

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 février 2018

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente

M. Métral, juge et M. Küng, assesseur

Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Christine Raptis, avocate  
à Morges,

et

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

---

**Art. 6, 7, 8, 16 et 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 et 2 LAI ; art. 87 al. 2 RAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1953, au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité d'employée de commerce, engagée en qualité de secrétaire d'ambassade auprès de [...] depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, d'abord à 100 %, puis à 87.5 %, a déposé une première demande de rente auprès de l'assurance-invalidité le 19 janvier 2009. Elle indiquait souffrir de dépression et être en incapacité de travail à 100 % depuis le 4 avril 2007 (recte : 2008), puis à 50 % depuis le 23 avril 2007 (recte : 2008).

Il ressort d'un rapport médical du 10 février 2009 de la Dresse M.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée depuis le 25 avril 2008, que cette dernière présentait un trouble dépressif moyen (F32) depuis 2005. Elle précisait que l'assurée était en conflit avec sa hiérarchie depuis 2006. Elle souffrait d'angoisse, d'insomnie, d'une importante fatigue et d'asthénie. La Dresse M.\_\_\_\_\_ attestait une incapacité de travail de 50 % depuis le 23 avril 2008. L'assurée présentait également des dorsalgies et lombalgies lorsqu'elle restait trop longtemps assise.

Mandaté par A.\_\_\_\_\_, assurance perte de gain de l'assurée (ci-après : A.\_\_\_\_\_), afin de réaliser une expertise, le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport le 29 octobre 2009. Il ressort de l'anamnèse que l'assurée avait eu un conflit important à l'arrivée d'un nouvel ambassadeur en 2006 concernant ses horaires de travail, conflit qui s'était envenimé de façon considérable jusqu'à ce que l'assurée présente, en avril 2008, un état de crise avec angoisse majeure et pleurs incoercibles. Elle avait alors été mise au bénéfice d'un arrêt de travail total à compter du 4 avril 2008. L'état de l'assurée s'était par la suite amélioré et elle avait repris, à sa propre demande, son activité à 50 % à partir du 23 avril 2008. Ses relations avec son supérieur hiérarchique s'étaient améliorées. Concernant le diagnostic, le Dr D.\_\_\_\_\_ retenait un épisode dépressif moyen, en rémission

partielle (F32.1). Les troubles résiduels ne permettaient pas une activité à plus de 50 %. Le pronostic était favorable.

Le Dr D.\_\_\_\_\_ a réalisé une nouvelle expertise, dont le rapport, du 30 mars 2009, retenait le même diagnostic. Il précisait que l'état de l'assurée s'était un peu amélioré depuis sa dernière évaluation. Il persistait cependant une certaine fatigue et une instabilité émotionnelle et de nouveaux symptômes d'anxiété étaient apparus sous forme d'épisodes de tremblements et de sueur. L'état actuel de l'expertisée pouvait être influencé par le deuil récent de son père et les difficultés sociales de son fils. Il n'était donc pas tout à fait représentatif de l'évolution du trouble dépressif à l'origine de l'arrêt de travail, ce trouble étant globalement en cours d'amélioration. Le Dr D.\_\_\_\_\_ préconisait le maintien d'une incapacité de travail de 50 % jusqu'à fin avril 2009, puis une augmentation du taux de travail progressive jusqu'à 87.5 % d'ici octobre 2009.

Dans un questionnaire de l'assurance-invalidité du 24 juillet 2009, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, attestait une incapacité de travail de 50 % depuis le 24 avril 2008 en raison de dépression et de syndrome post-traumatique chronique (l'assurée avait eu un accident de voiture avec « coup du lapin » en 1998). L'assurée souffrait de fatigue, d'anxiété, de vertiges et de douleurs vertébrales.

Dans un avis médical du 21 décembre 2009, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a constaté que l'assurée n'avait pas repris son activité aux taux prescrits par le Dr D.\_\_\_\_\_. Il a estimé la mise en œuvre d'un examen psychiatrique au SMR nécessaire afin de décrire les limitations fonctionnelles et leurs répercussions sur la capacité de travail de l'assurée.

