

VD_FINDINFO AI 234/09 - 337/2010 vom 2. September 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-09-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_234_09_-_337_2010

FR: VD_FINDINFO AI 234/09 - 337/2010 du 2 septembre 2010

IT: VD_FINDINFO AI 234/09 - 337/2010 del 2 settembre 2010

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, FORCE PROBANTE, COMPARUTION PERSONNELLE, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Erwägungen

E. 31

al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, applicable en l'espèce ; cf. également art. 21 al. 4 LPGA). 3.2 Il n'y a cependant pas lieu d'annuler le jugement entrepris, dont le dispositif n'est pas critiquable. En effet, même si elle n'établit pas clairement une capacité de travail résiduelle de 25 %, contrairement à l'opinion des premiers juges, l'expertise réalisée par le Dr N. _____ permet d'exclure, avec les autres pièces figurant au dossier, un taux d'invalidité ouvrant droit à une rente, comme exposé ci-après.

3.2.1 La recourante se plaint de céphalées pulsatiles survenant une à deux fois par semaine et pouvant durer jusqu'à deux à trois jours, accompagnées de photophobie, phonophobie, nausées, vomissements et olfactophobie. Toutefois, les résultats des examens effectués par le Dr N. _____ sont demeurés sans particularités et ne permettent pas d'objectiver les symptômes allégués, et surtout leur intensité. Les rapports établis par le Dr M. _____ ne font pas davantage état de constatations objectives particulières et consistent eux aussi, pour l'essentiel, en une description des symptômes et de l'incapacité de travail allégués par l'assurée. Le Dr M. _____ précise par ailleurs que la persistance de symptômes douloureux malgré les traitements entrepris est probablement à mettre sur le compte des difficultés socio-économiques de la recourante, en principe sans pertinence du point de vue de l'assurance-invalidité. A cela s'ajoute qu'une part importante de l'activité lucrative exercée par la recourante consiste en travaux de conciergerie, pour lesquels son époux ne peut lui apporter qu'une aide limitée. Cette activité lui garantit un horaire de travail relativement souple; dans cette mesure, elle peut être assimilée aux tâches domestiques pour lesquelles l'enquête économique sur le ménage n'a pas mis en évidence de limitation supérieure à 33 %. Compte tenu d'une capacité de travail analogue pour son activité de concierge, et à défaut d'atteinte objective mise en évidence par le Dr N. _____ ou le Dr M. _____, on ne saurait tenir pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les migraines dont souffre la recourante sont d'une intensité telle qu'elles entraînent, globalement, une incapacité de travail - et de gain - de 40 % ou plus, ouvrant droit à une rente.

3.2.2 La recourante fait valoir qu'une évaluation psychiatrique est nécessaire, en vue d'établir si l'état dépressif mentionné par le Dr N. _____ influence sa capacité de travail. Mais cette affection psychique apparaît dans l'expertise comme tout à fait secondaire par rapport aux migraines dont souffre la recourante, même si l'expert laisse entendre qu'un

soutien psychothérapeutique pourrait contribuer à atténuer les symptômes douloureux. Rien dans l'expertise ne permet de considérer que cette atteinte revêtirait une gravité particulière et serait, en l'état, de nature à entraîner une diminution notable de la capacité de travail de l'assurée". B. Après l'arrêt du TFA, l'assurée a déposé le 14 juillet 2006 une nouvelle demande de prestations AI. S'agissant des atteintes à la santé, elle précisait souffrir d'un trouble dépressif récurrent, comme complication de ses crises de migraine, et de céphalées mixtes depuis vingt ans. Elle indiquait en outre être suivie depuis le mois de juin 2004 par le psychiatre G._____. Elle a produit un certificat de ce médecin, daté du 11 septembre 2006, qui mentionne une incapacité de travail significative pour des raisons d'ordre psychiatrique. L'OAI est entré en matière et a requis du Dr G._____, un rapport médical. Ce rapport, du 14 décembre 2006, se conclut en ces termes : "7. Thérapie / Pronostic La patiente est au bénéfice d'une prise en charge psychiatrique auprès de moi-même depuis le 24 juin 2004 pour son état dépressif de degré moyen à sévère, parfois sévère. Ce trouble est réactionnel à ses crises de migraine à répétition. Ces dernières n'ont pas réagi au traitement de fond par Surmontil à raison de 150 mg par jour pendant 6 mois. Raison pour laquelle nous avons remplacé le Surmontil par Remeron 30 mg par jour. L'évolution clinique est fluctuante et nous constatons une amélioration clinique en particulier entre les périodes des crises de migraines. Par conséquent, pour la période passée ainsi qu'à présent et pour une durée indéterminée, son incapacité de travail ne doit pas dépasser 50 % dans les périodes où elle présente une atténuation de la symptomatologie dépressive et à 100 % lors des épisodes dépressifs sévères. Le pronostic reste en fonction de l'évolution de ses crises de migraines. Traitement : Remeron 30 mg par jour, Zomic cp 2,5 mg en réserve lors des crises de migraines". Le Dr M._____ a également adressé à l'OAI un rapport médical, du 18 décembre 2006, où il mentionne une « aggravation en avril 2004 d'un trouble dépressif récurrent, probablement sous-jacent depuis quelques années ». Ce rapport signale par ailleurs la « mise en évidence fin 2005 d'une anémie réfractaire ». Il estime que l'incapacité de travail de l'assurée est totale, dès le mois d'avril 2004. C. L'OAI a communiqué à l'assurée le 8 février 2007 un projet de décision dans le sens d'un refus de rente, en retenant qu'il n'y avait pas de nouveaux éléments médicaux justifiant une incapacité de travail de longue durée d'au moins 40 %. L'assurée désormais représentée par son avocat, a présenté diverses objections. Dans un avis médical du 3 avril 2007, le Dr D._____ du SMR (Service médical régional de l'AI) a pris position en relevant qu'il manquait, dans le rapport du Dr G._____, des critères pour juger de la sévérité de l'épisode dépressif ; une instruction complémentaire était préconisée. L'OAI a par conséquent chargé le Dr K._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, d'effectuer une expertise. L'assurée a demandé la récusation de cet expert. Le 22 avril 2008, l'OAI lui a répondu qu'il maintenait sa demande d'expertise auprès du Dr K._____. L'assurée a recouru contre cette « décision incidente » auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud. Le Tribunal des assurances a rejeté le recours par un jugement du 5 septembre 2008 (jugement AI 261/08 – 353/08). Le Dr K._____ a déposé son rapport le 12 février 2009 (rapport qu'il a signé avec la psychologue V._____, après un entretien avec l'expertisée le 24 décembre 2008). Il comporte les passages suivants : " 4.1. DIAGNOSTIC SELON LE DSM-IV-TR Axe I Dysthymie Axe II personnalité à traits histrioniques Axe III* Migraines cf. spécialiste concerné Axe IV pas de facteurs de stress aigu * L'axe III (pathologie somatique) est mentionné à titre indicatif, sur la base du dossier médical, car il sort du champ des compétences de l'expert psychiatre. 4.2. DISCUSSION [...] Le long entretien que nous avons eu avec Mme T._____, le bilan des tests

psychométriques que nous lui avons fait passer, et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes. D'un point de vue psychopathologique, lorsque nous l'avons examinée, Mme T. _____ apparaît comme une femme assez active, dynamique, en rien limitée à ce moment-là. Elle est souriante, participative. Le ton est volontiers un peu dramatique, plaintif. Elle est facilement suggestible. Elle semble soucieuse de nous faire part de son handicap survenant lors des périodes migraineuses. Force est de constater que lors des phases de migraines, elle se sent « déprimée » alors que son état psychologique s'améliore dès la disparition de ces derniers. En ce sens, on ne peut pas parler d'une véritable dépressivité ou une dépression au vrai sens du terme, mais d'un état psychique altéré pour de brèves périodes, en tous les cas anamnestiquement, lors des épisodes migraineux. C'est pour cela que nous ne pouvons pas retenir le diagnostic d'état dépressif majeur. Tout au plus pouvons-nous parler d'une dysthymie. Le tout prend racine sur une personnalité avec des traits du registre histrionique. Mme T. _____ est très fixée sur ses douleurs qui paraissent devoir tout justifier. Elle est souvent assez dramatique, semble suggestible ce qui se rencontre fréquemment avec ce type de personnalité. Cela explique par avance la discordance d'appréciation entre médecin traitant et médecin expert, le premier se situant dans un mandat de « sollicitude médicale ». Ce type de mandat se caractérise par une mise entre parenthèses du souci des objets et des preuves le médecin traitant ne cherche pas à éprouver les doléances en allant chercher des garanties d'objectivité, mais il les écoute et tente de les apaiser. Dans ce régime, les plaintes ont une force inconditionnelle. Dans la « sollicitude médicale », c'est Mme T. _____ qui possède l'initiative de l'intervention. Le praticien ne fait que suivre en définitive le plus souvent la direction des plaintes de sa patiente, ce que l'on ne saurait lui reprocher. Autrement dit le médecin traitant délègue d'une certaine manière l'appréciation à l'assurée, en tenant a priori pour valide tout ce qu'elle dit d'elle-même. Si l'on considère les périodes intercurrentes aux phases migraineuses, il n'y a pas véritablement de diminution de sa capacité de travail. Mme T. _____ paraît au contraire assez dynamique, se décrit même comme « euphorique ». Elle a pu d'ailleurs réaliser une activité de nettoyeuse à raison de 20 heures par semaine en 2007. L'importance des « crises migraineuses » en tant que pathologie neurologique et leur répercussion sur sa capacité de travail, ne relèvent pas du champ de la psychiatrie, même s'il existe probablement une forte composante psychogène. Par analogie aux troubles somatoformes douloureux, nous utiliserons le modèle de Foerster pour confirmer le caractère insurmontable de ces migraines, autrement dit la diminution de l'exigibilité d'un effort de volonté suffisant et l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Foerster a défini les critères, pour les expertises médico-sociales, des troubles psychiques. Ils s'appliquent aux points suivants: [...] L'environnement social, familial de Mme T. _____ semble tout à fait favorable. Le couple n'aurait pas de difficultés économiques particulières. Le trouble de la personnalité n'est pas assimilable à une atteinte à la santé mentale. De surcroît, cet état dépressif n'est pas à l'origine d'une inhibition, d'un apragmatisme significatif, à l'origine d'une incapacité de travail entre les phases migraineuses. Enfin, la pugnacité de Mme T. _____ depuis 1998 dans ses différentes procédures juridiques, parle aussi en défaveur d'une évolution dépressive sévère. On a le sentiment ici qu'il y a de nombreux bénéfices secondaires qui expliquent aussi la revendication d'un statut d'invalidé. Du point de vue médical, il faut éviter la précipitation exploratoire et thérapeutique, face à toute nouvelle plainte car le risque de iatrogenèse est important, ce qui peut ancrer définitivement l'assurée dans son identité de malade. B.

INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL 1. Limitations (qualitatives et

quantitatives) en relation avec les troubles constatés Au plan physique Cf. spécialiste concerné. Au plan psychique et mental Hors des phases de migraines, Mme T. _____ fonctionne normalement. Au plan social Tendance histrionique. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici 2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ? Maximum une incapacité de travail de 30 % dans ses activités habituelles lors de ses phases migraineuses. Sinon, Mme T. _____ peut travailler à 100 %. 2.2. Description précise de la capacité résiduelle de travail Cf. ci-dessus. 2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)? Oui. 2.4. Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? Non. 2.5. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ? L'assurée souffre de migraines au moins depuis 1998. 2.6. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Semble avoir été plutôt favorable en 2007. 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ? Oui, elle peut s'adapter à une activité de nettoyage. [...] Dans un avis médical du 17 mars 2009, les Drs B. _____ et F. _____ du SMR, ont évalué cette expertise et fourni l'appréciation suivante : "Nous proposons de retenir une IT de 30 % (exigibilité de 70 %) dans l'activité habituelle ou dans toute autre activité à la portée des compétences de l'assurée, en nous basant sur les conclusions de l'expert, qui sont bien motivées. Rappelons pour mémoire qu'en avril 2002 nous avons retenu une exigibilité de 75 % en raison des migraines. La médecine n'est pas une science exacte ; une différence de 5 % dans l'exigibilité peut raisonnablement être considérée comme peu significative. L'exigibilité fixée par le Dr K. _____ est étayée, elle prend en compte l'ensemble de la pathologie, à savoir les migraines et leur retentissement psychologique en période de crises". L'OAI a rendu sa décision formelle de refus de prestations le 20 mars 2009. Il a maintenu, comme dans son préavis, qu'il n'y avait pas de nouveaux éléments médicaux justifiant une incapacité de travail d'au moins 40 %. D. Agissant par la voie du recours de droit administratif (selon un mémoire de son avocat du 11 mai 2009), T. _____ demande à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal d'annuler la décision de l'OAI du 20 mars 2009 puis de constater qu'elle est invalide au sens de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), de la mettre au bénéfice d'une rente complète d'invalidité à compter du 14 juillet 2006, de déterminer le montant de la rente en tenant compte de sa situation professionnelle et familiale, subsidiairement de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il en détermine le montant. Elle critique à plusieurs égards le rapport d'expertise du Dr K. _____ et se plaint d'une violation de l'art. 4 LAI, qui définit la notion d'invalidité. Invité à répondre, l'OAI propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Dans ses déterminations du 29 octobre 2009, la recourante requiert qu'une comparution personnelle des parties soit ordonnée « afin que les questions sus-relevées [c'est-à-dire ses critiques à l'endroit de l'expertise] soient débattues en présence du représentant de l'autorité intimée qui a mandaté et conduit l'expertise à son terme ». La recourante requiert par ailleurs la mise en œuvre d'une expertise judiciaire portant sur son état de santé. Pour le reste, elle ne modifie pas les conclusions de son recours. E n d r o i t : 1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en

temps utile auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme. 2. La recourante requiert une comparution personnelle des parties. Cette requête tend, plus précisément, à ce que l'instruction soit complétée par un interrogatoire d'un représentant de l'OAI. La démarche de la recourante tend ainsi à ce que, devant le tribunal, le sens ou la portée d'un élément du dossier – en l'occurrence l'expertise médicale – soit clarifié, sur la base des questions et des réponses des parties. Or, un tel complément d'instruction pourrait également être réalisé par écrit, au moyen d'un questionnaire destiné à l'office intimé, et la comparution personnelle des parties ne serait pas nécessaire à cet effet. On ne saurait donc, dans ces conditions, interpréter cette requête de complément d'instruction comme une demande non équivoque d'audience publique du tribunal, au sens de l'art. 6 § 1 CEDH (Convention européenne des droits de l'homme) et de l'art. 30 al. 3 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, RS 101). En d'autres termes, vu la formulation de la requête de la recourante, celle-ci est réputée avoir renoncé à la tenue d'une audience publique (cf. arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire Schlumpf c. Suisse, du 8 janvier 2009, § 63 ; arrêt du TF destiné à la publication 9C_870/2009 du 8 juin 2010, consid. 1). Il reste à déterminer si des éclaircissements au sujet de l'expertise sont nécessaires. Cette question relève de l'appréciation (matérielle) de la valeur probante du rapport. Elle sera examinée plus bas. Il en va de même de la nécessité d'une expertise judiciaire, requise par la recourante dans ses déterminations finales. 3. La recourante prétend avoir droit à une rente entière d'invalidité ; aussi se plaint-elle de la violation de la règle légale définissant l'invalidité (art. 4 LAI). Cela étant, elle critique en réalité le résultat de l'appréciation des preuves, en vertu de laquelle l'OAI a admis la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr K. _____, en écartant par conséquent les avis des médecins traitants – le psychiatre Dr G. _____ et le généraliste Dr M. _____ – au sujet du taux d'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI). 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). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait

l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de son auteur soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). Les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) La première question soulevée par la recourante est celle de la valeur d'une expertise réalisée par le Dr K. _____, à cause des discussions ou controverses auxquelles le travail de ce médecin a donné lieu il y a quelques années. La recourante se réfère en particulier à un postulat des députés au Grand Conseil [...] et consorts « visant à mettre fin aux dysfonctionnement de l'OAI du canton de Vaud en matière d'expertises psychiatriques ». Le Conseil d'Etat a déposé en avril 2009 un rapport sur ce postulat, où la qualité du travail du Dr K. _____ n'est pas mise en cause. Ce rapport a été adopté à l'unanimité par le Grand Conseil dans sa séance du 15 septembre 2009, sans que, là encore, le travail du Dr K. _____ soit critiqué (cf. bulletin de cette séance, p. 38). On ne voit pas, dans ces conditions, en quoi la valeur probante de l'expertise réalisée en l'espèce serait compromise ou affaiblie après le débat public ou politique. Cela étant, le Tribunal fédéral des assurances a rappelé qu'un assuré ne pouvait pas simplement faire valoir que certains protagonistes avaient reproché publiquement au Dr K. _____ la sévérité de ses appréciations médicales concernant des tiers, pour mettre en cause la qualité d'une expertise portant sur sa propre personne (cf. notamment TFA I 153/03 du 28 avril 2004, consid. 3). En outre, si un recourant allègue que ce médecin serait chargé régulièrement par l'OAI d'établir des expertises, cela ne constitue pas en soi un motif suffisant pour conclure au manque d'objectivité et à la partialité de l'expert (cf. TFA I 14/04 du 14 mars 2006, consid. 3.2.1 ; cf. aussi jugement TAss AI 261/08–353/08). En l'occurrence, c'est uniquement le contenu de l'expertise psychiatrique qui doit être examiné, au regard des principes du droit fédéral sur l'appréciation des preuves. c) La recourante soutient que ses antécédents familiaux n'auraient pas été investigués. Elle en veut pour preuve l'absence de mention de troubles psychiques ou mentaux dont souffrent une de ses tantes et deux de ses neveux, au Portugal. Le rapport de l'expert K. _____ comporte un chapitre « antécédents personnels » qui évoque la situation des parents et de la fratrie de l'expertisée, sans mentionner les oncles et tantes ni les neveux et nièces. Il est toutefois patent que la description de la famille élargie n'est pas une condition de validité d'une expertise psychiatrique. Le psychiatre traitant G. _____ n'a au demeurant lui-même pas évoqué les problèmes de cette tante et de ces neveux dans son propre rapport. d) La recourante prétend que l'expert a reproduit, dans le chapitre « examen clinique », des éléments qu'elle n'avait pas mentionnés ou qui étaient « incompatibles ». A ce propos, elle conteste avoir des périodes d'euphorie ; elle affirme avoir des troubles majeurs de la concentration et de l'attention lors des migraines ; elle ne comprend pas pourquoi l'expert retient qu'elle n'a pas pu donner une raison objective de ses troubles du sommeil. Ces critiques de la recourante visent l'appréciation médicale, par le psychiatre, de ce qu'elle lui a déclaré en décrivant sa situation. Il est dans la mission de l'expert de procéder à une telle appréciation. On ne voit pas, s'agissant des points précités, en quoi l'expert n'aurait pas respecté les exigences méthodologiques ou formelles. e) En réalité, la recourante reproche à l'OAI d'avoir privilégié l'avis du Dr K. _____ – expert

indépendant au sens de l'art. 44 LPGA – au détriment de celui de son psychiatre traitant le Dr G. _____ (ce dernier avis ayant été repris par le M. _____ dans son dernier rapport). L'expertise du Dr K. _____ apparaît toutefois conforme aux exigences posées par la jurisprudence (supra, consid. 3a). Les éléments retenus par le Dr G. _____ – qui n'a pas rédigé un rapport aussi détaillé que celui du Dr K. _____, notamment au sujet de la symptomatologie spécifiquement dépressive, notamment à propos du degré de gravité des épisodes dépressifs – ont également été pris en considération par l'expert, qui a examiné la totalité du dossier médical de la recourante. En outre, il ressort clairement des documents rédigés par le Dr G. _____ que celui-ci assume son rôle de médecin traitant, en faisant preuve d'empathie, et par conséquent, il ne s'est pas exprimé avec la distance qui est requise des experts. En somme, l'OAI était fondé à admettre la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr K. _____. La situation est suffisamment claire, à ce propos, pour qu'il apparaisse superflu de compléter l'instruction, que ce soit par des questions complémentaires à l'OAI ou à son expert, ou encore par la mise en œuvre d'une nouvelle expertise dans le cadre de la procédure judiciaire. f) Sur la base de l'expertise et des autres éléments du dossier, l'OAI était fondé à considérer que la situation de santé de la recourante ne s'était pas aggravée, sur le plan psychiatrique, et que partant, à défaut de troubles psychiques suffisamment graves, il n'existait pas d'atteinte invalidante. Après l'entrée en force de la première décision de refus de prestations AI (cf. arrêt du TFA du 24 mai 2005, I 286/04), la nouvelle demande n'invoquait pas d'aggravation de l'état de santé sur le plan somatique (en particulier, aucun médecin n'a prétendu que l'anémie réfractaire mise en évidence à la fin de l'année 2005 aurait une influence sur la capacité de travail). Seul l'aspect psychiatrique est donc déterminant en l'espèce. Par ailleurs, la recourante n'allègue aucun changement significatif de sa situation matérielle ou économique (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2). Comme l'a relevé le SMR dans son dernier rapport, la légère variation dans l'évaluation de l'incapacité de travail (25 % à l'issue de la première procédure administrative, 30 % d'après l'expert K. _____) ne permet pas d'établir l'existence d'une aggravation justifiant l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité. Cet élément n'est du reste pas contesté par la recourante. Il s'ensuit que les griefs de la recourante ne sont pas concluants et qu'elle n'est pas fondée à prétendre à une rente d'invalidité. 4. Le recours doit par conséquent être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. La recourante, qui succombe, supporte les frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]), dont une avance de 500 fr. a d'ores et déjà été effectuée. Elle n'a pas droit à des dépens (art. 55 LPA-VD).

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