins traitants.

**F.** Le 19 avril 2012, le juge instructeur a chargé le Dr A.\_\_\_\_\_, médecin associé au Département de psychiatrie de l'Hôpital V.\_\_\_\_\_, de procéder à l'expertise psychiatrique de la recourante. En référence à la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10), l'expert, assisté du Dr S.\_\_\_\_\_, chef de clinique adjoint, a retenu dans son rapport du 12 novembre 2012 les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail:

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F 33.8), dont les premières manifestations peuvent être situées aux années 1994 à 1996,
- Trouble mixte de la personnalité (F 61.0), présent au moins depuis le début de l'âge adulte,
- Syndrome de dépendance aux sédatifs et hypnotiques, régime de maintenance sous surveillance médicale (F 13.22), existant au moins depuis les années 2004-2005.

L'expert estime que, considérés dans leur ensemble, ces troubles entraînent une incapacité de travail de 50% dès 2001, puis de 100% dès 2006. Il n'envisage aucune reprise du travail, même à temps partiel. Il constate que les troubles dont souffre la recourante affectent de manière significative sa capacité de travail, en compromettant ses

facultés adaptatives. Il exclut en outre un plan de réadaptation en faveur de la recourante, dès lors que «la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social et la mobilisation des ressources sont très réduites». A son avis, le «pronostic apparaît [...] très pauvre», la probabilité que l'état dépressif chronique présenté par la recourante puisse se résoudre étant qualifiée de «faible». L'expert considère enfin que les limitations de la capacité de travail qui découlent des troubles psychiatriques diagnostiqués sont indépendantes du type d'activité.

Invitée à se déterminer sur le contenu de ce rapport, la recourante a fait savoir le 3 décembre 2012 qu'elle n'avait rien à y ajouter.

Dans sa détermination du 18 décembre 2012, l'OAI s'est fondé sur l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_, lequel s'est rallié aux conclusions de l'expert.

### **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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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)** 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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) qui prévoit à

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

**c)** Interjeté en temps utile et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

**2.** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a refusé, dans la décision entreprise, de reconnaître à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité. En d'autres termes, il y a lieu de déterminer si – et dans l'affirmative à partir de quand – l'état de santé de la recourante a subi une modification notable susceptible d'influencer son taux d'invalidité et, par conséquent, son droit aux prestations.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 al. 1 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 (art. 6 LPGA in fine).

L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur

depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 [cinquième révision de la LAI, RO 2007 p. 5129 ss]).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2; TF 9C\_540/2012 du 17 décembre 2012 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, 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 et la référence citée; TF 9C\_540/2012 du 17 décembre 2012 consid. 2.1).

**c)** Aux termes de l'art. 17 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 113 V 273 consid. 1a). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 371 consid. 2b, 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un 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 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 conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5; cf. TF 9C\_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.1).

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).

**4. a)** En l'espèce, la seule incapacité de travail déterminante est celle entraînée par les troubles psychiques diagnostiqués par l'expert psychiatre A.\_\_\_\_\_ dont le rapport - qui ne contient ni lacunes, ni contradictions - remplit les critères posés par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante puisse lui être reconnue (cf. consid. 3b supra). Aucune des parties n'en disconvient. Il en ressort que l'évolution desdits troubles a entraîné une évolution de l'incapacité de travail au cours des ans, passant de 50% en 2001 à 100% en 2006. Selon l'expert, la recourante est donc actuellement totalement incapable de reprendre quelque activité lucrative que ce soit, pas plus qu'elle n'est à même de se soumettre à des mesures de réadaptation professionnelle.

Le 18 décembre 2012, l'office AI, par l'intermédiaire du Dr Z.\_\_\_\_\_, s'est expressément rallié aux conclusions de l'expert A.\_\_\_\_\_.

Ainsi, l'incapacité de travail de la recourante se confond avec son incapacité de gain et le taux d'invalidité peut être fixé sans analyse économique. Partant, il ne fait pas de doute que l'intéressée présente une invalidité supérieure à 50% (cf. art. 28 al. 2 LAI); son taux d'invalidité s'est donc aggravé depuis 2006 de sorte que c'est à tort que l'intimé a refusé d'augmenter la demi-rente servie jusqu'alors, celle-ci devant bien plutôt être remplacée par une rente entière.

**b)** L'expert ayant fixé à l'année 2006 le début de l'incapacité de travail de 100%, il est constant que l'aggravation permettant d'accroître le droit a duré plus de trois mois (cf. art. 88a al. 2 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201]). Cela étant, le droit à une rente entière prend en l'occurrence naissance le 1<sup>er</sup> juillet 2008, soit dès le mois au cours duquel l'assurée a présenté la demande de prestations ayant conduit à la décision entreprise (cf. art. 88bis al. 1 let. a RAI dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2011, la nouvelle du 16 novembre 2011 n'ayant entraîné qu'une modification de nature rédactionnelle, RO 2011 5679).

**5. a)** En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2008.

**b)** L'intimé supportera les frais de la procédure (art. 69 al. 1 bis LAI). La recourante, qui obtient gain de cause sans le concours d'un mandataire autorisé, n'a pas droit à des dépens faute d'avoir dû engager des frais pour assurer la défense de ses intérêts (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision rendue le 22 février 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est octroyée à N. \_\_\_\_\_ à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2008.
  
- III.** Les frais de justice, 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.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Mme N. \_\_\_\_\_,
- 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).

Le greffier :