Le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a ainsi rendu un rapport d'expertise le 6 mai 2010. Il retenait les diagnostics d'état dépressif majeur récurrent de gravité moyenne (axe I), de personnalité co-dépendante (axe II) et de difficultés professionnelles, conjugales et familiales (axe IV). On extrait du rapport ce qui suit :

« D'un point de vue psychopathologique, lorsque nous l'examinons, Mme S. \_\_\_\_\_ est une femme de bonne prestance, qui essaie de donner une image favorable d'elle-même. Elle cache derrière le paravent de sa réussite professionnelle, une estime de soi relativement précaire, des désirs et des besoins de dépendance qu'elle nie. Nous relevons une émotionnalité relativement fluctuante avec des symptômes anxio-dépressifs, se traduisant par une certaine fatigabilité, troubles de la concentration, des tendances « légèrement régressives », ainsi que des troubles du sommeil. L'examen clinique évoque un état dépressif majeur récurrent de gravité tout au plus moyenne.

Les plaintes somatiques, ubiquitaires, et mal systématisables peuvent être interprétées comme des manifestations dégradées des troubles émotionnels sous-jacents. Nous ne mettons pas en évidence d'autre comorbidité psychiatrique.

Le tout prend racine sur une personnalité à fonctionnement probablement du registre co-dépendant. Celle-ci s'est progressivement décompensée depuis 2005. Par décompensée, nous entendons que cette personnalité, qui a probablement toujours obtenu, à travers son sur-investissement professionnel, valorisation et gratification, s'est déséquilibrée quand elle a été confrontée à un nouvel employeur qui se serait montré beaucoup plus critique, ou dévalorisant à son égard. Actuellement, Mme S. \_\_\_\_\_ vit comme un véritable échec personnel la séparation de couple de sa fille, et son fils qui est à sa charge depuis bientôt 3 ans, incapable de s'assumer, qui de surcroît a adopté un comportement de révolte, et se montre aussi rejetant à son égard.

Ces modifications négatives de l'image de soi ont été très mal vécues. Elles ont conduit à l'émergence d'une humeur dépressive probablement jusque-là endiguée.

On ne peut pas parler ici d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé, mais d'un facteur de vulnérabilité.

L'appréciation de l'incapacité de travail dans cette situation est relativement délicate. Si l'on s'en tient aux éléments objectifs, on pourrait penser que Mme S. \_\_\_\_\_, évite actuellement de se confronter à la reprise complète de son activité professionnelle, peut-être en vertu de son âge, ou certains bénéfices secondaires, puisque elle-même a le sentiment que son employeur « est plus attentif et compatissant à son égard depuis qu'elle est malade ». Il serait néanmoins faux de penser que Mme S. \_\_\_\_\_ ne met pas en œuvre tout ce que l'on est en droit d'attendre d'elle pour diminuer le

dommage économique lié à son état de santé, car de notre point de vue, il s'agit essentiellement d'une dynamique non consciente.  
[...]

En ce sens, il nous paraît, sur la base des éléments cliniques objectifs et de l'analyse de son fonctionnement professionnel et quotidien, qu'elle est apte à travailler au minimum 4 h 30 le matin, soit un total de 20 à 22 h par semaine. Dans ce cadre-là, Mme S. \_\_\_\_\_ a tout loisir de se reposer et de récupérer les après-midis.  
»

Concernant les limitations fonctionnelles, le Dr F. \_\_\_\_\_ précisait qu'au plan physique, il y avait diverses plaintes peu spécifiques, probablement en relation avec l'état émotionnel de l'assurée. Vu ses faibles capacités de remise en question, une grande partie de ces symptômes étaient en relation avec son histoire psychiatrique. Au plan psychique et mental, il mentionnait une variation de l'humeur, parfois une émotivité, une réaction anxieuse face au stress et de légers troubles de l'attention et de la concentration. Au plan social, l'assurée présentait une personnalité assez rigide, qui tolérait mal la critique et les conflits, qui avait de la peine à se remettre en question et tendait à projeter sur autrui ses difficultés. La capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle. Une amélioration de la capacité de travail était possible et il s'agissait d'envisager d'autres alternatives pharmacologiques.

Par avis médical du 27 septembre 2010, le SMR a retenu une capacité de travail de 50 % et a proposé d'interroger la Dresse M. \_\_\_\_\_ sur la question de l'adaptation du traitement médicamenteux et de la capacité de travail.

La Dresse M. \_\_\_\_\_ a indiqué, le 19 janvier 2011, que sa patiente ne tolérait pas facilement les autres antidépresseurs. Vu son âge, ses co-morbidités et son taux d'activité, elle préférait continuer avec le Seropram qui lui convenait bien. Un changement d'antidépresseur ne changerait pas son état de façon importante. La capacité de travail était de 50 % depuis avril 2008. La patiente présentait des maladies somatiques aggravées qui étaient actuellement investiguées (trouble de la

mémoire, bronchopneumopathie chronique obstructive [BPCO] et allergies).

Il ressort d'un rapport du 20 avril 2011 des Drs E.\_\_\_\_\_, psychiatre, G.\_\_\_\_\_, neuropsychologue responsable et C.\_\_\_\_\_, stagiaire neuropsychologue, à l'Hôpital O.\_\_\_\_\_. ([...]) consultés pour les troubles de la mémoire, que l'évaluation mettait en évidence des performances dans les normes compte tenu de l'âge, du sexe et du niveau socioculturel de l'assurée. En particulier, les épreuves connues pour leur sensibilité à des processus de vieillissement cérébral problématique étaient bien réussies. L'évaluation clinique, compte tenu du tableau neuropsychologique et des données de la neuroimagerie, n'évoquait pas d'affection démentielle. Les difficultés décrites et ressenties par la patiente, mais non objectivées par l'examen, étaient, selon ces médecins, à mettre en lien avec certains facteurs de stress (grosse charge de travail malgré un plus faible pourcentage, fils à la maison, demande auprès de l'assurance-invalidité en cours) et une problématique émotionnelle de longue date. Au vu des bons résultats obtenus en situation d'examen, les médecins avaient suggéré à l'assurée, afin d'optimiser son fonctionnement, d'entreprendre les activités importantes dans des endroits calmes, sans distraction et de ne faire qu'une chose à la fois.

Dans un rapport du 14 juin 2011, le SMR a retenu, sur la base des différents rapport médicaux et d'une certaine fluctuation de la capacité de travail, une incapacité de travail de 100 % depuis le 4 avril 2008, de 50 % depuis le 23 avril 2008, de 100 % depuis le 7 janvier 2009, de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> février 2009, de 40 % depuis le 1<sup>er</sup> mai 2009 et de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009, ce dans toute activité. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : humeur dépressive, troubles de la concentration, troubles de la mémoire et trouble du sommeil.

Après que l'instruction a permis de déterminer que, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait travaillé à 100 % et que le taux d'activité de 87.5 % convenu avec son employeur tenait déjà compte de l'atteinte à la santé, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de

Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a rendu une décision le 11 avril 2012. Sur la base d'une incapacité de travail durable depuis le 4 avril 2008, d'une capacité de travail dans toute activité de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009 et compte tenu du délai de carence d'un an et de la date du dépôt de la demande, il a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juillet 2009. Cette décision est entrée en force en l'absence de recours.

**b)** L'assurée a déposé une demande de révision de la rente le 4 juillet 2014, annonçant une incapacité entière de travail depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2013 (14 octobre selon les données fournies ensuite par l'employeur le 13 octobre 2014), en raison de sa dépression. Dans un questionnaire de l'OAI du 19 septembre 2014, l'assurée a précisé que son état s'était aggravé et qu'elle souffrait de fatigue, de manque de concentration, de pertes de mémoire et qu'elle était dans l'impossibilité de s'occuper de son ménage.

Interrogée par l'OAI, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a mentionné, dans une attestation du 31 juillet 2014, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, d'asthme chronique et de douleurs chroniques cervico-dorsales. L'assurée présentait une aggravation de son état de santé depuis octobre 2013 (asthme, pneumonie, manque de concentration, fatigue, insomnie). L'incapacité de travail était totale depuis. Elle notait une péjoration de l'état dépressif « en relation à ses problèmes de santé ». La Dresse M.\_\_\_\_\_ a confirmé ces informations dans un questionnaire du 11 mars 2015.

Egalement interrogé par l'OAI, le Dr H.\_\_\_\_\_ a rempli un questionnaire le 23 octobre 2014, faisant état d'une incapacité entière de travail dans toute activité, qui ne pouvait être améliorée par des mesures professionnelles. Les symptômes étaient une fatigabilité extrême, une somnolence diurne et la nécessité de se reposer. Le diagnostic était selon lui une « dépression larvée ». Les limitations fonctionnelles étaient à définir et à évaluer. Le pronostic était réservé. La patiente était souvent en décompensation et il lui était difficile de suivre son traitement à la lettre.

Dans un questionnaire pour l'OAI du 9 novembre 2014, la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en pneumologie, retenait les diagnostics d'asthme modéré chronique persistant et de bronchopneumopathie obstructive. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 %. Le handicap respiratoire limitait la mobilité et l'activité physique. Il s'agissait d'éviter les pneumallergènes et les efforts intenses.

Dans un avis médical du 28 avril 2015, le Dr T.\_\_\_\_\_, du SMR, a notamment observé que l'asthme ne justifiait pas une augmentation de l'incapacité de travail au-dessus de 50 %. Dans un avis du 30 avril 2015, il a considéré que le status décrit par la Dresse M.\_\_\_\_\_, avec la prise en compte de signes somatiques (dyspnée respiratoire), retenait simplement une anhédonie, de la fatigue et de l'insomnie, ce qui ne permettait pas de retenir une aggravation. En l'absence d'autres informations psychiatriques et au vu d'un rapport (celui du 11 mars 2015) qui ne démontrait pas de façon objective et clinique une aggravation de la situation antérieure, le SMR retenait que la situation était stationnaire et n'exigeait pas d'adaptation de la capacité de travail.

**c)** L'OAI a rendu, le 2 juin 2015, un projet de décision dans le sens d'un refus d'augmentation de la rente.

L'assurée s'est opposée au projet précité le 1<sup>er</sup> juillet 2015. L'OAI lui a imparti un délai pour motiver son opposition. Par l'intermédiaire de sa protection juridique, elle a produit, le 15 septembre 2015, deux documents, le premier étant un questionnaire adressé par la protection juridique de l'assurée le 7 août 2015 à la Dresse M.\_\_\_\_\_ et l'autre un rapport du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie à l'Hôpital O.\_\_\_\_\_, Consultation de la mémoire. La Dresse M.\_\_\_\_\_ exposait que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé, en particulier sa capacité de concentration, ses angoisses, son anxiété et l'insomnie. A titre de limitations fonctionnelles, elle mentionnait le manque de concentration, les troubles de la mémoire, l'insomnie et des épisodes de panique.

L'incapacité de travail était totale et le pronostic mauvais. Le Dr V.\_\_\_\_\_, après un bref rappel de l'histoire de l'assurée et de ses plaintes, a relevé ce qui suit :

« Le MMS [Mini-Mental State Examination] aujourd'hui est à 30/30, le test de la montre est parfait, et le test de mémoire épisodique des 3 objets et 3 endroits est 9/9 (normal). Par contre, elle présente des troubles anxieux et dépressifs assez clairs (Hospital Anxiety and Depression Scale 13/21 et 10/21).

Je lui ai suggéré de changer le citalopram pour de la mirtazapine à 7.5 mg le soir, en augmentant de 7.5 mg chaque semaine jusqu'à 15 mg le matin et 22.5 mg le soir. J'aimerais la revoir d'ici 5-6 semaines. [...] »

Sur la base de ces deux rapports, l'assurée contestait fermement la position de l'OAI et demandait la reprise de l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Sur demande du SMR, la Dresse M.\_\_\_\_\_ a précisé, sur un courrier de l'OAI du 22 octobre 2015, que le status psychiatrique actuel consistait en une rechute dépressive et qu'une hospitalisation était projetée. Les facteurs d'aggravation objectifs étaient une dégradation des problèmes somatiques et des problèmes familiaux. Les limitations psychiatriques nouvelles depuis l'aggravation étaient une diminution progressive de la concentration et une fatigue importante. Les épisodes de panique se manifestaient par un sentiment de manque d'air, de l'anxiété et de l'angoisse.

Par avis médical du 16 novembre 2015, le Dr T.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait toujours pas d'éléments objectifs convaincants en faveur d'une aggravation manifeste. La situation n'étant pas stable et une hospitalisation étant en projet, une expertise ne semblait pas opportune à ce stade. Le SMR était d'avis qu'il fallait réinterroger la Dresse M.\_\_\_\_\_ dans trois mois et voir si une hospitalisation avait bien eu lieu.

L'assurée a été licenciée avec effet au 29 février 2016 en raison de l'incapacité de travail qui perdurait depuis le 14 octobre 2013.

La Dresse M.\_\_\_\_\_ a rempli un nouveau questionnaire de l'OAI le 10 mars 2016, mentionnant notamment une aggravation des symptômes et des capacités intellectuelles, les diagnostics de trouble dépressif chronique et un trouble anxieux, une incapacité totale de travail et les limitations fonctionnelles suivantes : fatigue, douleurs musculo-squelettiques, asthme avec fatigue importante et BPCO.

L'assurée a été hospitalisée à la Clinique R.\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2016 au 20 février 2016. Dans un rapport en allemand du 24 février 2016, les médecins de la Clinique ont pour l'essentiel décrit un état anhédonique, de la fatigue et des difficultés de concentration et de mémoire de l'assurée et relevé une bonne évolution durant le séjour. Ils ont précisé à l'attention de l'OAI, le 9 juin 2016, qu'à la date de la réhabilitation, l'assurée n'était pas capable de travailler. La résistance physique et cognitive et la capacité de concentration étaient limitées, ce qui, avec des troubles de la mémoire, limitait sa capacité de travail. Le pronostic était positif.

Le 22 juin 2016, l'assurée, par l'intermédiaire de sa protection juridique, a transmis à l'OAI une décision d'inaptitude au placement rendue le 14 juin 2016 par le Service de l'emploi, Instance juridique chômage (ci-après : SDE), et un rapport médical adressé le 6 juin 2016 par la Dresse M.\_\_\_\_\_ au SDE. Ce dernier constatait que l'assurée était, selon l'attestation de la Dresse M.\_\_\_\_\_, totalement incapable de travailler pour une durée indéterminée. De plus, l'assurée avait indiqué n'avoir aucune disponibilité, ni objectif professionnel étant donné son état de santé. Dans son rapport, la Dresse M.\_\_\_\_\_ mentionnait que l'assurée souffrait d'une dépression chronique avec troubles de la concentration, fatigue importante et insomnies. Elle était sous traitement psychotrope, elle présentait « des épisodes de panique avec troubles somatiques (manque d'air, étouffement), problèmes somatiques (asthme) ». Son état actuel ne lui permettait pas de travailler ni d'entreprendre une réadaptation professionnelle.

Par avis du 29 juin 2016, le Dr T.\_\_\_\_\_ a considéré ce qui suit :

« [...] Suite à un rapport initial de la psychiatre traitante, non convaincant sur le plan d'une aggravation objectivée par des éléments nouveaux, celle-ci a été réinterrogée (voir aussi avis SMR du 12.10. et du 16.11.2015) et nous a fait part d'une hospitalisation à la Clinique R.\_\_\_\_\_ sans autre précision. Nous avons donc demandé le motif d'admission et une copie de la lettre de sortie à cet établissement et les avons interrogés sur la CT [capacité de travail] éventuelle de l'assurée. Ces informations nous sont parvenues en date du 9 juin 2016. A la lecture de ces documents il apparait que l'assurée a été admise en hospitalisation volontaire pour une réhabilitation sur un état de fatigue et d'épuisement, avec des troubles du sommeil et cognitifs, de concentration et de mémoire en particulier. On note que l'humeur s'est améliorée durant le séjour ainsi que les troubles de la mémoire (plus d'oublis) et de la concentration, avec un emploi du temps quotidien restructuré, grâce au soutien psychologique intégré dont elle a bénéficié. L'endurance s'est aussi améliorée et de bonnes ressources émotionnelles et cognitives ont été constatées. Dans la réponse à nos questions spécifiques sur la CT le médecin signataire parle d'une CT limitée (nous l'avons déjà admise à 50 %) et bien qu'il ne se prononce pas sur un taux il reconnaît qu'une CT est envisageable avec une reprise progressive et un soutien du psychiatre traitant. Il considère que le pronostic est bon (lettre du 9 juin 2016 Clinique R.\_\_\_\_\_).

A la lecture de ces documents et en l'absence d'autres faits objectifs nous ne pouvons toujours pas admettre à ce jour une aggravation de longue durée induisant une CT nulle de longue durée. »

**d)** L'OAI a rendu une décision formelle de refus d'augmentation de la rente d'invalidité le 4 juillet 2016.

**B.** S.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée le 6 septembre 2016 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'annulation de la décision attaquée et à sa réforme en ce sens que lui soit octroyée une rente entière d'invalidité à compter du 14 octobre 2013, subsidiairement à la mise en œuvre d'expertises psychiatrique et médicales complémentaires. Elle a produit diverses pièces déjà au dossier de l'intimé, ainsi que des certificats d'arrêt de travail de la Dresse M.\_\_\_\_\_ ne mentionnant que le degré d'incapacité de travail, soit 100 %, ainsi que les dates, dès le 1<sup>er</sup> novembre

2013, et deux certificats de la Clinique R. \_\_\_\_\_ attestant une incapacité entière de travail du 11 janvier au 21 février 2016.

Par réponse du 5 décembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 10 mai 2017, la recourante, désormais représentée, a conclu à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Elle a pour l'essentiel allégué une appréciation lacunaire du dossier par le SMR et une instruction médicale incomplète de l'intimé. Elle a observé que son état de santé s'était péjoré dès lors qu'à l'occasion de la première demande de prestations, c'est un épisode dépressif moyen qui avait été reconnu, alors que maintenant elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent. Elle a en outre précisé que l'aggravation de son état ne portait que sur le plan psychique et non sur le plan somatique ou au niveau des troubles de la mémoire.

L'intimé a confirmé ses conclusions par duplique du 1<sup>er</sup> juin 2017.

Par écriture du 7 novembre 2017, la recourante a informé qu'elle souffrait désormais de vertiges et de troubles de l'équilibre. Elle a produit un rapport du 21 juillet 2017 de la Dresse N. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Cette dernière retenait les diagnostics de « vertiges mal systématisés et troubles de l'équilibre d'origine incertaine (DD : composante cervicogène possible, probable composante fonctionnelle) » et de possible syndrome du tunnel carpien bilatéral.

L'intimé a maintenu ses conclusions par écriture du 27 novembre 2017.

**E n d r o i t :**

**1. a)** Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, déposé en temps utile compte tenu des fériés d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

**b)** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références ; TF 9C\_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1 ; TF 9C\_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4).

**c)** S'inscrivant dans le cadre d'une demande de révision présentée par la recourante le 4 juillet 2014, le litige porte en l'occurrence sur le refus de l'intimé d'augmenter la demi-rente dont l'intéressée bénéficie depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009 selon la décision du 11 avril 2012, au motif que son état de santé ne s'est pas aggravé au regard de la situation qui prévalait à l'époque de cette décision.

**3. a)** Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

**c)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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.

Selon l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence ; TFA I 627/04 du 23 mai 2005 consid. 1.2).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 *in fine* et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références).

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

**4.** 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 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références).

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).

Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI, a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2 ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005 consid. 5.2 ; I 523/02 du 28 octobre 2002 consid. 3). Les avis médicaux du SMR ont pour fonction d'opérer la

synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (cf. art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (cf. art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

Selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références ; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc).

**5.** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 208 consid. 6b et la référence).

Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par

le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 158 consid. 1a ; 121 V 210 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; 117 V 264 consid. 3b et les références).

**6.** En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la demande de révision présentée par la recourante le 4 juillet 2014, rejetant celle-ci après avoir recueilli les avis des différents médecins concernés. Il y a donc lieu d'examiner si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'intéressée est réellement intervenue en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit la décision du 11 avril 2012, et les circonstances régnant à l'époque de la décision du 4 juillet 2016, objet du présent recours, et justifie ou non une augmentation de la rente octroyée par décision du 11 avril 2012.

**a)** La recourante se prévaut d'une péjoration de son état de santé sur le plan psychique, précisant qu'elle ne prétend pas que les atteintes somatiques justifieraient une augmentation de sa rente. Elle fait toutefois valoir lors de sa dernière écriture l'apparition de vertiges et de troubles de l'équilibre.

Il est constant que les atteintes somatiques de la recourante, soit les troubles pulmonaires ainsi que les cervicalgies qu'elle présente ensuite d'un accident de la circulation en 1998 ne se sont pas aggravés entre la dernière décision de l'intimé entrée en force et la décision attaquée. Aucun rapport médical au dossier ne fait état d'une atteinte qui réduirait la capacité de travail de la recourante de plus de 50 % (cf. notamment rapport de la Dresse X.\_\_\_\_\_ du 9 novembre 2014 concernant l'asthme). La Dresse M.\_\_\_\_\_ évoque certes à quelques reprises une dégradation des troubles somatiques, mais ne donne aucune

précision, en particulier sur les effets sur la capacité de travail, qu'elle n'a du reste pas investigués.

Les vertiges et troubles de l'équilibre allégués par la recourante et le certificat médical de la Dresse N. \_\_\_\_\_ ne peuvent être pris en compte dans le présent arrêt. En effet, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. supra consid. 2b). Un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2). Or en l'espèce, outre le fait que la Dresse N. \_\_\_\_\_ n'atteste aucune incapacité de travail en lien avec les diagnostics qu'elle retient, elle observe que les troubles évoqués par la recourante ont évolué défavorablement, selon ses dires, depuis le début de l'année 2017, soit postérieurement à la décision litigieuse. Il n'y a pas d'élément dans ce rapport qui permette d'apprécier les circonstances au moment où la décision litigieuse a été rendue, de sorte qu'il doit être écarté. En cas d'aggravation de son état de santé postérieure à la décision attaquée, il appartient à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations.

**b)** Au vu de ce qui précède, c'est effectivement sous l'angle de la problématique psychique qu'il convient d'examiner si une aggravation de l'état de santé de la recourante est effectivement intervenue.

Lorsque la décision du 11 avril 2012 a été rendue, il a été reconnu que la recourante souffrait d'un état dépressif majeur récurrent de gravité moyenne (cf. rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 6 mai 2010). La recourante était, selon le SMR, limitée par une humeur dépressive, des troubles de la concentration, de la mémoire et du sommeil (cf. rapport du SMR du 14 juin 2011).

Lors de sa demande de révision, la recourante a annoncé une aggravation de son état dépressif, se manifestant par de la fatigue, un

manque de concentration et des pertes de mémoire, soit des éléments qui avaient déjà été pris en compte lors de la précédente évaluation de son état de santé. La recourante se prévaut essentiellement des rapports établis par la Dresse M.\_\_\_\_\_. Il est en premier lieu relevé que cette médecin ne bénéficie pas de la spécialisation en psychiatrie et psychothérapie reconnue en Suisse. Ses rapports ne contiennent pas de status clinique et elle ne motive aucunement pour quelles raisons elle retient une aggravation de l'atteinte à la santé de sa patiente. Elle se contente, à maintes reprises, d'annoncer que l'état de la recourante s'est aggravé et qu'elle souffre de troubles de la concentration, de la mémoire et d'une importante fatigue. Elle évoque également un trouble anxieux et des crises de panique, sans autres détails sur la façon dont ils se manifestent, sur la fréquence des crises de panique, ou sur des résultats de tests cliniques, malgré plusieurs interpellations. Le diagnostic qu'elle retient, sans l'étayer, est celui de trouble dépressif récurrent. Contrairement à ce que soutient la recourante, ce diagnostic n'est pas différent de celui retenu à l'époque de la première décision, puisqu'il s'agissait d'état dépressif majeur récurrent, de gravité moyenne.

Les mêmes remarques peuvent être faites concernant le rapport du 23 octobre 2014 du Dr H.\_\_\_\_\_, qui n'est pas non plus spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci se contente d'évoquer une « dépression larvée » entraînant une fatigabilité extrême, une somnolence diurne et la nécessité de se reposer. Il n'explique pas en quoi ces symptômes, qui existaient déjà en 2012, entraîneraient une incapacité de travail supérieure à celle retenue auparavant et a lui-même admis que les limitations fonctionnelles étaient à définir et à évaluer.

Concernant les troubles de la mémoire, qui sont selon la Dresse M.\_\_\_\_\_ en partie à l'origine de l'aggravation de l'état de santé de sa patiente, contrairement à ce que soutient la recourante dans sa réplique, le Dr V.\_\_\_\_\_ a relevé des résultats de tests normaux.

Le rapport de la Clinique R.\_\_\_\_\_, établi à la suite d'une hospitalisation volontaire, reconnaît un pronostic favorable et une

amélioration des troubles de la mémoire et de la concentration. Bien qu'il soit fait mention d'une capacité de travail limitée, les médecins de cette clinique ne donnent pas de précisions sur les taux d'incapacité et les périodes, et reconnaissent l'existence d'une capacité de travail avec notamment un soutien du psychiatre traitant.

La décision d'inaptitude au placement rendue par le SDE n'est d'aucun secours à la recourante. En effet, les notions d'invalidité et d'inaptitude au placement ne sont pas identiques dans les deux assurances en question. En vertu de l'art. 15 al. 1 LACI (loi fédérale du 25 juin 1982 sur l'assurance-chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité ; RS 837.0), est réputé apte à être placé le chômeur qui est disposé à accepter un travail convenable et à participer à des mesures d'intégration et qui est en mesure et en droit de le faire. L'aptitude au placement comprend ainsi non seulement la capacité de travailler, mais encore la volonté d'accepter un travail convenable. Un assuré peut dès lors être inapte au placement au sens de la législation sur l'assurance-chômage même si son incapacité de travail est trop faible pour déclencher un droit à l'obtention d'une rente d'invalidité (TF 9C\_131/2010 du 6 octobre 2010 consid. 6 ; 9C\_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 3 ; TFA C 282/05 du 3 mars 2006). En l'espèce, le SDE s'est fondé d'une part sur les certificats médicaux de la Dresse M.\_\_\_\_\_, qui ne sont, comme il a été démontré ci-dessus, pas assez probants pour retenir une incapacité de travail supérieure à 50 %, mais également sur les déclarations de la recourante elle-même, qui a expliqué ne pas souhaiter rechercher un travail. C'est ainsi notamment le fait que la recourante n'était pas disposée à trouver un travail qui a conduit le SDE à nier l'aptitude au placement de la recourante. Les moyens déterminants permettant à l'assurance-chômage de déclarer une personne inapte au placement n'étant pas les mêmes que les moyens permettant de retenir une incapacité de travail au sens de l'assurance-invalidité, la décision du SDE ne permet pas de retenir en l'espèce que la recourante présente une incapacité de travail au sens de l'assurance-invalidité, ce d'autant que la décision du SDE ne démontre pas médicalement une telle incapacité.

Au vu de ce qui précède, c'est à raison que le SMR a retenu que l'état de santé de la recourante était resté stationnaire. Il importe peu que le Dr T.\_\_\_\_\_ n'ait pas lui-même vu la recourante, dès lors que les avis médicaux du SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical, mais ne contiennent par définition pas d'observations cliniques (cf. supra consid. 4). Comme exposé supra, on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci. En l'espèce, aucun document médical au dossier ne permettait de fonder un doute justifiant un examen clinique au SMR ou une expertise externe et l'intimé pouvait ainsi rendre une décision sur la base des appréciations du Dr T.\_\_\_\_\_, qui s'est renseigné à satisfaction de droit auprès des différents intervenants médicaux.

Les rapports médicaux établis entre la décision du 11 avril 2012 et la décision litigieuse ne démontrant aucunement l'existence d'une nouvelle atteinte invalidante à l'état de santé de la recourante, ni l'aggravation des atteintes déjà existantes, c'est à bon droit que l'intimé a considéré que l'état de santé de la recourante ne s'était pas modifié depuis la décision du 11 avril 2012 dans une mesure propre à justifier l'augmentation de la rente.

**c)** Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'instruction (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.2). La requête de la recourante en ce sens soulevée subsidiairement dans son recours, qu'elle n'a du reste pas confirmée par la suite, doit dès lors être rejetée.

**7. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 juillet 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de S.\_\_\_\_\_.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Christine Raptis, avocate (pour S. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :