

VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 1554 vom 28. Oktober 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-10-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2010__1554

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 1554 du 28 octobre 2010

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2010 / 1554 del 28 ottobre 2010

Regeste

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION DE LA RENTE | 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 LAI, 69 al. 1 let. a LAI, 83 LOJV, 16 LPGA, 57 LPGA, 59 LPGA, 61 let. g LPGA, 61 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 2 RAI, 2 al. 1 let. c LPA-VD, 52 LPA-VD, 55 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD, 94 al. 1 let. a LPA-VD

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 28.10.2010 Arrêt / 2010 / 1554

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION DE LA RENTE | 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 4 LAI, 69 al. 1 let. a LAI, 83 LOJV, 16 LPGA, 57 LPGA, 59 LPGA, 61 let. g LPGA, 61 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 88a al. 2 RAI, 2 al. 1 let. c LPA-VD, 52 LPA-VD, 55 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD, 94 al. 1 let. a LPA-VD

TRIBUNAL CANTONAL AI 276/09 - 458/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES
Arrêt du 28 octobre 2010

Présidence de M. Abrecht Juges : M. Monod et
Mme Feusi, assesseurs Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre :

S. _____, à Renens, recourante, représentée par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé.

Art. 7, 8, 16 et 17 LPGA; 4 et 28 LAI; 88a RAI E n f a i t : A. a)

S. _____ (ci-après: l'assurée), ressortissante portugaise née en 1960, divorcée et mère de famille, serveuse, a déposé le 23 janvier 1997 une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), en vue d'obtenir une rente d'invalidité. b) Dans un rapport médical du 11 avril 1997, la Dresse A. _____, spécialiste FMH en médecine interne à [...] et médecin traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales prédominant à droite sur arthrose post., consécutives à des troubles statiques, de douleurs dorsales chroniques sur hypercyphose marquée, de cunéiformisation en D8 et de spondylose étagée; l'atteinte à la santé datait de 1995 et l'incapacité de travail, en tant que serveuse, était de 50% depuis le 2 septembre 1996 pour une période indéterminée. c) Mandaté en qualité d'expert par la caisse-maladie de l'assurée, le Dr U. _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé dans un rapport du 28 août 1997 les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales prédominant à droite secondaires à des troubles statiques, notamment à une hyperlordose lombaire ainsi qu'à une discrète protrusion discale L5-S1, de dorsalgies secondaires à des troubles statiques ainsi qu'à des dysfonctions intervertébrales et d'état dépressif d'évolution chronique; il a estimé la capacité de travail de l'expertisée à 50%, en précisant qu'une reprise à 100% pouvait être envisagée dans un délai d'environ deux mois, pour autant qu'une gymnastique avec

relaxation et étirements musculaires ainsi qu'une gymnastique posturale fussent effectuées de façon quotidienne; le traitement de la dépression apparaissait également indispensable.

d) Par décision du 6 juillet 2001, l'OAI a rejeté la demande de rente de l'assurée, le degré de son invalidité étant fixé à 36,62%. Il a retenu en bref que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans une activité de caissière, qu'elle avait d'ailleurs exercée à partir du 28 mai 1999 à raison de 4 heures par jour. e) Par jugement du 21 janvier 2004 (TAss VD AI 273/01 – 23/2004 du 21 janvier 2004), le Tribunal des Assurances du canton de Vaud a admis le recours formé par l'assurée contre cette décision et a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2001. Dans le cadre de cette procédure judiciaire, le Tribunal des Assurances avait mandaté en qualité d'expert le Dr E. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie. Dans son rapport du 11 août 2003, l'expert judiciaire avait posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4), et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4); selon lui, du point de vue purement psychiatrique, le taux de l'incapacité de gain était de 30%, ce qui correspondait à une capacité de gain de 70%. f) Le jugement du 21 janvier 2004 ayant été annulé par arrêt rendu le 15 avril 2005 (TFA I 126/2004 du 15 avril 2005) par le Tribunal fédéral, qui a renvoyé la cause pour complément d'instruction à l'OAI, celui-ci a mandaté la Clinique romande de réadaptation (ci-après : la CRR) pour une expertise pluridisciplinaire. Dans leur rapport du 27 juillet 2006, les experts de la CRR ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de rachialgies chroniques non spécifiques (M54.9), de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis cervicodorsolombaire, de syndrome douloureux chronique diffus compatible avec une fibromyalgie (M79.0) et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4). Au terme de leur évaluation, ils ont retenu une incapacité de travail globale, tenant compte de la problématique ostéo-articulaire et psychiatrique, de 50%, en précisant qu'il n'y avait pas de contre-indication médicale à la réalisation d'un travail de caissière à 50%. L'expert psychiatre, le Dr R. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a relevé ce qui suit dans son rapport du 4 mai 2006: " Ainsi, au terme de mon évaluation, je retiens chez cette assurée une certaine fragilité psychique sous forme d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Cette psychopathologie récurrente peut contribuer à une augmentation de la symptomatologie douloureuse que présente cette assurée. Cependant, du point de vue de la capacité de travail, sa valeur incapacitante est modérée, en particulier sous forme d'une résistance au stress diminuée. Comme discuté lors de notre entretien de synthèse, l'incapacité de travail globale, en tenant compte de la problématique ostéo-articulaire et psychique, est de l'ordre de 50%. " Par décision du 30 novembre 2007, l'OAI a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité avec effet au 1^{er} décembre 2007, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%. B. a) Le 15 juin 2008, l'assurée a déposé une demande de révision de sa demi-rente AI, en alléguant une dégradation de son état de santé à compter d'octobre 2007. Invitée par courrier du 30 juin 2008 de l'OAI à fournir les éléments rendant plausible une éventuelle modification de son degré d'invalidité, l'assurée a produit un rapport médical adressé le 19 août 2008 à son conseil par la Dresse A. _____, dont il ressort ce qui suit: " Diagnostic: 1) Syndrome polyalgique diffus - Spondylose cervicale, dorsale et lombaire. - Troubles statiques sous forme d'une scoliose dextro-convexe. 2) Urticaire chronique récidivant. 3) Etat anxiodépressif chronique dans le cadre de difficultés existentielles, et de co-morbidités somatiques (état polyalgique diffus, urticaire chronique récidivant, céphalées, épigastralgies). Aggravation de l'état de santé Depuis fin 2007, début 2008 on relève une augmentation du syndrome polyalgique diffus,

touchant en particulier les mains (cf. rapport Dr I. _____) chronification d'un urticaire, des difficultés existentielles (conflit avec sa 3^{ème} fille, soeur ca du sein, problèmes conjugaux, et une aggravation de l'état dépressif avec troubles du sommeil, céphalées, idées noires etc). Nouveau degré d'incapacité de travail 100% d'incapacité de travail dès le 14.11.2007 avec 2 tentatives de reprise: (le 1^{er} décembre et le 4 janvier sans succès). Pronostic: Très médiocre pour une reprise de travail et une reconversion professionnelle; en effet la patiente souffre depuis une quinzaine d'années d'un syndrome polyalgique diffus, d'un état dépressif chronique, d'épigastalgies; et récemment d'un urticaire chronique. Il y a manifestement un épuisement progressif avec de plus en plus de difficultés à assumer son travail. A relever qu'elle vit seule (sa fille aînée au Portugal s'est mariée), la seconde vit seule avec sa fille à Lausanne, et la dernière est dans un foyer. Sa soeur souffre actuellement d'un cancer. On peut dire qu'elle arrive juste à vaquer à ses occupations quotidiennes (hygiène, repas, tenue du ménage), mais qu'un surplus d'activité, (en particulier professionnel n'est plus possible). L'incapacité est donc à 100% dans tout type d'activité. "

b) Le 27 janvier 2009, la Dresse F. _____ a établi un avis médical SMR dont la teneur est la suivante: " Assurée de 48 ans, qui, au terme d'une longue procédure juridique et asséculogique, est au bénéfice d'une demi-rente (inv. 50%) depuis 1997 pour des rachialgies chroniques non spécifiques sur troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis cervico-dorso-lombaire, un syndrome douloureux chronique diffus compatible avec une fibromyalgie, un trouble dépressif récurrent en rémission (voir expertise COMAI du 27.07.2006). Une CT de 50% est exigible depuis août 1997 et le poste de caissière qu'elle occupe depuis 1999 est considéré comme adapté. Le 18.06.2008, l'assurée dépose une nouvelle demande de rente en raison d'une IT à 100% depuis le 28.02.2008. Le dossier de l'assureur perte de gain nous apporte différents rapports médicaux. – Un rapport médical du 12.08.2008 de la Dresse A. _____ qui retient comme diagnostic avec répercussion sur la CT un syndrome polyalgique diffus dans un contexte dépressif, présent depuis plus de 10 ans. L'état dépressif est fluctuant, avec un traitement anti-dépresseur pris par période. Selon la Dresse A. _____, l'activité habituelle n'est plus exigible en raison des douleurs. Aucune mesure médicale n'est susceptible d'améliorer la situation. – Un rapport médical du 02.04.2008 de la Dresse I. _____, rhumatologue. Elle demande au Dr B. _____ de pratiquer un bilan neurologique des membres supérieurs, elle-même ayant exclu une affection rhumatologique inflammatoire à l'origine des douleurs des mains. – Un rapport médical du 20.06.2008 du Dr B. _____, neurologue. L'examen clinique des membres supérieurs est normal. Sur le plan électroneuromyographique, il est mis en évidence de minimes signes en faveur d'un syndrome d'un tunnel carpien à droite, sans indication opératoire en l'état actuel de la situation. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas d'élément médical objectif nouveau qui atteste une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Un substrat organique à l'origine des douleurs de mains et des membres supérieurs qu'évoque l'assurée a été exclu. Le discret syndrome du tunnel carpien ne nécessite aucun traitement spécifique et n'a pas valeur incapacitante. Sur le plan psychique, l'état dépressif est fluctuant, ne nécessitant la prise d'un anti-dépresseur que par intermittence, et principalement mis en lien avec les difficultés existentielles que rencontre l'assurée. De ce fait, on ne peut lui retenir une valeur incapacitante. Par conséquent, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation initiale de la CT [capacité de travail], à savoir 50% dans son activité de caissière, activité adaptée. " C. a) Le 2 février 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision refusant d'augmenter la rente d'invalidité, au motif que l'appréciation de la capacité de travail exigible restait identique. b) L'assurée a fait part de ses objections

sur ce projet de décision par courrier du 10 mars 2009, en produisant une lettre adressée le 9 mars 2009 par la Dresse A. _____ à son conseil, dont la teneur est la suivante: " Suite à votre courrier du 3 mars 2009, par la présente, je réponds à vos questions: – le trouble somatoforme douloureux est actuellement un diagnostic correspondant à la réalité au vu de l'absence de support organique. – l'état dépressif est sévère il y a eu épuisement psychique au fil des années avec une aggravation nette de l'état dépressif; la patiente n'est plus en mesure de faire face à ses difficultés (elle vit dans un deux pièces avec sa fille adulte et son petit-fils; sa fille cadette a quitté le domicile et est actuellement SDF et délinquante, sa soeur dont elle est très proche souffre d'un cancer). Dans les critères de l'état dépressif sévère de Mme S. _____, on peut relever ° des troubles du sommeil ° des troubles du comportement alimentaires avec hyperphagie ° une incapacité à se projeter dans l'avenir ° une tristesse quotidienne avec épisodes de pleurs plusieurs fois par jour ° un sentiment de culpabilité ° une incapacité à effectuer les tâches quotidiennes simples ° une mauvaise image d'elle-même ° une fatigue chronique Ces éléments peuvent fluctuer mais dans le cadre d'un état dépressif sévère à majeur, mais en aucun cas dans un état dépressif léger. Sur le plan du traitement elle reçoit un antidépresseur (Fluoxétine); elle a interrompu son traitement avec le médecin psychiatre il y a quelques mois; dans les cas d'un syndrome somatoforme douloureux avec état dépressif concomittant, la pris en charge par un spécialiste est souvent décevante et les patients bénéficient peu de leur traitement. Compte tenu de la chronification des différents problèmes (physiques, psychiques et sociaux), le suivi par le médecin de premier recours (en l'occurrence par moi-même) est suffisant. Pour le diagnostic de l'état dépressif, il ne fait aucun doute; la divergence concerne la gravité de l'état que ma collègue juge a priori léger, alors qu'il me paraît sévère. " c) Dans un avis SMR du 4 mai 2009, la Dresse F. _____ s'est exprimée comme suit à propos du nouveau rapport médical du 9 mars 2009 de la Dresse A. _____: " Ce rapport médical ne nous apporte pas d'élément objectif nouveau en faveur d'une aggravation de l'état psychique de l'assurée. Il s'agit d'une appréciation différente d'une situation médicale identique, déjà largement documentée par plusieurs expertises médicales. La Dresse A. _____ décrit une symptomatologie dépressive fluctuante. Cependant et comme déjà relevé dans l'avis médical SMR du 27.01.2009, cet état dépressif, bien que considéré comme sévère par la Dresse A. _____, n'a pas motivé d'hospitalisation, ne nécessite pas de traitement anti-dépresseur, ni prise en charge psychiatrique spécifique. Par conséquent, on ne peut retenir une valeur pleinement incapacitante à un état dépressif ne nécessitant aucune prise en charge psychiatrique spécifique. On ne peut pas non plus le considérer comme une co-morbidité psychiatrique grave au trouble douloureux chronique dont souffre l'assurée. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de procéder à d'autres investigations psychiatriques. " d) Le 30 avril 2009, l'OAI a rendu une décision, expédiée le 8 mai 2009, dans laquelle il a procédé à un nouveau calcul de la rente avec effet dès le 1 er mai 1997, sur la base d'un degré d'invalidité de 50%. e) Le 11 mai 2009, l'OAI a rendu une décision de refus d'augmentation de la rente d'invalidité, dont la motivation est en substance la suivante: L'assurée, qui bénéficie d'une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 50%, a déposé le 18 juin 2008 une demande de prestations AI pour signaler une aggravation de son état de santé. Il ressort des renseignements médicaux en possession de l'Office et de l'avis du SMR que l'incapacité de travail et de gain est toujours estimée à 50%. En effet, il n'y a pas d'éléments objectifs nouveaux montrant une baisse de la capacité de travail dans une activité adaptée, les limitations fonctionnelles et les diagnostics étant les mêmes que précédemment. Il n'y a donc pas lieu de modifier l'appréciation de la capacité de travail

exigible. L'activité de caissière est adaptée à la situation médicale de l'assurée et peut donc être exercée à 50%. D. a) Par acte du 4 juin 2009, l'assurée, représentée par l'avocat Philippe Nordmann, a recouru contre les décisions de l'OAI des 30 avril et 11 mai 2009, en précisant qu'elle conteste principalement la décision du 11 mai 2009 et que pour celle du 30 avril 2009, ce ne sont pas les calculs qui sont contestés, mais bien le degré d'invalidité de 50%. Elle fait valoir que les décisions contestées sont basées sur un avis médical de la Dresse F. _____ qui retient, sans avoir jamais vu l'assurée, que celle-ci pourrait travailler à 50% comme caissière (cf. lettre B.b supra). A cet avis s'oppose toutefois un rapport médical du 9 mars 2009 de la Dresse A. _____, produit à l'appui de la contestation du projet de décision, qui estime que l'état dépressif est sévère et non pas léger (cf. lettre C.b supra). Or cet avis n'a donné lieu à aucune investigation complémentaire et n'a même pas été discuté par l'OAI, lequel a ainsi failli à son devoir d'instruire correctement le cas. En effet, il était nanti de renseignements médicaux précis et argumentés, appuyant l'existence d'une incapacité totale de travail depuis l'automne 2007. Il ne suffit pas, dans ces circonstances, d'émettre un avis sur dossier pour écarter les arguments de l'assurée. Il y a même divergence entre le médecin traitant et l'OAI – qui n'a pourtant pas examiné ou fait examiner l'assurée – sur le diagnostic et sur la répercussion de l'état dépressif sur les douleurs somatiques éprouvées et sur la capacité de travail. La recourante conclut par conséquent à la réforme des décisions attaquées en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2008. La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée. b) Dans sa réponse du 16 septembre 2009, l'OAI a exposé n'avoir rien à ajouter à sa décision du 30 avril 2009, qu'il ne pouvait que confirmer, et a proposé dès lors le rejet du recours. c) Invitée à fournir ses réquisitions quant à d'éventuelles mesures d'instruction complémentaires, la recourante a demandé le 13 octobre 2009 quelle serait l'instruction pour la suite de ce dossier. Interpellée le 15 octobre 2009 par le juge instructeur, la Dresse A. _____ a confirmé par courrier du 23 octobre 2009 que la collègue dont elle parlait dans l'avant-dernier alinéa de sa lettre du 9 mars 2009, où elle écrivait que "la divergence concerne la gravité de l'état [dépressif] que ma collègue juge a priori léger, alors qu'il me paraît sévère" (cf. lettre C.b supra), était bien la Dresse F. _____ du SMR; elle a en outre indiqué que le médecin psychiatre auprès duquel la recourante était en traitement et qu'elle mentionnait au premier alinéa de la page 2 de sa lettre du 9 mars 2009 était le Dr Q. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à [...]. d) Après plusieurs vaines tentatives du Tribunal (courriers des 17 décembre 2009, 16 février 2010 et 8 avril 2010) d'obtenir du Dr Q. _____ un rapport médical, une expertise psychiatrique judiciaire a été ordonnée et confiée au Dr P. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Le rapport de l'expert judiciaire, déposé le 13 juillet 2010, contient une analyse des pièces du dossier (p. 2-3), une anamnèse familiale et personnelle (p. 4-5), les indications subjectives de l'expertisée (p. 6-7), les constatations cliniques (p. 7-8), les indications recueillies lors d'un entretien téléphonique avec la Dresse A. _____ (p. 8-9), les diagnostics psychiatriques selon la CIM-10, accompagnés de commentaires (p. 9-10), la discussion du cas (p. 10-11) et les réponses aux questions (p. 11-20). Il en ressort en particulier ce qui suit : " 5. Diagnostics psychiatriques selon CIM-10 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques F33.2 Accentuation de traits de personnalité de type narcissique et émotionnellement labile Z73.1 Commentaires : Madame S. _____ présente les critères d'un trouble dépressif récurrent. Elle a présenté sans aucun doute deux épisodes dépressifs importants le premier lors de la grossesse de sa troisième fille en 1989, et le second en 1993

suite au décès de son neveu. En outre, la Doctoresse A. _____ a objectivé à plusieurs reprises des épisodes dépressifs d'intensité variable. Les différents experts ayant évalué l'assurée s'accordent sur la présence d'un trouble dépressif récurrent. Actuellement, l'assurée traverse un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Elle remplit les critères définis par la CIM-10: une diminution constante de l'humeur, une perte de plaisir aux choses agréables, un repli social important, une diminution de l'attention, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi qu'elle décrit, mais qu'elle ne reconnaît pas (Madame S. _____ est passablement anosognosique, ce qui veut dire qu'elle n'a pas conscience de sa maladie), des idées d'insuffisance, une attitude négative face à l'avenir, une perturbation du sommeil et une perte de poids importante. L'état dépressif s'est peu à peu accentué depuis février 2008. Il s'est très probablement cristallisé en 2009 quand l'assurée s'est rendue compte qu'elle s'était progressivement isolée et qu'elle ne voyait plus d'issue. Nous notons que Madame S. _____ présente la plupart des symptômes d'un syndrome somatique : un manque d'envie et de plaisir à accomplir les activités habituellement agréables, un réveil matinal précoce, un ralentissement psychomoteur, une humeur plus négative le matin et une perte de poids. Lors des entretiens, nous avons observé des traits de personnalité narcissique chez l'assurée qui cherche à donner la meilleure image possible d'elle, à se montrer forte et valeureuse, à masquer ses défaillances. Ses mécanismes de protection ont surtout consisté en une attitude méfiante en début d'expertise ainsi qu'en une tendance à minimiser certains problèmes psychiques et psychoaffectifs et à souligner ses capacités. Elle présente également des traits de personnalité émotionnellement labile, sous forme d'une tendance aux passages à l'acte au détriment de la réflexion, d'une humeur instable, d'une difficulté à s'engager dans des relations durables, d'un trouble du comportement alimentaire et d'une lutte constante contre la dépression.

6. Discussion et réponses aux questions L'assurée est une femme de cinquante et un ans qui souffre depuis une vingtaine d'années d'un état de santé physique et psychique qui va en s'aggravant. Elle a vécu de nombreux événements de vie difficiles et s'est peu à peu épuisée. Sur fond de traits de personnalité narcissique et émotionnellement labile, elle a présenté des défaillances psychiques aiguës en 1989 et 1993 qui ont été suivies quelques années plus tard de défaillances physiques dégénératives. Madame S. _____ a vu son état psychique se dégrader davantage encore depuis début 2008. À ce moment, elle arrête définitivement de travailler. Son activité professionnelle, malgré les souffrances physiques qu'elle occasionnait, constituait une source de valorisation personnelle et un environnement d'échange social. Depuis février 2008, l'assurée s'est sentie de plus en plus fatiguée et a perdu le goût de faire ce qui lui avait toujours fait plaisir jusque-là. Sa thymie a évolué vers un nouvel épisode dépressif majeur. Diminuée par cet épuisement psychique et physique, devenue irritable, l'assurée tolérait de moins en moins les contacts avec autrui et les frustrations qui pouvaient en découler. Elle s'est repliée sur elle-même et a pris conscience de l'ampleur de sa situation. L'état dépressif a atteint son paroxysme en hiver 2009 avec l'apparition d'idées suicidaires. Madame S. _____ présente une importante faille narcissique. Pour se protéger contre cette blessure de son ego, l'assurée met en oeuvre différents mécanismes pour soigner son image auprès d'autrui. Ces mécanismes de défense ont pour effet de diminuer l'importance de la symptomatologie aux yeux des observateurs. En d'autres termes, Madame S. _____ essaie de se présenter mieux qu'elle ne l'est réellement. Aujourd'hui, elle semble arrivée à un point où elle ne sait plus si elle doit mettre en avant ses difficultés ou si elle doit se montrer sous son meilleur jour. L'importance actuelle du trouble dépressif implique une incapacité de travail totale. Cependant, l'assurée

est prête à de nouvelles tentatives de traitement médicamenteux. S'il s'avère possible d'obtenir une nouvelle rémission, ce qui n'est de loin pas certain, l'incapacité de travail sur le plan psychiatrique serait de cinquante pourcents en raison d'une vulnérabilité persistante, probablement de manière définitive, et d'un rendement diminué. Cependant, nous sommes pessimistes quant à un pronostic positif. En effet, toutes les tentatives de traitement psychiatrique ont jusque-là échoué, en partie en raison des traits de personnalité de l'expertisée. Questions et réponses : Questions de Maître Philippe Nordmann : (...) 6. Influences de l'état psychique de l'expertisée sur sa capacité de travail, dans la profession exercée précédemment ou dans une autre profession accessible à l'intéressée. Incapacité à supporter toute situation de stress relationnel tant avec la clientèle qu'avec les collègues. Difficulté de gestion émotionnelle. Incapacité d'adaptation. Fatigabilité accrue, ralentissement psychomoteur et troubles de la concentration. Risque d'effondrement psychique. Vulnérabilité émotionnelle. Risque d'absentéisme. Cela dans toute profession. 7. Plus précisément: si l'incapacité de travail n'est que partielle, veuillez préciser le pourcentage en temps et en rendement. Aujourd'hui, la capacité de travail est nulle. 8. Estimez-vous que la situation est susceptible de se modifier (dans le sens d'une amélioration ou d'une dégradation) à l'avenir et, si oui, dans quel délai? La situation est susceptible d'amélioration sur le plan psychique (état dépressif), malgré la persistance indiscutable d'une vulnérabilité psychique. Il est difficile de définir un délai pour une éventuelle amélioration. Sur le plan physique, la tendance va vers une aggravation, ce qui aura des répercussions négatives sur l'humeur de cette personne fondamentalement très indépendante, qui perd peu à peu ses ressources et son autonomie. 9. Dans cette hypothèse, préciser l'influence de cette éventuelle modification sur la capacité de travail (si elle existe) de l'expertisée. Amélioration des troubles de la concentration et de la mémoire, plaisir aux activités et aux contacts retrouvés, revalorisation narcissique, mais aussi persistance d'une vulnérabilité, d'une baisse du rendement et d'un risque d'absentéisme. 10. L'expertisée a-t-elle en elle-même des ressources suffisantes (quant à l'intelligence, quant à la domination des émotions, etc.) pour surmonter ses douleurs; peut-on dire qu'il subsisterait une volonté mobilisable à cette fin ? Non, les ressources de l'assurée ont été dépassées depuis l'effondrement dépressif en 2008. Les traits de personnalité narcissique et émotionnellement labile diminuent les ressources résiduelles de l'expertisée par une dépense d'énergie psychique supérieure pour maintenir une image de soi blessée et pour contenir une instabilité émotionnelle. 11. Préconisez-vous un traitement médical quant à l'état psychique actuel de l'expertisée et si oui lequel? Il nous semble pertinent de réintroduire un traitement antidépresseur médicamenteux, à choisir par le médecin prescripteur, en insistant sur une prise des médicaments au long cours. 12. Peut-on attendre de ce traitement une amélioration de la capacité de travail et de gain et, si oui, dans quelle mesure et dans quel délai? Il nous paraît peu probable que ce traitement, qui peut avoir un effet positif sur l'humeur de l'expertisée, permette d'améliorer la capacité de travail chez cette femme vulnérable sur le plan psychique, usée par les expériences de vie auxquelles elle a fait face et dont la fibromyalgie et la pathologie ostéo-articulaire dégénérative persistent. Questions de l'AI : (...) 4. Diagnostics psychiatriques (selon classification ICD-10) 4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents? Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2). Ce trouble est vraisemblablement présent depuis 1989, avec rechute dès février 2008. 4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents? Accentuation de traits de personnalité de type narcissique et

émotionnellement labile (Z73.1). Cette problématique remonte selon toute probabilité à l'adolescence. 5. Appréciation du cas et pronostic (...) 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici? Les troubles psychiatriques agissent indirectement sur la capacité à exercer l'activité de caissière en diminuant les ressources de l'expertisée face au stress et en augmentant sa sensibilité à la douleur. Ils agissent directement sur la capacité de travail par un ralentissement psychomoteur et une fatigabilité, ce qui a un effet sur le rendement. La diminution du seuil de tolérance et les difficultés relationnelles actuelles entraîneraient des difficultés sur le plan des relations de travail et des relations à la clientèle. Le sentiment d'incompétence et l'humeur dépressive rendent difficile, voire impossible le maintien significatif d'une activité professionnelle exploitable. Madame S._____ présente de légers troubles de la concentration et de la mémoire. 2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail Aujourd'hui, il n'existe pas de capacité de travail résiduelle. 2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)? En l'état actuel, l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible. Si un traitement psychotrope aboutit effectivement à une rémission durable, alors une capacité de travail résiduelle de 50 pourcents sous l'angle strictement psychiatrique est envisageable. 2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure? Actuellement, le rendement est nul. Si l'état psychique s'améliore, le rendement peut atteindre 50 pourcents (compris dans l'évaluation d'une incapacité de travail de 50 % sous l'angle psychiatrique cf. point 2.3). 2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? 1997. 2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Madame S._____ a présenté plusieurs épisodes dépressifs et elle a présenté une vulnérabilité psychique depuis 2003 au moins. Globalement, l'incapacité de travail ne s'est pas modifiée entre 2003 (expertise E._____) et l'été 2006 (expertise CRR), voire même fin 2007. Du point de vue psychiatrique, une incapacité de travail de 100% remonte selon toute probabilité à février 2008. (...) 3.4 Si plus aucune activité n'est possible, quelles en sont les raisons? Malgré un traitement psychotrope qui peut avoir un effet positif sur l'humeur de l'expertisée, il nous paraît peu probable d'améliorer suffisamment la capacité de travail chez cette femme vulnérable, sur le plan psychique, et usée par les expériences de vie auxquelles elle a fait face et dont les problèmes ostéo-articulaires et la fibromyalgie persistent. (...) Questions du tribunal : 1. Veuillez indiquer quelle a été l'évolution de l'état de santé psychique de la recourante et de la répercussion de cet état de santé sur la capacité de travail de la recourante: a) depuis le 27 juillet 2006 (date du rapport de la CRR) Entre 2006 et l'été 2008, l'état psychique de l'assurée a été marqué par une vulnérabilité persistante mais constamment marqué par un vécu dépressif d'intensité variable, sans pour autant diminuer la capacité de travail au-delà des 30 % qui avaient déjà été signalés par le Dr E._____ dans son expertise de 2003. Du point de vue psychiatrique, une incapacité de travail de 100% remonte selon toute probabilité à février 2008. b) depuis le 30 novembre 2007 (date de la précédente décision de l'OAI) Idem. 2. Veuillez indiquer pour quelles raisons vous vous ralliez ou le cas échéant vous vous écarterez des conclusions des spécialistes qui se sont précédemment exprimés sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante. Nous ne nous éloignons pas vraiment des prises de position des précédents experts sur le plan psychiatrique car l'état de l'assurée a évolué après l'expertise de 2006. Déjà en 2003, l'expert E._____ avait retenu une incapacité de travail de 30 % sur le plan purement psychiatrique. En 2006, lors de son séjour à la CRR, Madame S._____ ne présentait probablement pas encore la symptomatologie dépressive qui est apparue et s'est

crystallisée dès 2008. Nous pensons que Madame S. _____ a présenté pendant de nombreuses années une diminution de sa capacité de travail de 30% comme l'avait spécifié l'expert E. _____ en 2003. A notre avis, il s'agissait effectivement d'une diminution de la capacité de travail qui devrait s'ajouter à l'atteinte somatique, car elle ajoute une fatigabilité, une diminution du rendement, une vulnérabilité au stress et implique un risque d'effondrement de l'humeur et un absentéisme qui ne sont pas compris dans la pathologie ostéo-articulaire. Un trouble dépressif récurrent constitue une fragilisation de la personnalité même lorsqu'il existe une rémission (rémissions qui sont par ailleurs souvent passagères comme dans le cas de l'expertisée). Depuis l'effondrement thymique qui est toujours en cours et qui a impliqué une incapacité de travail totale, une incapacité de travail définitive à reprendre une activité avec un rendement supérieur à 30% est à craindre. 3. Veuillez vous prononcer sur la présence éventuelle, et le cas échéant l'impact, d'éléments étrangers à l'état de santé (facteurs psycho-sociaux) sur la capacité de travail de l'assurée. Différents événements de la vie de l'assurée ont eu un impact sur la santé psychique de l'expertisée, du fait qu'ils ont contribué à l'apparition et à la chronicisation de la problématique dépressive des ruptures conjugales et affectives, des décès dont celui du neveu, la perte de son emploi, la maladie de sa soeur, la cohabitation pénible avec sa fille et son petit-fils. Toutefois, ce ne sont pas ces facteurs qui sont la cause de l'incapacité de travail, mais bien l'effondrement de l'humeur et le trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel sévère, en parallèle à la diminution de la capacité de travail pour raisons somatiques. 4. Dans la mesure où la recourante souffrirait d'un trouble somatoforme douloureux, ou d'une affection présentant le même tableau clinique, veuillez évaluer le caractère exigible par la recourante d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de reprendre une activité lucrative adaptée à son état de santé sur le plan somatique, au regard des critères suivants : Cette question tombe. La fibromyalgie n'est pas en soi un trouble somatoforme douloureux persistant au sens de la CIM-10. Nous ne mettons pas en évidence un contexte émotionnel qui peut expliquer la symptomatologie douloureuse comme l'exige la CIM-10 pour un trouble somatoforme douloureux persistant. Il s'agit bien plus d'une usure au long cours de l'énergie vitale et de la capacité de résistance chez cette femme qui se veut autonome et indépendante. A notre avis, Madame S. _____ qui présente des traits de personnalité prémorbides, ne peut plus, par un effort de volonté, surmonter ses douleurs. a) co-morbidité psychiatrique, de quelle acuité et de quelle durée (en cas de trouble dépressif, veuillez préciser s'il est antérieur ou réactionnel au trouble somatoforme)? Il existe une co-morbidité psychiatrique à la fibromyalgie sous forme d'un trouble dépressif récurrent dont le début est antérieur à la fibromyalgie. Il existe d'autre part une personnalité prémorbide sous forme de traits de personnalité narcissiques et émotionnellement labiles. b) affections corporelles chroniques ou processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable? Pas d'autre maladie significative en dehors de la fibromyalgie, à notre connaissance. c) perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie? Il existe une perte d'intégration sociale progressive depuis l'été 2008, totale depuis fin 2008. La cohabitation avec la fille et le petit-fils est vécue de manière pénible et est simplement subordonnée à des exigences économiques. d) état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie) La situation actuelle a peu de chances d'évoluer, même en cas d'amélioration de la rechute dépressive. e) échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de

la motivation et des efforts du recourant pour surmonter les effets du trouble ? Madame S. _____ est suivie régulièrement sur le plan rhumatologique. Sur le plan psychiatrique, différentes tentatives de traitement n'ont pas permis d'obtenir une stabilisation durable de l'humeur de l'expertisée. D'apparents problèmes de motivation et de manques d'efforts de la part de la recourante sont en réalité liés aux rechutes dépressives, au découragement face à ces rechutes répétées au long cours, et au fonctionnement de personnalité (traits émotionnellement labiles et narcissiques) de l'expertisée. " e) Invité à se déterminer sur le rapport d'expertise judiciaire du 13 juillet 2010, l'OAI a indiqué le 26 août 2010 se rallier à l'avis médical SMR établi le 17 août 2010 par la Dresse F. _____, qui retient notamment ce qui suit: " Cette expertise apparaît convaincante; elle prend en compte les plaintes de l'assurée, se fonde sur un examen clinique complet et est faite en pleine connaissances du dossier médical. En outre, l'expert psychiatre fournit une appréciation médicale claire et cohérente. Le Dr P. _____ retient une aggravation de l'état psychique de l'assurée à partir de février 2008, avec un épisode dépressif actuellement sévère sans symptôme psychotique, le tout s'inscrivant dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent. L'on peut toutefois regretter l'absence totale de prise en charge psychiatrique spécifique et régulière au vu de l'importance actuelle de la symptomatologie dépressive et étant donné que la situation est susceptible d'amélioration avec, conjointement, une amélioration significative de la capacité de travail de l'assurée avec récupération d'une CT résiduelle de 50%. Par conséquent, au vu de l'absence actuelle de traitement spécifique, l'on peut considérer que l'état de santé psychique de l'assurée n'est pas stabilisé, puisqu'il est susceptible de s'améliorer avec un traitement psychiatrique bien conduit. L'exigibilité d'un tel traitement pourrait être envisagée compte tenu de ce qui précède, avec une révision à prévoir à 1 an. " Constatant ainsi que le rapport d'expertise du Dr P. _____ faisait apparaître une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante depuis février 2008, cette situation étant toutefois susceptible d'amélioration moyennant une prise en charge psychiatrique spécifique qui apparaît exigible, l'OAI s'en est remis à l'appréciation du Tribunal en ce qui concernait la suite à donner à cette affaire. f) Egalement invitée à se déterminer sur le rapport d'expertise judiciaire du 13 juillet 2010, la recourante a estimé le 31 août 2010 que ce rapport était clair et soigneusement motivé et qu'une pleine valeur probante devait lui être reconnue. Elle a relevé, s'agissant de la date à laquelle avait débuté l'incapacité de travail à 100%, que l'expert fixait cette date à février 2008 en réponse à la question 1a du Tribunal et que c'était bien cette date qu'il y avait lieu de retenir. Dès lors, la recourante a corrigé les conclusions de son recours en ce sens que la rente entière n'est plus demandée dès le 1^{er} février 2008, mais seulement dès le 1^{er} mai 2008, soit trois mois après l'aggravation. Le 9 septembre 2010, le juge instructeur a informé les parties que la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu dans les prochains mois. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, 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 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre 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) 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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par S. _____ contre les décisions rendues les 30 avril et 11 mai 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. La décision du 11 mai 2009 étant une décision de principe sur la demande de la recourante de réviser la décision du 30 novembre 2007 lui reconnaissant le droit à une demi-rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 50%, tandis que la décision du 30 avril 2009 fixe – sur la base d'un degré d'invalidité de 50% – le montant de la demi-rente d'invalidité (et de la rente pour enfant) ainsi due, la recourante a manifestement un intérêt digne d'être protégé à recourir contre ces deux décisions (art. 59 LPGA). S'agissant d'une contestation relative à une demande de révision tendant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité en lieu et place d'une demi-rente, la valeur litigieuse est manifestement supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Aux termes de l'art. 8 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^{er} in fine LAI). En vertu de l'art. 7 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, 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. D'après l'art. 16 LPGA, 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. b) 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; 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; cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 368 consid. 2 et la référence

cité). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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. 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 les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Cela étant, en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2). 3. a) En l'espèce, la Cour des assurances sociales, confrontée à des avis médicaux divergents en ce qui concerne une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante sur le plan psychiatrique – la Dresse A._____, médecin traitant, estimant que la recourante souffrait d'un état dépressif sévère, tandis que la Dresse F._____ du SMR estimait, sans avoir vu la recourante, que cet état dépressif, dans la mesure où il était fluctuant, ne nécessitait la prise d'un anti-dépresseur que par intermittence et devait principalement être mis en lien avec les difficultés existentielles que rencontrait la recourante, n'était pas incapacitant – a confié une expertise judiciaire psychiatrique au Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 13 juillet 2010, qui contient une anamnèse complète, prend en considération les plaintes et indications subjectives de l'assurée et se fonde sur des examens complets – reposant notamment sur les deux entretiens de respectivement 80 et 55 minutes que l'expert a eus avec la recourante, ainsi que sur un entretien téléphonique de 20 minutes qu'il a eu avec la Dresse A._____ –, l'expert est arrivé à la conclusion, au terme d'une description claire du contexte médical et de la situation médicale, que, par rapport à la situation existant lors des expertises psychiatriques de 2003 et de 2006 sur

laquelle reposait la décision d'octroi d'une demi-rente du 30 novembre 2007, l'état dépressif de la recourante s'était aggravé de manière à entraîner dès février 2008 une incapacité de travail de 100%. Force est de considérer, à l'instar des parties elles-mêmes, que le rapport de l'expert judiciaire, qui est complet, convaincant et remplit tous les critères formels posés par la jurisprudence (cf. consid. 2c supra), doit se voir reconnaître pleine valeur probante. Il y a dès lors lieu d'en suivre les conclusions et de retenir qu'en raison d'une rechute de son trouble dépressif récurrent sous la forme d'un épisode actuel sévère, la recourante a présenté dès février 2008 une incapacité de travail de 100% dans toute activité.

b) L'expert judiciaire a envisagé la possibilité qu'un traitement psychotrope puisse éventuellement, s'il devait aboutir à une rémission durable, permettre à la recourante de retrouver une capacité de travail résiduelle pouvant atteindre 50% sous l'angle strictement psychiatrique. Dans son avis médical SMR du 17 août 2010, la Dresse F. _____ en déduit que "l'état de santé psychique de l'assurée n'est pas stabilisé, puisqu'il est susceptible de s'améliorer avec un traitement psychiatrique bien conduit". La révision d'une décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité en cas d'aggravation de l'état de santé entraînant une incapacité totale de travail ne suppose toutefois pas que l'état de santé soit stabilisé en ce sens qu'il faudrait que l'atteinte soit essentiellement irréversible et qu'elle entraîne ainsi une incapacité de gain permanente (cf. art. 8 LPGA et ATF 111 V 21 consid. 2b). Pour qu'une aggravation de l'incapacité accroisse le droit aux prestations, il suffit au contraire, selon l'art. 88a al. 2 RAI, que le changement ait duré trois mois sans interruption notable, ce qui est le cas en l'espèce puisque, selon le rapport d'expertise du 13 juillet 2010, l'incapacité de travail totale qui persiste à ce jour a débuté en février 2008.

4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, fondé, doit être admis et les décisions rendues les 30 avril et 11 mai 2009 par l'OAI réformées en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2008, soit trois mois après l'aggravation de son état de santé psychique ayant entraîné une incapacité de travail totale dans toute activité. La cause sera renvoyée à l'autorité intimée pour fixation du montant de la rente ainsi due.

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. Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires.

c) La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD ; art. 61 let. g LPGA), comprenant une participation aux honoraires de son avocat, fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPGA ; art. 7 al. 3 du Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008 [TFJAS, RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu de fixer à 2'000 fr. l'indemnité à verser par l'OAI à la recourante à titre de dépens. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. Les décisions rendues les 30 avril et 11 mai 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont réformées en ce sens que S. _____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} mai 2008, la cause étant renvoyée audit office pour fixation du montant de la rente. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. Une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs), à payer à S. _____ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Philippe

Nordmann (pour S. _____), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales (OFAS), 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.