

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 décembre 2017

Composition : M. PIGUET, président
MM. Métral et Neu, juges
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante, représentée par Procap,

et

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

Art. 17, 21 al. 4 et 53 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. a) X._____, née en 1967, titulaire d'un diplôme de commerce, a travaillé en qualité de comptable pour le compte de plusieurs entreprises jusqu'en 2002, année où elle a cessé toute activité professionnelle.

b) Souffrant de problèmes de la sphère psychique (dépression, phobies, angoisses), elle a déposé le 25 juillet 2011 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Dans l'impossibilité d'obtenir des renseignements médicaux de la part du médecin traitant de l'assurée, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr P._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Dans son rapport du 30 août 2012, ce médecin a retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de trouble panique avec agoraphobie (actuellement en rémission partielle) et de trouble obsessionnel compulsif (avec comportements compulsifs au premier plan, actuellement en rémission partielle), et celui - sans répercussion sur la capacité de travail - de trouble de la personnalité anankastique ; il a également mis en évidence un risque d'évolution vers une dépendance éthylique selon l'anamnèse. Au moment d'apprécier la situation, l'expert a indiqué les éléments suivants :

Il s'agit d'une assurée d'origine suisse, actuellement âgée de 44 ans, célibataire sans enfants. Au bénéfice d'un diplôme d'employée de commerce, elle a travaillé comme comptable senior dans la distribution jusqu'en 2002. En arrêt maladie pour des raisons psychiques depuis 2008 (symptômes dépressifs, anxieux, agoraphobie, compulsions), l'investiguée a déposé une demande auprès de l'assurance-invalidité le 25.07.2011, en raison d'une capacité de travail nulle.

Actuellement, elle bénéficie d'une prise en charge psychiatrique bimensuelle depuis la fin de l'année 2011, d'un traitement antidépresseur de trazodone, anxiolytique d'alprazolam et soporifique de zolpidem. La prise de sang réalisée le jour de l'expertise objective des taux cliniques efficaces de

benzodiazépines, avec des taux infra cliniques de trazodone et de zolpidem.

Intégrant les données du dossier médical aux informations anamnestiques actuelles, l'expert retient actuellement un trouble panique avec agoraphobie et un trouble obsessionnel compulsif avec comportements compulsifs au premier plan, actuellement en rémission partielle, pathologies évoluant dans le contexte d'un trouble de la personnalité anankastique.

Les limitations fonctionnelles retenues décrites par l'assurée seraient en lien avec une impossibilité à utiliser les transports en commun et avec des difficultés relationnelles. L'expert confirme l'existence de légères limitations fonctionnelles dans les domaines susmentionnés, de même que d'une fatigue modérée en lien avec des compulsions (rituels de lavage, vérifications prenant une heure par jour environ). Ces limitations fonctionnelles sont effectives depuis l'année 2008 et en diminution progressive au fil des mois qui ont suivi sa prise en charge psychiatrique bimensuelle, fin de l'année 2011.

Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique, l'expert estime que la capacité de travail médico-théorique de l'investiguée a été conservée à hauteur de 100 %, avec une baisse de rendement de l'ordre de 30 %, en raison des limitations fonctionnelles susmentionnées.

Toutefois, nous concluons quant au fait qu'un traitement antidépresseur à des doses cliniquement plus élevées que celles utilisées pour les troubles dépressifs (par exemple venlafaxine 150mg/jour) serait exigible dans cette situation. D'un point de vue médico-théorique, le rendement pourrait être amélioré à hauteur de 100 % dans les mois suivant l'instauration d'un tel traitement.

Le pronostic dépendra de la volonté de l'investiguée à s'inscrire dans un suivi psychiatrique hebdomadaire ciblant son trouble de la personnalité et à suivre un traitement antidépresseur à des doses élevées durant 6 mois après la disparition symptomatique pour diminuer le risque de rechute.

Une réadaptation professionnelle et un bilan de compétences peut être positif dans cette situation, tenant compte du déconditionnement de l'investiguée. Sa demande de reconversion professionnelle dans une activité informatique pourrait également être positive, étant donné sa motivation annoncée pour ce type d'activité. Toutefois, une reconversion professionnelle n'est pas exigible d'un point de vue asséculo-logique dans cette situation. En effet, l'ancienne activité de comptable reste exigible à 100 %, avec une diminution du rendement de l'ordre de 30 %, dans l'absence d'un traitement antidépresseur qui est exigible dans cette situation.

Par projet de décision du 8 mars 2013, l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision et a produit un rapport médical de son médecin traitant, le Dr N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, daté du 15 mai 2013 :

[...], je me permets de vous faire part des informations suivantes sur la base d'une prise en charge qui s'est déroulée depuis le 16.11.11 encore en cours actuellement:

- Diagnostics (CIM-10) :

- trouble obsessionnel-compulsif avec comportements compulsifs au 1^{er} plan (F42.1)
- agoraphobie avec trouble panique (F40.01)
- personnalité borderline (F60.31)
- antécédent de dépression sévère post licenciement en 2001 avec incapacité de travail et traitement antidépresseur durant 3 ans (F32.2)
- dislocation de la famille par divorce en 1977 (Z63.3)
- expérience personnelle terrifiante pendant l'enfance (Z61.7)

- Répercussions sur sa capacité de travail :

Concernant le **trouble obsessionnel-compulsif (toc)**, il s'agit principalement d'obsessions concernant la propreté du corps avec le besoin compulsif de se nettoyer absolument partout, de n'oublier aucune zone, avec des rituels comme le besoin de passer au moins 7 fois sur le menton par exemple. Elle a des peurs de contamination, ainsi après l'épilation qu'elle s'impose quotidiennement elle doit recommencer à se laver de peur que la pince à épiler ne soit pas propre. Ses peurs sont alimentées par les contacts avec les gens, la croyance de pouvoir être infectée par des postillons dans la rue, au café, dans les transports publics. Elle va également nettoyer son téléphone portable de façon compulsive « car c'est là qu'il y a le plus de microbes », rituel de nettoyage également avec ses lunettes. Tant qu'elle n'a pas accompli tous ces gestes elle n'ose pas sortir de chez elle. Le tout lui prend actuellement plus de 4 heures par jour, dont 1h30 pour la douche, 1 heure occupée à des rituels autour de l'épilation alimenté par des croyances irrationnelles, et le reste est occupé en rituel sur la manière de se coiffer (il faut qu'il n'y ait aucun nœud), rituel de crémage du visage, s'éponge avec une serviette puis recommence, doit faire des aller-retour compulsifs entre la salle de bain et la cuisine, rituels d'habillages avec des habits absolument propre (fait sa lessive à 95°), rituel pour l'application du déodorant autour de la dose et du nombre de passages. Entre chaque rituel et tout au long de la journée également après avoir touché certaines choses (objet poussiéreux, poubelle, porte du local poubelle, son chien, etc), besoin compulsif de se laver les mains, à raison de 3 passages par doigt et en comptant les doigts, faisant plusieurs passages tout en devant éviter le chiffre 13. Nécessité également de faire un à deux passages sous-unguéal ; à force tendance à une légère dépigmentation des mains. Ce toc est

apparu progressivement depuis l'enfance et est allé crescendo : jusqu'en 2001 année où la patiente a perdu son emploi, il lui prenait 2 heures par jour et occasionnait des arrivées tardives et de l'absentéisme. Depuis lors il n'a fait qu'empirer et à présent il occupe la moitié de la journée de la patiente. A lui seul il occasionne une incapacité de travail de 50%.

Concernant l'**agoraphobie**, il s'agit surtout d'une agoraphobie des transports publics avec la peur d'être coincée s'il lui arrive un malaise et d'une agoraphobie alimentée par les peurs de contamination. L'agoraphobie survient aussi dans les commerces si il y a une file d'attente à la caisse, dans les ascenseurs, les rues très passantes, les cafés si plusieurs personnes arrivent en même temps. Ses peurs sont beaucoup plus fortes dans les grandes villes (comme Genève), la foule générant chez elle un sentiment de panique et d'insécurité, ce phénomène est présent également dans les petites villes mais dans une moindre mesure. Mme F. ne supportait pas les team-meeting dans son bureau du temps où elle travaillait. La patiente peut certains jours prendre les transports publics lorsqu'elle est moins envahie par ses peurs mais au prix d'un grand effort psychique. Des attaques de panique peuvent survenir dans ces circonstances. Prendre les transports en commun aux heures de pointe est actuellement irréalisable pour la patiente.

Concernant le **trouble de la personnalité borderline**, il a un impact sur les relations de la patiente : elle est hypersensible aux attitudes de l'autre, parfois interprétative. Elle ne supporte pas la critique ni le rejet qui génèrent chez elle de fortes réactions émotionnelles ou une attitude très renfermée pouvant compromettre son intégration dans une équipe de travail. Lors de son emploi de comptable chez E. _____ elle a été licenciée pour non intégration dans l'équipe après 5 ans d'activité. La patiente reconnaît qu'elle était mal intégrée et avait développé des attitudes d'évitement importantes ce qui s'est répété dans d'autres sociétés : aujourd'hui ce problème serait également renforcé par le toc. On peut estimer que le trouble grave du caractère de la patiente entraîne une incapacité de travail de 50% par les problèmes qu'il génère dans les relations avec les collègues.

- Origine des problèmes :

On ne peut que faire des hypothèses. A l'âge de 5 ans la patiente a été véritablement traumatisée par une intervention médicale de correction d'une malformation des voies urinaires (la patiente a actuellement un rein et demi, le demi rein est atteint dans sa fonction) qui provoquait des pyélonéphrites chroniques nécessitant un lourd traitement médicamenteux durant l'enfance. Elle était difficile à piquer et a développé une phobie secondaire des hôpitaux et des blouses blanches encore présente aujourd'hui, ce qui fait qu'elle a des difficultés à recevoir des soins somatiques quand elle en a besoin. Elle se souvient avoir été attachée la nuit durant son séjour et avoir été terrorisée par cette expérience et la présence d'une infirmière « très méchante ». Plus tard à 8 ans, un doute existe quant à un éventuel abus sexuel de la part d'un employé de son père hôtelier. A 10 ans elle a vécu le divorce de ses parents. Aussi

longtemps qu'elle s'en rappelle elle a toujours été extrêmement attachée à sa mère et reproduit un schéma de dépendance affective dans ses relations amoureuses ce qui peut compromettre son équilibre psychique.

- Thérapies entreprises:

La patiente a bénéficié de ma part d'une thérapie spécialisée pour les traumatismes (EMDR) dans un 1^{er} temps puis au vu de l'absence d'amélioration avec cette thérapie je l'ai adressée à une collègue spécialisée en thérapie cognitive et comportementale, Mme C._____, psychologue-psychothérapeute FSP. Mme F. a bénéficié de 7 mois d'un traitement cognitivo-comportemental spécialisé pour le TOC et l'agoraphobie sans amélioration significative.

- Pronostic :

Réserve pour la capacité de travail en raison du peu de réponse thérapeutique aux traitements entrepris face à l'importance que prennent depuis au moins 12 ans les symptômes de TOC dans son quotidien, l'agoraphobie et le trouble grave du caractère qui compromet son intégration professionnelle. Nouvelle détérioration quand la patiente s'est retrouvée en fin de droit en 2004. Le tout aujourd'hui génère une incapacité de travail d'au moins 70%.

Après avoir requis le point de vue de son Service médical régional (SMR), pour qui le rapport du Dr N._____ n'était pas susceptible de modifier les conclusions de l'expertise du Dr P._____ (avis du 28 mai 2013), l'office AI a, par décision du 22 août 2013, rejeté la demande de prestations de l'assurée.

c) Le 12 mars 2014, X._____ a déposé une nouvelle demande de prestations, à laquelle elle a joint un rapport du 20 novembre 2013 établi par le Dr N._____.

Estimant que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis sa dernière décision, l'office AI a, par projet de décision du 29 avril 2014, informé l'assurée qu'elle n'entendait pas entrer en matière sur sa demande de prestations.

L'assurée s'est opposée à ce projet de décision en faisant valoir que le trouble obsessionnel compulsif n'avait pas atteint la rémission pronostiquée par l'expert, malgré une thérapie spécialisée pour

les traumas (EMDR), une thérapie cognitivo-comportementale et plusieurs antidépresseurs. Elle a également précisé que le traitement s'était compliqué du fait de l'impossibilité d'utiliser des sérotoninergiques, en raison d'une hypersensibilité.

En l'absence d'éléments clairs lui permettant de se déterminer sur le plan psychique, le SMR a requis un complément d'expertise psychiatrique auprès du Dr P._____.

Dans son rapport du 28 août 2014, le Dr P._____ a retenu le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de trouble obsessionnel compulsif (avec comportements compulsifs au premier plan, actuellement en aggravation depuis début 2013), et ceux - sans répercussion sur la capacité de travail - de trouble de la personnalité anankastique et de trouble panique avec agoraphobie (actuellement en rémission partielle); il a également mis en évidence un risque d'évolution vers une dépendance éthylique selon l'anamnèse. Au moment d'apprécier la situation, l'expert a indiqué les éléments suivants :

Il s'agit d'une assurée d'origine suisse, actuellement âgée de 46 ans, célibataire sans enfants. Au bénéficiaire d'un diplôme d'employée de commerce, elle a travaillé comme comptable senior dans la distribution jusqu'en 2002. En arrêt maladie pour des maux psychiques depuis 2008 (symptômes dépressifs, anxieux, agoraphobie), l'investigée a déposé une demande auprès de l'assurance invalidité le 25.07.2011.

Une première expertise psychiatrique en mars 2012 a objectivé un trouble obsessionnel compulsif et des troubles paniques avec agoraphobie avec des limitations fonctionnelles justifiant une incapacité de 30%. Suite à une aggravation symptomatique décrite par le psychiatre traitant comme survenant en 2013 et à un autre diagnostic de trouble de la personnalité que celui objectivé lors de la première expertise, une deuxième expertise est actuellement demandée. Ce deuxième mandat d'expertise devrait clarifier les limitations fonctionnelles, la capacité de travail, les diagnostics psychiatriques et si une aggravation clinique est survenue depuis le premier entretien d'expertise, malgré un traitement adéquat qui a été administré.

Au niveau personnel, on retient selon les rapports médicaux en possession de l'expert et l'anamnèse, une prise en charge psychiatrique suite à un enchaînement d'événements difficiles: décès des grands-parents de l'assurée à quelques mois d'intervalle, la découverte d'un cancer de sa mère et sur le plan

professionnel, un mobbing subi de la part de ses responsables hiérarchiques.

A noter la survenue d'une agoraphobie, ainsi que des symptômes obsessionnels compulsifs depuis l'enfance qui se sont aggravés en 2002 lorsque l'examinée a cessé de travailler.

Lors de la première expertise psychiatrique, en 2012, l'assurée bénéficiait d'une prise en charge psychiatrique bimensuelle depuis la fin de l'année 2011, d'un traitement antidépresseur de trazodone, anxiolytique d'alprazolam et soporifique de zolpidem. La prise de sang réalisée lors de la première expertise objectivait des taux cliniques efficaces de benzodiazépines, avec des taux infra cliniques de trazodone et de zolpidem.

Lors de la deuxième expertise psychiatrique de août 2014, l'investiguée bénéficie d'une prise en charge psychothérapeutique auprès du Docteur N._____, psychiatre, psychothérapeute FMH à raison d'une séance tous les deux mois (auparavant toutes les deux semaines) ce malgré une nette aggravation retenue par son psychiatre traitant. Le traitement médicamenteux actuel est composé de Xanax®(alprazolam) 0,25mg en réserve un à deux comprimés par jour et exceptionnellement trois suivant ses angoisses et Surmontil 25mg/ jour. La compliance est à nouveau bonne pour le traitement de benzodiazépines et mauvaise au traitement antidépresseur qui est prescrit à but soporifique selon l'anamnèse.

Un rapport médical synthétique du Docteur N._____, psychiatre, psychothérapeute FMH retient un trouble obsessionnel compulsif avec comportements compulsifs au 1^{er} plan (F42.1). Ensuite d'autres diagnostics sont mentionnés : agoraphobie avec trouble panique (F40.01), personnalité borderline (F60.31), antécédent de dépression sévère post licenciement en 2001 avec incapacité de travail et traitement antidépresseur durant 3 ans (F32.2), dislocation de la famille par divorce en 1977 (Z63.3), expérience terrifiante pendant l'enfance (Z61.7). Le psychiatre traitant retient une **péjoration** depuis mai 2013, dans le contexte d'une aggravation du TOC et de l'isolement social avec évitement agoraphobique. Le TOC est apparu progressivement depuis l'enfance et est allé crescendo, au point qu'actuellement les compulsions liées au TOC prennent au moins 4 heures par jour et occasionnent une incapacité de travail de 50%. L'agoraphobie l'empêche de prendre les transports en commun aux heures de pointe, mais n'est pas retenue comme provoquant une incapacité de travail en soi. Le trouble de la personnalité borderline a un impact sur les relations interpersonnelles (hypersensibilité aux attitudes des autres, parfois interprétative, ne supporte pas la critique et le rejet, situations qui génèrent de fortes réactions émotionnelles ou une attitude renfermée qui compromette son intégration dans une équipe de travail, ce qui provoque des attitudes d'évitement important et répété). Ce trouble de la personnalité provoque une incapacité de travail de 50% par les problèmes qu'il génère dans les relations avec les collègues selon

le psychiatre traitant. L'expertisée aurait bénéficié d'une thérapie spécialisée pour les traumatismes EMDR sans succès et ensuite d'une thérapie cognitivo-comportementale spécialisée pour le TOC et l'agoraphobie, sans amélioration significative auprès de Mme C. _____, psychologue psychothérapeute FSP. Depuis un an plusieurs antidépresseurs agissant sur le TOC et l'agoraphobie ont été essayés sans succès (paroxétine et fluoxétine), car l'assurée a développé des obsessions quant aux effets secondaires de ces molécules. L'incapacité de travail serait actuellement d'au moins 70% selon le psychiatre traitant.

Selon les dires de l'assurée nous retenons une aggravation symptomatique au niveau des compulsions nécessitant au moins 4 heures par jour, fait confirmé par le rapport du psychiatre traitant. Toutefois, nous retenons plusieurs **points de discordance entre** le rapport du psychiatre traitant et les dires de l'assurée. Premièrement, nous retenons une nette aggravation après l'interruption vécue comme ayant été rapide du suivi psychothérapeutique dispensé par sa psychologue, psychothérapeute FSP qui lui a proposé des séances hebdomadaires durant seulement quelques mois. Deuxièmement, l'aggravation clinique est corroborée à une nette diminution des séances psychothérapeutiques réalisées avec son psychiatre traitant qui étaient au départ bimensuelles et actuellement elles seraient seulement une fois tous les deux mois. Ensuite, d'un point de vue pharmacologique, l'assurée affirme ne pas avoir essayé la fluoxétine par peur d'effets secondaires, suite à une mauvaise expérience avec la paroxétine qu'elle aurait arrêté très rapidement suite à des effets secondaires (diarrhées et agoraphobie augmentée), alors que son psychiatre traitant affirme avoir essayé les deux médicaments qui ont dû être arrêtés suite à une aggravation du TOC. L'assurée explique avoir dit à son psychiatre qu'elle ne pourrait pas prendre la fluoxétine à cause des effets secondaires ophtalmologiques qui lui font peur et pourtant un traitement de fluoxétine 20mg/jour est mentionné comme traitement actuel à hauteur de 20mg/jour dans le rapport du 20.11.2013 et comme un traitement ancien dans le rapport du 02.06.2014.

Confrontée aux taux sanguins infra cliniques de trazodone objectivés lors de la première expertise psychiatrique, l'assurée explique ne pas avoir supporté ce médicament, ce qui aurait motivé son changement vers du Surmontil 25 mg/jour en 2012. Ce changement avec la mauvaise compliance à la trazodone n'est pas décrit par le psychiatre traitant, qui n'explique pas non plus le choix de maintenir uniquement un traitement de benzodiazépines à long terme. Le Xanax 0.25 mg/jour est utilisé en cas d'angoisses à hauteur d'un ou deux comprimés par jour maximum, sauf au moment de l'expertise lorsqu'exceptionnellement elle aurait pris 3 comprimés.

Nous avons expliqué les raisons pour lesquelles nous ne retenons pas un trouble de la personnalité émotionnellement labile dans le **Chapitre A.3.8.**

Intégrant les données du dossier médical aux informations anamnestiques actuelles, l'expert retient essentiellement un

trouble obsessionnel compulsif avec comportements compulsifs au premier plan, actuellement en aggravation depuis 2013 et secondairement un trouble panique avec agoraphobie, évoluant dans le contexte d'un trouble de la personnalité anankastique.

Les limitations fonctionnelles retenues décrites par l'assurée seraient en lien avec une impossibilité à utiliser les transports en commun et avec des difficultés relationnelles. L'expert confirme l'existence de légères limitations fonctionnelles dans les domaines susmentionnés, de même que surtout une fatigue et une perte de temps en lien avec des compulsions (rituels de lavage, vérifications prenant au moins quatre heures par jour environ). Ces limitations fonctionnelles sont effectives depuis l'année 2008 et en diminution progressive au fil des mois qui ont suivi sa prise en charge psychiatrique bimensuelle, fin de l'année 2011. Nous retenons une nette aggravation des compulsions depuis 2013.

Tenant compte de l'ensemble du tableau clinique, l'expert estime que la capacité de travail médico-théorique de l'investiguée a été conservée à hauteur de 100%, avec une baisse de rendement de l'ordre de 30%, en raison des limitations fonctionnelles sus mentionnés. Cette situation a changé au **début de l'année 2013, lorsqu'une capacité de travail clinique de 50% devrait être retenue, en raison d'un trouble obsessionnel compulsif porteur de limitations fonctionnelles.** D'un point de vue médico-théorique la capacité de travail médico-théorique pourrait être considérée par le Médecin Conseil de l'Assurance Invalidité comme étant supérieure à 50%, (par exemple de 70%) si l'assurée avait bénéficié d'un traitement antidépresseur et d'un suivi psychothérapeutique hebdomadaire. Toutefois, la situation n'étant pas stabilisée, une réévaluation dans une année nous semblerait adéquate, en cas de traitement antidépresseur avec un monitoring sanguin et un suivi psychiatrique hebdomadaire.

Nous estimons qu'un traitement antidépresseur à des doses cliniquement plus élevés que celles utilisés pour les troubles dépressifs (par exemple venlafaxine 150 à 225 mg/jour) serait exigible dans cette situation, de même qu'un suivi psychothérapeutique hebdomadaire. D'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail pourrait être améliorée suivant l'instauration d'un tel traitement. Étant donné les réticences de l'assurée aux inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, un traitement de venlafaxine ou duloxétine pourrait être proposé, comme ceci a été fait lors de la première expertise.

Le pronostic dépendra de la volonté de l'investiguée à s'inscrire dans un suivi psychiatrique hebdomadaire ciblant son trouble de la personnalité et à suivre un traitement antidépresseur à des doses élevées durant 6 mois après la disparition symptomatique pour diminuer le risque de rechute.

Une réadaptation professionnelle et un bilan de compétences peut être positif dans cette situation, tenant compte du déconditionnement de l'investiguée, qui se montre tout de

même nettement moins motivée par un tel projet que lors de la première expertise psychiatrique. Sa demande de reconversion professionnelle dans une activité informatique pourrait être encore positive, étant donné sa motivation surtout passée annoncée pour ce type d'activité, qui pourrait diminuer le déconditionnement de l'assurée.

Invité à prendre position quant au contenu de cette expertise, le SMR a adhéré à ses conclusions et conclu à une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles à compter du 1^{er} janvier 2013 (avis du 12 septembre 2014, confirmé le 8 janvier 2016 et le 8 février 2017).

Par projet de décision du 29 octobre 2015, l'office AI a informé l'assurée qu'elle entendait lui allouer une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2014.

A la suite de l'opposition formée par l'assuré à ce projet de décision, le dossier a été soumis à l'analyse d'une juriste de l'office AI, laquelle est parvenue aux conclusions suivantes (avis du 13 juillet 2016) :

Une aggravation de l'état de santé, respectivement de l'IT, susceptible d'influencer le droit à la rente qui serait survenue depuis la décision du 22.08.13 n'est pas rendue vraisemblable au sens de la vraisemblance prépondérante. J'insiste en effet sur le fait qu'il ne suffit pas que l'état de santé se soit aggravé (ce qui n'est pas exclu ici), il faut encore que cette aggravation ait une influence sur le droit à la rente.

Nous sommes seulement en présence de deux appréciations différentes de la situation, soit celle de l'expert P._____ et celle du psychiatre traitant que nous connaissions lorsque nous avons rendu la décision du 22.08.13 (v. rapport médical du 15.05.13). Dit autrement, la situation d'aggravation telle que retenue par l'expert dans sa 2^{ème} expertise et décrite par le psychiatre traitant la 1^{ère} fois dans son rapport du 15.05.13 existait bien avant la décision du 22.08.13, respectivement bien avant janvier 2013 qui est la date d'aggravation retenue par l'expert. Le rapport du 15.05.13 du Dr N._____ n'ayant pas modifié la position du SMR, nous avons notifié la décision du 22.08.13. Si l'assurée souhaitait contester notre position, elle aurait dû recourir, ce qu'elle n'a pas fait. En fait, la réaction de Procap du 17.12.15 vise aussi incidemment à remettre en cause la 1^{ère} décision.

La CT de l'assurée doit donc être considérée comme étant toujours de 70% au moins dans son activité habituelle comme retenu dans la précédente décision. On peut encore ajouter que non seulement l'assurée n'a pas suivi les conseils de l'expert donnés dans sa première expertise s'agissant du traitement

médical adéquat qui lui aurait permis d'atteindre une CT de 100% mais encore son traitement se serait encore « allégé », ce qui aurait détérioré son état de santé. Dans sa 2^{ème} expertise, le Dr P._____ parle d'ailleurs d'une CT de 70% si un traitement adéquat est suivi.

D'autre part, même si l'on devait admettre une IT de 50% depuis janvier 2013, force serait d'admettre qu'un droit à la rente serait né avant la 1^{ère} décision du 22.08.13 (quart de rente depuis le 1.07.13 compte tenu de 6 mois d'IT à 30% et de 6 mois d'IT à 50% = IT moyenne de 40% sur une année), ce qui confirmerait également qu'il n'y a pas de modification significative depuis la 1^{ère} décision.

Il y a donc lieu d'établir un nouveau projet de décision refusant le droit à la rente, faute d'aggravation démontrée de l'état de santé, plus particulièrement de l'IT, susceptible d'influencer le droit à la rente qui serait survenue depuis la décision du 22.08.13. En outre, l'IT fixée à 50% par l'expert P._____ dès janvier 2013 se fonde uniquement sur les dires de l'assurée (il le précise bien dans son expertise). Le Dr N._____ quant à lui n'atteste pas d'aggravation significative depuis 2013, l'IT étant à ses yeux de 70 % depuis novembre 2011.

A toute fin utile, je signale que la décision du 22.08.13, que l'assurée a renoncé à attaquer à l'époque, n'est bien sûr pas manifestement erronée dans la mesure où elle s'appuie sur des éléments figurant au dossier, en particulier une expertise administrative jugée probante et plus convaincante que l'avis du psychiatre traitant. Les conditions de la révision procédurale ne sauraient non plus être réalisées dans la mesure où il n'y a pas d'élément nouveau existant déjà lors de la décision du 22.08.13 mais qui n'était pas connu de l'assurée et qui aurait été découvert postérieurement à ladite décision.

Par projet de décision du 24 octobre 2016 (annulant et remplaçant le projet de décision du 29 octobre 2015), l'office AI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

Malgré l'opposition formée par l'assurée à ce projet de décision, l'office AI l'a confirmé par décision des 16/17 février 2017.

B. **a)** Par acte du 23 mars 2017, X._____, représentée par Procap, a déféré la décision des 16/17 février 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

Elle estimait qu'il appartenait à l'office AI de lui demander qu'elle entreprenne les mesures thérapeutiques préconisées dans l'expertise. En cas de refus de sa part, il convenait de mettre en œuvre la procédure de sommation prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA. Pour la période écoulée, elle acquérait un droit aux prestations qui subsistait aussi longtemps que l'incapacité de gain n'avait pas été effectivement supprimée ou diminuée dans une mesure sensible pour le droit aux prestations par des mesures thérapeutiques appropriées ou jusqu'à ce que, sur la base de la procédure de sommation, on puisse sanctionner le refus d'entreprendre ces mesures.

Elle considérait par ailleurs que les conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA étaient réunies. L'aggravation de son état de santé survenue au cours de l'année 2013 avait en effet déjà été alléguée dans le cadre de la procédure de rente initiale. Dans son rapport médical du 15 mai 2013, le Dr N. _____ avait ainsi décrit une aggravation du TOC, ayant pour effet une incapacité de travail de 50 %. La prise de position du SMR concernant le rapport médical précité, datée du 28 mai 2013, avait conclu qu'il n'y avait cependant aucune raison objective de modifier sa précédente appréciation. Bien qu'alléguée, l'aggravation n'avait pas été établie à suffisance de preuve. Les nouveaux rapports médicaux produits dans le cadre de la deuxième demande de prestations avaient cependant permis d'amener des éléments conduisant le SMR à mettre en œuvre un complément d'expertise. Dans son rapport du 28 août 2014, le Dr P. _____ reconnaissait finalement une aggravation de la symptomatologie du TOC depuis le début de l'année 2013, avec pour conséquence une incapacité de travail de 50 % dans un emploi non stressant qui ne nécessitait pas de déplacements fréquents. Il fallait dès lors constater que ce rapport d'expertise constituait un nouveau moyen de preuve portant sur des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés.

b) Dans sa réponse du 19 juin 2017, l'office AI a conclu au rejet du recours.

Il a allégué qu'il était apparu, dans le cadre de l'instruction de la seconde demande de prestations, que l'aggravation de l'état de santé présentée par l'assurée était, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien avec un traitement médical clairement inadéquat. En effet, non seulement l'assurée n'avait pas suivi les propositions émises par l'expert P._____ dans sa première expertise, mais encore la prise en charge médicale s'était allégée depuis lors. Or, selon la jurisprudence, la personne assurée doit, avant de requérir des prestations, faire tout ce qui est en son pouvoir pour réduire les effets de l'invalidité, notamment suivre un traitement médical adéquat. Ainsi, une pathologie qui, avec un traitement bien conduit, n'entraîne pas d'incapacité de travail de longue durée ne saurait être constitutive d'une invalidité au sens de l'assurance-invalidité. L'office AI ne voyait pas pourquoi une mise en demeure était ici nécessaire, l'assurée ayant renoncé sans justification pertinente au traitement suivi précédemment avec un certain succès. Suivre l'assurée dans son raisonnement aboutirait à un résultat choquant puisqu'il conduirait à verser une rente à une personne assurée qui avait sans raison valable réduit son traitement et provoqué son invalidité.

En réponse à l'argument de l'assurée selon lequel les conditions d'une révision procédurale de la décision du 22 août 2013 étaient remplies, l'office AI a indiqué qu'il était patent à son sens que le rapport d'expertise du 28 août 2014 ne servait pas à l'établissement des faits, mais uniquement à l'appréciation de ceux-ci, de sorte qu'il ne pouvait être considéré comme un nouveau moyen de preuve au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. Au surplus, il ne comprenait pas pourquoi l'assurée n'avait pas été en mesure d'établir l'aggravation de l'état de santé invoquée, dans le cadre par exemple d'un recours contre la décision du 22 août 2013.

Pour le reste, l'office AI renvoyait aux avis émis les 13 juillet 2016, 17 janvier 2017 et 16 février 2017 par sa juriste, ainsi qu'à la décision attaquée et à la lettre qui l'accompagnait.

c) Dans sa réplique du 16 août 2017, X._____ a confirmé les conclusions prises dans son mémoire de recours du 23 mars 2017. A son avis, l'existence d'un motif de révision de la décision initiale du 20 août 2013 ne faisait aucun doute et l'office AI n'était pas habilité, en l'absence d'une procédure de sommation conforme à l'art. 21 al. 4 LPGA, à considérer qu'elle n'avait pas pris les mesures raisonnablement exigibles, sur le plan médical notamment.

d) Dans sa duplique du 4 septembre 2017, l'office AI a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours, en réitérant le point de vue selon lequel une atteinte à la santé qui, à la suite d'un traitement bien conduit, n'entraîne pas d'incapacité de travail de longue durée ne saurait conduire à une invalidité susceptible de donner droit à une rente de l'assurance-invalidité, sans qu'il y ait lieu dans ce cas de procéder à une mise en demeure de la personne assurée au sens de l'art. 21 al. 4 LPGA.

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 (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; 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 en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et

respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Lorsque, comme en l'espèce, l'administration est entrée en matière sur une nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2), il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2).

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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

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 citées). 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 citée ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1 et les références citées).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

e) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

4. a) Dans sa décision initiale de refus de rente du 22 août 2013, l'office AI avait retenu, en se fondant sur les conclusions exposées par le Dr P._____ dans son rapport d'expertise du 30 août 2012, que la recourante présentait depuis 2008 une capacité de travail de 70 % dans toute activité en raison d'un trouble panique avec agoraphobie et d'un trouble obsessionnel compulsif avec comportements compulsifs. Il avait par ailleurs mis en exergue qu'un traitement d'une durée de six mois permettrait à la recourante de recouvrer une pleine capacité de travail. Le

point de vue défendu par le Dr N._____ dans son rapport du 15 mai 2013 avait été écarté, motif pris notamment que ce médecin n'expliquait pas de façon détaillée et argumentée les raisons pour lesquelles, malgré des diagnostics superposables, il parvenait à une appréciation différente de la capacité de travail (avis médical du SMR du 28 mai 2013).

b) Dans le cadre de la procédure de nouvelle demande, l'office AI a confié la réalisation d'une nouvelle expertise au Dr P._____. Dans son rapport du 28 août 2014, ce médecin a indiqué que la situation s'était modifiée au début de l'année 2013, dès lors qu'il convenait de retenir une capacité de travail de 50 % en raison d'une aggravation symptomatique du trouble obsessionnel compulsif. Il a par ailleurs précisé que la capacité de travail aurait pu être supérieure si la recourante avait bénéficié d'un traitement antidépresseur et d'un suivi psychothérapeutique hebdomadaire.

c) Il n'existe au dossier aucun élément qui justifierait de s'écarter des conclusions du rapport du Dr P._____. Elles résultent d'une analyse circonstanciée de la situation médicale - objective et subjective -, reposant sur une anamnèse complète contenant notamment une description précise et exhaustive des plaintes et du quotidien. S'agissant notamment des plaintes décrites par la recourante - conformes d'ailleurs à celles rapportées par le Dr N._____ -, il convient en particulier de souligner que le Dr P._____ n'a à aucun moment émis un quelconque doute quant à leur bien-fondé. Si l'expert a fait état de discordances, celles-ci avaient pour objet le suivi thérapeutique ainsi que la prise en charge médicamenteuse, points qui, comme cela sera précisé par la suite, n'ont pas d'importance en l'espèce. Les conclusions de ce médecin apparaissent d'autant plus convaincantes qu'il a eu l'occasion d'examiner la recourante dans un intervalle rapproché, lui permettant d'appréhender au mieux l'évolution de la symptomatologie. Au surplus, il convient d'ajouter que le SMR a, malgré les objections exprimées par l'office intimé, jugé que les expertises réalisées par le Dr P._____ étaient pleinement convaincantes (cf. les avis médicaux du SMR des 12 septembre 2014, 8 janvier 2016 et 8 février 2017). Aussi, quoiqu'en dise l'office intimé, les

pièces médicales versées au dossier mettent clairement en évidence l'existence d'une aggravation du trouble obsessionnel compulsif, lequel entraîne désormais une incapacité de travail de 50 %.

d) Il n'y a pas lieu de suivre le point de vue défendu par l'office intimé, selon lequel la capacité de travail de la recourante ne s'était pas modifiée depuis la décision initiale de refus de rente. Contrairement à ce qu'il retient, le rapport médical établi le 15 mai 2013 par le Dr N._____ ne faisait aucune mention d'une aggravation du trouble obsessionnel compulsif survenu au début de l'année 2013. Ce n'est que dans son rapport du 20 novembre 2013 – reçu par l'office intimé le 12 mars 2014 –, soit postérieurement à la décision initiale de refus de rente, que ce médecin a précisé le moment de la survenance de l'aggravation. Il suit de là que cette information ne faisait pas partie des éléments qui ont servi de base à cette première décision et qui doivent être inclus dans l'état de fait sur la base duquel il y a lieu de déterminer si une modification notable de la situation s'est produite.

e) En l'absence d'élément concret qui laisse à penser que les plaintes décrites par la recourante ne seraient pas conformes à la réalité, il n'y a pas lieu non plus de prêter une attention particulière au grief selon lequel l'aggravation du trouble obsessionnel compulsif ne résulterait que des dires de la recourante. Avec la documentation médicale et l'observation du comportement, l'entretien clinique constitue la principale méthode d'investigation de l'expert psychiatre et la source essentielle des informations sur lesquelles va reposer l'expertise. Si les propos recueillis à ce stade de l'expertise doivent nécessairement être confrontés aux autres informations du dossier, l'expert n'a aucune raison de s'en écarter dès lors qu'il les juge crédibles. Raisonner de manière différente conduirait sinon à poser une présomption de mensonge, ce qui reviendrait à vider de son sens le processus d'expertise.

5. L'office intimé reproche à la recourante de n'avoir pas donné suite aux conseils thérapeutiques donnés par le Dr P._____ dans le

cadre de sa première expertise et, partant, d'avoir violé l'obligation qui lui incombait de réduire son dommage.

a) On ne saurait nier en l'espèce les problèmes soulevés par le Dr P. _____ en relation avec les thérapies suivies par la recourante et le potentiel d'amélioration qu'un traitement adéquat serait susceptible d'apporter. Dans les deux expertises qu'il a réalisées, ce médecin a relevé qu'il était parfaitement exigible de la recourante qu'elle prenne un traitement antidépresseur à des doses cliniquement plus élevées que celles utilisées pour des troubles dépressifs et fasse l'objet d'un suivi psychiatrique hebdomadaire.

b) Selon un principe général du droit des assurances sociales, il appartient à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle pour atténuer les conséquences du dommage (voir ATF 129 V 460 consid. 4.2 ; 123 V 230 consid. 3c ; 117 V 275 consid. 2b). La loi a notamment précisé qu'il était exigible de la personne assurée qu'elle se soumette à une mesure thérapeutique qui serait susceptible de lui faire retrouver toute ou partie de sa capacité de travail (cf. art. 7 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si la personne assurée se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé d'elle, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée (cf. également art. 7b LAI).

c) Selon la jurisprudence, le fait qu'une atteinte à la santé psychique soit potentiellement accessible à un traitement médical ne dit rien sur son caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 4c). Selon l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI, la personne assurée peut prétendre à une rente d'invalidité si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins. En l'occurrence, il est établi sur le plan médical que la recourante présente depuis le début de l'année 2013 une incapacité de travail de 50 % dans toute activité. Pour la période écoulée, la recourante a par conséquent acquis un droit à une rente de l'assurance-invalidité qui subsistera aussi longtemps que l'incapacité de travail, respectivement l'incapacité de gain n'aura pas été réduite ou supprimée par le biais de mesures thérapeutiques appropriées ou jusqu'à ce que, sur la base de la procédure de mise en demeure prévue à l'art. 24 al. 1 LPGA, il soit possible de sanctionner la recourante. La jurisprudence a clairement indiqué que le droit à une rente ne pouvait, en l'absence de toute procédure de mise en demeure, être refusé au motif que la personne assurée n'avait pas suivi par le passé les mesures thérapeutiques préconisées ou envisageables (TF 8C_5/2017 du 11 avril 2017 consid. 5.4 ; 9C_682/2016 du 16 février 2017 consid. 3.2 et 9C_391/2016 du 4 novembre 2016 consid. 3).

6. Contrairement à ce que soutient la recourante, il n'y a pas lieu d'examiner la cause sous l'angle des règles en matière de révision procédurale.

a) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Aux termes de l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA). Selon l'art. 67 al. 1 PA, la demande de révision doit être adressée par écrit à l'autorité qui a rendu la décision dans les 90 jours qui suivent la découverte du motif de révision, mais au plus tard dans les dix ans après la notification de la décision sur recours. La jurisprudence considère que, en vertu de l'art. 55 al. 1 LPGA, les règles sur les délais prévues à l'art. 67 PA s'appliquent à la

révision procédurale d'une décision administrative selon l'art. 53 al. 1 LPGA (TFA U 465/04 du 16 juin 2005 consid. 1).

b) En l'espèce, le rapport du Dr N._____, daté du 20 novembre 2013, n'a été produit que dans le cadre du dépôt le 12 mars 2014 de la nouvelle demande de la recourante. Aussi, le délai de 90 jours était-il largement expiré à cette date, de sorte qu'une révision procédurale ne pouvait entrer en ligne de compte.

7. Sur le vu de ce qui précède, il convient de constater que la recourante - qui présente une incapacité de travail de 50 % dans toute activité et, partant, une incapacité de gain du même ordre - peut prétendre à l'octroi d'une demi-rente de l'assurance-invalidité. Dans la mesure où le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations (in casu : 12 mars 2014), la rente ne peut être allouée qu'à compter du 1^{er} septembre 2014 (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

8. a) Partant, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à compter du 1^{er} septembre 2014 à une demi-rente de l'assurance-invalidité.

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; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (cf. art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de l'office intimé, qui succombe (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens à la charge de l'office

intimé qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 1'800 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 16/17 février 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que X._____ a droit à compter du 1^{er} septembre à une demi-rente de l'assurance-invalidité.
- III. Les frais judiciaires, arrêtées à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à X._____ une indemnité de 1'800 fr. (mille huit cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Procap, pour X._____,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :