

VD_FINDINFO AI 522/09 - 488/2011 vom 29. Oktober 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-10-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_522_09_-_488_2011

FR: VD_FINDINFO AI 522/09 - 488/2011 du 29 octobre 2011

IT: VD_FINDINFO AI 522/09 - 488/2011 del 29 ottobre 2011

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, AFFECTION PSYCHIQUE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 29.10.2011 AI 522/09 - 488/2011

RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE}, AFFECTION PSYCHIQUE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 17 al. 1 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 522/09 - 488/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 octobre 2011

Présidence de M. Neu Juges : Mme Dormond
Béguelin et M. Monod, assesseurs Greffier : M. Simon ***** Cause pendante entre : L. _____, à Prilly, recourante, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI En fait : A. L. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1961, sans formation, a notamment travaillé en qualité de ménagère. Le 28 janvier 2003, elle a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations AI tendant à l'octroi d'une rente. Sur le plan médical, l'OAI a requis l'avis de la Dresse D. _____, spécialiste FMH en psychiatrie à Lausanne et psychiatre traitant de l'assurée. Dans un rapport du 20 février 2003, elle a notamment posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte, de difficultés liées à l'éducation et à l'alphabétisation, et de difficultés liées à l'acculturation. Signalant une amélioration de la symptomatologie anxio-dépressive sous traitement de soutien et médicamenteux, elle a retenu une incapacité de travail de 100% depuis avril 2001 en tant que femme de ménage. L'OAI s'est également adressé au Dr B. _____, spécialiste FMH en médecine interne à Lausanne et médecin traitant de l'assurée. Le 1 er mai 2003, ce praticien a retenu les diagnostics d'état dépressif réactionnel et d'état anxieux réactionnel, antérieurs à 2000, puis signalé, sans répercussion sur la capacité de travail, une gonarthrose bilatérale, une arthrose et des troubles statique du rachis dorsal et lombaire, un status après paralysie faciale droite périphérique d'évolution favorable, une anémie ferriprive et une hypotension artérielle. Il n'a pas attesté d'incapacité de travail, retenu qu'une activité adaptée sur le plan somatique était exigible et estimé qu'il ne s'agissait pas clairement d'une invalidité. A la demande de l'OAI, dans un rapport du 4 décembre 2003, la Dresse D. _____ a notamment retenu un trouble dépressif récurrent, des troubles anxieux mixtes, une personnalité fragile et une maltraitance conjugale. Elle a confirmé une incapacité de travail de 100%. S'agissant de l'état de santé actuel, elle a relevé que la situation était très fluctuante et dépendait des événements extérieurs et du climat familial, le traitement étant donc difficile. Elle a considéré la capacité de travail comme fluctuante en tant que nettoyeuse ou dame de buffet et a renvoyé à l'avis du médecin traitant

pour les limitations fonctionnelles. Sur proposition du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'assurée a été examinée par les Drs S. _____ et C. _____, du département universitaire de psychiatrie de l'Etat de Vaud (ci-après: le DUPA). Dans leur expertise du 29 avril 2005, ces médecins ont posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent de degré moyen avec syndrome somatique depuis 2001 environ et ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, de difficultés liées à des problèmes, de difficultés liées à la maltraitance du conjoint depuis 1984 et d'intelligence limite depuis la naissance. Ils ont retenu ce qui suit dans leur appréciation du cas: "Cette patiente présente, depuis environ 4 ans, une pathologie dépressive récurrente qui s'inscrit dans une histoire de vie pitoyable, marquée par des carences affectives et une absence de stimulation intellectuelle dès l'enfance. Plus tard, ses tentatives d'échapper à son milieu vont également échouer et aboutir à un mariage sans amour, mais avec maltraitance psychologique du mari. Les compensations attendues par l'épanouissement de la maternité la conduisent à un nouvel échec puisque les enfants seront placés en institution après quelques années seulement. Jusqu'en 2001, l'expertisée parviendra à garder un emploi, à taux réduit. De nouvelles difficultés somatiques vont alors venir à bout des résistances psychiques de cette femme démunie depuis toujours. Celle-ci ne possédant pas les outils permettant une mise à distance des événements de vie, elle va évoluer au gré des malheurs qui la frappent au travers de ses enfants. La réponse au traitement psychiatrique est donc fluctuante, mais surtout, l'expertisée se réfugie dans un état régressif marqué qui va la figer dans une attitude d'expectative passive empêchant tout changement et la rendant dépendante de son mari. Pourtant, l'expertisée, hypersomniaque, aboulique, est parvenue à se présenter régulièrement et ponctuellement aux rendez-vous fixés, même à 09.00 heures le matin. Le contact avec elle était détendu, elle pouvait parfois sourire. Il semble que, dans un environnement soutenant et valorisant, cette personne non seulement pourrait reprendre une activité professionnelle simple, mais aussi y trouver un bénéfice thérapeutique. Ceci est à envisager par le biais de la mise sur pied d'un programme de ré-entraînement au travail qui contribuerait à améliorer son image et à reprendre confiance en elle. Naturellement, ce changement ne peut être que progressif compte tenu de l'importance de la régression. La poursuite de la thérapie de soutien de la psychiatre traitante, d'ailleurs bien investie par l'expertisée, est impérative pour avoir une chance de succès de réinsertion. B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés [...] Au plan psychique et mental: on ne peut attendre de l'expertisée qu'une activité simple, répétitive, peu exigeante intellectuellement et physiquement, dans un milieu tolérant, compréhensif et soutenant. Le trouble dépressif contribue à une baisse de motivation marquée et le peu de ressources intellectuelles l'empêche d'envisager une issue autre que la chronicité de ses troubles. [...] 3. En raison de ses troubles psychiques, l'assurée est-elle capable de s'adapter à son environnement professionnel? Dans un environnement professionnel tolérant, compréhensif, n'exigeant pas de capacités d'adaptation à des modifications rapides et fréquentes, l'expertisée nous semble parfaitement capable non seulement de s'y adapter, mais éventuellement d'améliorer son état de santé en retrouvant une meilleure image d'elle-même. La capacité de travail est évaluée à 60% dans un premier temps. Après un ré-entraînement au travail, celle-ci pourrait se monter à 80 voire 100%. Une ré-évaluation serait nécessaire après 12-18 mois de reprise progressive d'une activité professionnelle adaptée. Le rendement dans une activité simple devrait être normal". Dans un rapport SMR du 29 août 2005, se référant à l'expertise du DUPA et à l'avis de la Dresse D. _____, le Dr R. _____ a retenu l'atteinte principale à

la santé de trouble dépressif récurrent de degré moyen avec syndrome somatique et de difficultés liées à la maltraitance du conjoint, puis une capacité de travail exigible de 60% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, le début de l'aptitude à la réadaptation étant fixé à avril 2001. Le 2 janvier 2006, dans un rapport rendu dans le cadre des accords bilatéraux avec l'Union européenne, le Dr B. _____ a notamment retenu les atteintes d'état anxieux et dépressif, de diabète non insulino-dépendant, de lombalgies, d'anémie ferriprive et de douleurs diffuses. Il a indiqué une incapacité de travail de 50% en tant que nettoyeuse et a évoqué la personnalité fruste de l'assurée. Dans un préavis du 15 août 2006, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui reconnaître le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2002, compte tenu d'une capacité de travail considérablement restreinte depuis le 1^{er} avril 2001 et, selon l'avis du SMR, d'une incapacité de travail de 40%. Le 2 septembre 2006, l'assurée a présenté ses objections à l'encontre de ce préavis, se prévalant de son état de santé et en particulier de son incapacité totale à fournir un travail rémunéré. Le 29 janvier 2007, l'assurée a déclaré renoncer au versement de sa rente d'invalidité, dès lors que son mari est au bénéfice d'une rente entière de l'AI et d'une rente complémentaire pour elle-même. L'OAI en a pris acte par décision du 2 avril 2007 et précisé que l'assurée gardait le droit de déposer une nouvelle demande. Suite à la révocation de sa renonciation au versement de la rente, par décision du 10 janvier 2008 de l'OAI, l'assurée a été mise au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 2008, d'un montant mensuel de 430 fr. B. Le 16 juillet 2008, l'assurée a déposé une demande de révision de son droit à la rente, se prévalant d'une aggravation de son état de santé et de deux traitements en cours. Dans un rapport du 28 juillet 2008, la Dresse D. _____ a notamment évoqué un trouble dépressif récurrent, des troubles anxieux mixtes, une personnalité fragile et un marasme familial avec un mari maltraitant et deux enfants souffrant de troubles psychiques. Elle a signalé un épisode de dépression majeure en avril 2008, actuellement en rémission, et constaté un épuisement, une anhédonie, des difficultés du sommeil, une anxiété et un retrait social, le pronostic étant médiocre. L'incapacité de travail a été fixée à 100% depuis avril 2001. Le 22 septembre 2008, le Dr Z. _____, spécialiste FMH en médecine générale à Prilly, a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif chez une patiente à probable structure psychotique de la personnalité. Il a signalé des douleurs touchant tout le corps, des vertiges, des angoisses et des troubles du sommeil, a mentionné un traitement médicamenteux anti-douleur et psychotrope, puis a retenu une incapacité de travail totale. Il a en substance relevé que la problématique psychique était prépondérante et a requis l'avis du psychiatre traitant. Un questionnaire médico-dentaire rempli en février 2009 par le Dr N. _____, médecin dentiste à Lausanne, a été versé au dossier, mettant en évidence plusieurs dents manquantes, obturées ou avec traitements radiculaires. Un devis et une estimation d'honoraires ont par la suite été établis par ce médecin. Dans un avis médical SMR du 22 juillet 2009, compte tenu de l'avis de la Dresse D. _____ et du Dr Z. _____, le Dr Q. _____ a retenu qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux, déterminants selon lui, depuis l'octroi de la rente, précisant qu'un épisode dépressif sévère en avril 2008 était en rémission selon le psychiatre traitant. Par décision du 5 octobre 2009, confirmant un préavis du 31 juillet 2009, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser l'augmentation de sa rente d'invalidité, sur la base des arguments ci-dessus du SMR, la capacité de travail exigible étant toujours de 60%. C. Par acte du 30 octobre 2009, L. _____ a déféré cette décision au Tribunal cantonal et a conclu à l'octroi d'une rente entière, faisant valoir que ses troubles de santé s'étaient très nettement aggravés, au point qu'elle n'avait plus aucune capacité de travail résiduelle. Dans

sa réponse du 1^{er} février 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant à la décision attaquée. Le 24 mars 2010, le juge instructeur a confié un mandat d'expertise judiciaire au Dr X. _____, psychiatre FMH à Pully. Le 8 octobre 2010, ce médecin a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. Il a retenu ce qui suit: "La question est de savoir s'il y a réellement aggravation de l'état de santé de l'expertisée depuis l'acceptation de la rente. Or le status psychiatrique que je peux mettre en évidence manifeste une amélioration notable depuis l'expertise du 29 avril 2005 de Mme le Dr C. _____ et du Dr S. _____. En effet, je ne constate plus de ralentissement de la pensée, pas d'humeur déprimée ni de perte d'espoir. Enfin l'expertisée a perdu environ 10 kg depuis lors. L'anamnèse de l'expertisée donne certes l'impression d'une vie de misère telle que décrite par Zola en début de siècle. Or cette femme manifeste qu'elle a des ressources. Elle a décidé d'apprendre à lire et à écrire, car à la fin de sa scolarité elle était analphabète, comme sa mère l'était. Et aujourd'hui elle peut fièrement affirmer qu'elle sait lire et qu'elle a fait cela toute seule. Elle peut également dire qu'elle sait calculer mais que les tables de multiplication sont impossibles à apprendre. Elle peut également dire qu'elle sait maintenant se défendre contre son mari. Elle peut dire à la fois des mots très blessants ("il vaut mieux avoir un chien parce qu'au moins un chien écoute ce qu'on lui dit") mais à la fois, il n'est pas question pour elle de se séparer de son mari. Lorsqu'elle affirme que son mari est Italien et classique et qu'elle-même n'est pas moderne, elle manifeste clairement un attachement à son mari. Cette femme est attachante par sa simplicité. Lorsque je lui demande quels sont ses projets [...] elle dit vouloir rester en Suisse avec ses enfants. Mais peu après elle me dit qu'elle ne veut pas mourir en Suisse, qu'elle veut mourir dans son pays. Elle manifeste clairement être à même d'exprimer des sentiments et des émotions. Il n'y a pas d'émoussement affectif. Il est frappant de constater que toute la constellation familiale bénéficie d'une rente AI. La seule personne qui n'a pas eu droit à une rente AI entière est l'expertisée. Il est évident que dans une telle constellation, cette expertisée ne travaillera plus jamais dans le monde économique. Elle est convaincue qu'elle ne le pourra plus jamais et j'estime qu'il est vain de tenter de la convaincre du contraire. Néanmoins d'un strict point de vue psychiatrique, l'atteinte à la santé psychique n'est pas telle qu'elle empêche toute activité professionnelle. La question qui se pose est de savoir comment établir une évaluation de l'incapacité de travail. En effet on ne peut pas éliminer le fait que cette expertisée a présenté des épisodes dépressifs, vraisemblablement sévères. L'équilibre actuel, du point de vue psychiatrique, pourrait faire [croire] que cette expertisée a une pleine capacité de travail. Or l'équilibre actuel tient certes en partie à un traitement psychiatrique au long cours mais également à l'absence d'activité professionnelle. Il est vraisemblable que si l'on contraignait cette expertisée à travailler dans le monde économique son état de santé psychique s'aggraverait et qu'elle présenterait alors une décompensation, moyenne à sévère, sur un mode dépressif. En conséquence, j'estime que si l'on considère exclusivement l'état de santé psychique actuel de l'expertisée, la capacité de travail de l'expertisée est pleine et entière. Mais il me semble adéquat de tenir compte d'une fragilité psychique qui se manifeste par un trouble dépressif récurrent et en conséquence, je suis prêt à rejoindre l'avis médical du Dr Q. _____ du 22 juillet 2009 qui estimait qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux depuis l'octroi de la rente et qu'en conséquence l'incapacité de travail était de 40%. Mais une telle estimation ne tient pas compte des épisodes dépressifs sévères que connaît cette expertisée de manière répétée. En effet, en raison de la pathologie qu'elle présente cette expertisée est en incapacité de travail totale à certains moments. En conséquence, j'estime qu'il est indiqué de lui

reconnaître une capacité de travail de 50% et non de 60%. 10. Capacités professionnelles En raison des troubles psychiques qu'elle présente cette expertisée a une capacité de travail limitée, comme je l'ai indiqué plus haut. Cette expertisée peut travailler dans les activités professionnelles qu'elle a exercées précédemment. Néanmoins en raison des troubles psychiques qu'elle présente, sa capacité de travail est limitée. L'estimation que je fais de cette capacité est de 50%. En effet cette expertisée présente une fragilité psychique sous forme d'un trouble dépressif récurrent qui se manifeste par des épisodes de dépression sévère de manière réitérée. Le risque d'une décompensation sur un mode dépressif doit donc être pris au sérieux. En conséquence, j'estime qu'en limitant la capacité de travail à 50%, l'expertisée peut être à même de travailler sans mettre en péril son état de santé psychique et [sans] s'épuiser psychiquement. Cette estimation d'autre part doit correspondre à l'activité que cette expertisée aurait pu avoir si elle ne se considérait pas comme invalide. Mais il est évident que cette estimation est et restera purement médico-théorique. En effet cette expertisée se considère comme définitivement invalide et ne reprendra jamais une activité professionnelle quelles que soient les décisions des tribunaux ou des assurances sociales. 11. Réponse aux questions [...] Cette expertisée a une capacité de travail limitée en raison de sa moindre résistance aux facteurs de stress et d'une certaine fatigabilité. Elle est à même de travailler dans les activités professionnelles antérieures qu'elle a exercées. J'estime qu'elle serait à même, par exemple, de faire des travaux d'entretien et de nettoyage de locaux professionnels. J'estime que cette expertisée peut exercer une activité professionnelle ne demandant pas de formation particulière à raison de quelques heures par jour, soit environ 50%. [...] Cette expertisée a manifesté qu'elle avait des ressources et qu'elle pouvait les mobiliser. En conséquence j'estime que cette expertisée est capable de s'adapter à un environnement professionnel. [...] Cette expertisée peut exercer une activité qui ne demande pas de respecter un rythme imposé ou soumis à de fortes exigences de rendement même temporaires. Il serait souhaitable qu'elle puisse travailler dans une ambiance relativement calme, dans une équipe restreinte. J'estime que cette expertisée peut travailler à 50%, soit environ quatre à cinq heures par jour [avec un rendement normal]". Dans un avis médical du SMR du 21 octobre 2010, les Drs R._____ et G._____ ont estimé que le corps de l'expertise avait été correctement réalisé mais que les considérations asséculogiques sur la capacité de travail souffraient d'une carence patente de logique et de cohérence, citant plusieurs exemples. Ils en ont déduit qu'il n'était pas nécessaire de réinterroger l'expert. Le 1^{er} novembre 2010, en se fondant sur les éléments médicaux relevés par l'expert, l'OAI a conclu à la suppression du quart de rente au 1^{er} décembre 2009, subsidiairement au rejet du recours. Se référant à la position précitée du SMR, il a en substance émis des doutes quant à la valeur probante de l'expertise, le Dr X._____ ayant constaté une amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis l'expertise du DUPA de 2005 pour nier la présence d'éléments nouveaux depuis 2005 et finalement reconnaître une incapacité de travail de 50%. A la demande du juge instructeur, le Dr X._____ a apporté, le 16 janvier 2011, un complément à son rapport d'expertise, exposant ce qui suit: "Les remarques du SMR sont parfaitement adéquates car elles montrent bien la difficulté de l'appréciation de la capacité de travail de l'expertisée. Et j'ai tenu à bien montrer cette difficulté dans mon rapport d'expertise du 8 octobre 2010. J'ai tenté de montrer que l'appréciation de la capacité de travail ne pouvait pas reposer exclusivement sur les constatations "objectives" faites les deux jours où j'ai examiné l'expertisée. En effet, si je ne considère que cet examen, sans tenir compte de l'anamnèse de l'expertisée, je devrais considérer que la capacité de travail de l'expertisée est pleine et

entière (p. 7 de mon rapport d'expertise). Cela ne signifie pas, contrairement à ce qu'affirme le Dr R. _____, que je tiens compte de facteurs extra-médicaux pour apprécier la capacité de travail de l'expertisée. Si tel était réellement le cas, il faudrait alors reconnaître à l'expertisée une pleine capacité de travail. Or le rapport du Dr R. _____ ne conclut pas ainsi. Pour apprécier la capacité de travail de l'expertisée, je me fonde donc sur l'anamnèse et j'évoque une fragilité psychique. Il m'est fait reproche d'utiliser ce terme. Or je précise dans mon rapport d'expertise que cette fragilité psychique se manifeste par un trouble dépressif récurrent. Il me semblait que l'expression utilisée était claire et qu'elle ne prêterait pas à interprétation erronée. L'argument est donc le suivant: au moment de l'examen l'expertisée ne présente que peu de signes d'un trouble dépressif. Je suis donc amené à poser le diagnostic de trouble dépressif léger sans syndrome somatique. Mais en connaissant l'anamnèse de cette expertisée, je ne pose pas le diagnostic d'épisode dépressif léger mais bien celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. En effet, cette expertisée présente de manière récurrente des épisodes dépressifs plus sévères. L'affection psychique dont est atteinte l'expertisée n'est pas stable dans le temps et présente des épisodes d'aggravation et des épisodes d'amélioration. Il n'est donc pas étonnant que je puisse constater une amélioration de l'état de santé de l'expertisée et apprécier une diminution de la capacité de travail, même si cela peut paraître paradoxal au premier abord. Pour rendre compte de cette atteinte à la santé psychique de l'expertisée j'utilise le terme de fragilité psychique. Il ne s'agit pas là d'un diagnostic mais d'une métaphore pour illustrer l'instabilité de l'état de santé psychique de l'expertisée dont personne ne conteste le diagnostic de trouble dépressif récurrent. Je ne fonde donc pas mon appréciation sur une notion vague de fragilité psychique mais bien sur un diagnostic précis. L'appréciation précise de la capacité de travail est particulièrement malaisée et je tenais à bien le souligner dans mon rapport d'expertise du 8 octobre 2010. En effet, comme l'affirme le Dr R. _____ le trouble dépressif récurrent peut être "invalidant" ou ne pas l'être. Or personne ne conteste, dans le cas présent, que le trouble dépressif récurrent de l'expertisée a une répercussion sur sa capacité de travail et qu'il est vraisemblablement invalidant, sachant que la détermination de l'invalidité est du ressort juridique et non médical. L'argument que j'utilise dans mon rapport d'expertise du 8 octobre 2010 est le suivant: l'incapacité de travail de l'expertisée est au moins de 40% comme l'estimait le Dr Q. _____ en date du 29 juillet 2009 mais il est vraisemblable que cette estimation est légèrement insuffisante car elle ne tient pas suffisamment compte des épisodes d'aggravation de la maladie de l'expertisée et qu'il est plus adéquat de considérer que l'incapacité de travail de l'expertisée est de 50%. Quant à savoir à combien d'heures de travail cela peut correspondre exactement, la querelle me paraît vaine. J'ai donné une estimation qui était censée représenter un 50% et il me semble que cette évaluation en durée de travail n'est pas en contradiction fondamentale avec l'évaluation en pour-cent. Enfin, le Dr R. _____ me fait le reproche de faire des suppositions et de m'écarter des faits réels lorsque j'affirme qu'"il est vraisemblable que si l'on contraignait cette expertisée à travailler dans le monde économique son état de santé psychique s'aggraverait". Certes il s'agit d'une appréciation mais qui tient compte d'une observation réitérée de patients présentant la même pathologie que l'expertisée. De tels patients présentent une nette amélioration de leur état de santé psychique une fois reconnus "invalides" et pourraient nous inciter alors à leur reconnaître à nouveau une pleine capacité de travail. Or c'est bien en raison de la limitation de leur capacité de travail qu'ils peuvent présenter une amélioration de leur état de santé psychique. Toute augmentation de leur capacité de travail conduit inévitablement à une aggravation.

J'estime donc qu'il est du ressort de l'expert de pouvoir, voire de devoir, établir un pronostic". Le 7 février 2011, la recourante a indiqué ne pas avoir de remarques au sujet des explications complémentaires de l'expert, qui lui paraissaient très claires. Dans sa prise de position du 7 février 2011, l'OAI a indiqué que l'avis de l'expert – selon lequel le trouble dépressif récurrent affectant l'assurée avait été fluctuant dans le passé, avec des épisodes dépressifs plus graves – n'était pas convaincant, dès lors qu'il se basait uniquement sur l'anamnèse de l'assurée, soit sur un élément subjectif, et qu'il ne s'écartait pas clairement de l'avis du SMR qui minimisait les épisodes d'aggravation. Compte tenu de l'avis de l'expert et de celui de la Dresse D. _____, l'OAI a relevé l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assurée puis a confirmé les conclusions de sa dernière écriture. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. En l'espèce, est litigieuse la révision à la hausse du droit à la rente de la recourante, qui est au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2002. 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% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle

qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (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). 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1; TF 9C_94/2009 du 29 avril 2009 consid. 3.3; TF 8C_936/2008 du 7 juillet 2009 consid. 6). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; TF 8C_183/2007 du 19 juin 2008 consid. 3). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impérieux 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 notamment 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 351 consid. 3b/aa; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). c) Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement

important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées). Selon l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). 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. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). Selon l'art. 29bis RAI, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 28, al. 1, let. b, LAI, celle qui a précédé le premier octroi. d) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; TF 9C_510/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.1). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1). Lorsqu'on procède à une évaluation, celle-ci ne doit pas nécessairement consister à chiffrer des valeurs approximatives; une comparaison de valeurs exprimées simplement en pour-cent peut aussi suffire. Le revenu hypothétique réalisable sans invalidité équivaut alors à 100%, tandis que le revenu d'invalide est estimé à un pourcentage plus bas, la différence en pour-cent entre les deux valeurs exprimant le taux d'invalidité

(comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 consid. 3a; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2). 3. a) Selon le préavis du 15 août 2006 de l'OAI, qui sera confirmé par décision du 10 janvier 2008, le droit de l'assurée à un quart de rente d'invalidité est reconnu dès le 1^{er} avril 2002, en raison d'un degré d'invalidité de 40%. Ce droit est établi sur la base des avis médicaux suivants. Dans un rapport du 20 février 2003, la Dresse D._____ a notamment relevé un trouble anxieux et dépressif mixte, des difficultés liées à l'éducation et à l'alphabétisation et des difficultés liées à l'acculturation. Elle a retenu une incapacité de travail de 100% depuis avril 2001 en tant que femme de ménage. Le Dr B._____, dans ses lignes du 1^{er} mai 2003, a retenu un état dépressif réactionnel et un état anxieux réactionnel, antérieurs à 2000, sans attester d'incapacité de travail. La Dresse D._____ a ensuite, le 4 décembre 2003, retenu un trouble dépressif récurrent, des troubles anxieux mixtes, une personnalité fragile et une maltraitance conjugale, l'incapacité de travail étant de 100% et la situation décrite comme très fluctuante. Dans leur expertise du 29 avril 2005, les médecins du DUPA ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent de degré moyen avec syndrome somatique depuis 2001 environ. Dans leur appréciation du cas, ils ont relevé une pathologie dépressive récurrente s'inscrivant dans une histoire de vie pitoyable, une maltraitance du mari, des difficultés dans l'éducation de ses enfants, l'apparition de troubles somatiques et un refuge dans un état régressif marqué figeant l'intéressée dans une attitude d'expectative passive. Dans un environnement soutenant et valorisant, ils ont indiqué que l'assurée pouvait reprendre une activité professionnelle simple, mais aussi y trouver un bénéfice thérapeutique, par le biais d'un programme progressif de ré-entraînement au travail avec poursuite de la thérapie de soutien. Ils ont estimé à 60% la capacité de travail dans un premier temps, avec par la suite des possibilités d'amélioration. Sous la plume du Dr R._____, le SMR a retenu, le 29 août 2005, l'atteinte principale à la santé de trouble dépressif récurrent de degré moyen avec syndrome somatique et de difficultés liées à la maltraitance du conjoint, puis une capacité de travail exigible de 60% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. En date du 2 janvier 2006, le Dr B._____ a notamment retenu un état anxieux et dépressif, puis une incapacité de travail de 50% en tant que nettoyeuse. b) Suite à la procédure de révision initiée par l'assurée le 16 juillet 2008, les rapports suivants ont été versés au dossier. La Dresse D._____, en date du 28 juillet 2008, a notamment évoqué un trouble dépressif récurrent et des troubles anxieux mixtes; elle a signalé un épisode de dépression majeure en avril 2008, actuellement en rémission, et constaté un épuisement, une anhédonie, des difficultés du sommeil, une anxiété et un retrait social, le pronostic étant médiocre et l'incapacité de travail de 100%. Le 22 septembre 2008, le Dr Z._____ a posé le diagnostic d'état anxio-dépressif chez une patiente à probable structure psychotique de la personnalité et retenu une incapacité de travail totale. Appréciant ces éléments, le 22 juillet 2009, le Dr Q._____ du SMR a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux depuis l'octroi de la rente. Dans son expertise judiciaire du 8 octobre 2010, le Dr X._____ a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique. Dans son appréciation du cas, il a retenu un status psychiatrique mettant en évidence une amélioration notable depuis l'expertise du DUPA de 2005, en l'absence de ralentissement de la pensée et d'une humeur déprimée. Il a relevé que l'équilibre actuel restait fragile, qu'il résultait d'un traitement psychiatrique au long cours et de l'absence d'activité professionnelle, de sorte qu'en cas de reprise contrainte d'une activité l'état de santé psychique s'aggraverait, avec une décompensation, moyenne à sévère, sur un mode dépressif. En considérant exclusivement l'état de santé psychique actuel, la capacité

de travail de l'expertisée était réputée pleine et entière, mais il semblait adéquat de tenir compte d'une fragilité psychique s'étant manifestée par des troubles dépressifs récurrents, ce qui pouvait laisser penser qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux depuis l'octroi de la rente. Une telle estimation ne tenait toutefois pas compte des épisodes dépressifs sévères, manifestés de manière répétée, de sorte qu'il y avait lieu de retenir une capacité de travail de 50% dans les activités précédemment exercées, sans diminution de rendement, compte tenu d'un risque certain d'aggravation de la santé psychique qu'engendreraient la rupture d'un équilibre restant fragile. Suite aux critiques émises par les médecins du SMR et par l'OAI au sujet de cette expertise, sur demande du juge instructeur, le Dr X. _____ a relevé, dans un complément du 16 janvier 2011, que l'appréciation de la capacité de travail, ne pouvant reposer exclusivement sur les constatations objectives résultant de son observation clinique de l'assurée, résultait aussi nécessairement de l'anamnèse de cette dernière. Il a expliqué que la fragilité psychique se manifestait selon lui par un trouble dépressif récurrent et que l'affection psychique n'était pas stable dans le temps, l'assurée ayant présenté une succession d'épisodes d'aggravation comme d'amélioration, ce dont le SMR n'avait pas tenu compte. Il a ajouté que les conséquences psychiques d'une reprise contrainte d'une activité résultaient certes d'une appréciation, mais qu'elles avaient été constatées par ce médecin dans sa pratique de spécialiste auprès d'autres patients. c) Les diagnostics, les constatations médicales et leurs répercussions sur la capacité de travail de l'assurée tels que mentionnés par la Dresse D. _____ (rapport du 28 juillet 2008) sont pour l'essentiel superposables à ce que ce médecin avait retenu lors de la reconnaissance du droit à un quart de rente. La Dresse D. _____ a toutefois signalé un épisode de dépression majeure en avril 2008 certes, actuellement en rémission. Le Dr X. _____, dans son expertise comme dans le complément apporté à celle-ci, a signalé des épisodes dépressifs sévères de manière répétée, entraînant des épisodes d'incapacité de travail, dont il n'est pas contesté qu'elle fut totale. Si la Dresse D. _____ a retenu que l'épisode de dépression majeure d'avril 2008 était en rémission, ce dont se prévaut le SMR, l'expert en a déduit une instabilité fondamentale de l'affection psychique de l'assurée, ainsi que des ressources et un équilibre fragiles. Le fait que le Dr X. _____ a retenu l'absence d'incapacité de travail lors de son examen clinique, soit en considérant exclusivement l'état de santé actuel de l'intéressée, n'est pas en soi déterminant. En effet, il explique fort bien qu'à ce moment-là l'assurée se trouvait dans une période d'amélioration de son état psychique, lequel est par ailleurs décrit comme variable. Les explications de l'expert, dûment motivées et exemptes de contradictions, permettent de retenir que l'instabilité psychique de la recourante, entraînant des épisodes d'aggravation (tel l'épisode de dépression majeure survenu en avril 2008 signalé par la Dresse D. _____) et d'amélioration (comme signalé lors de l'examen clinique par l'expert), procède d'une fragilité psychique, elle-même se manifestant par un trouble dépressif récurrent, qui constitue un diagnostic répertorié par le système de classification de la CIM-10. En réponse aux questions de l'OAI, l'expert s'est du reste référé à des épisodes précis de dépression sévère survenus de manière réitérée et a précisé que le risque d'une décompensation sur un mode dépressif devait être pris au sérieux au titre du pronostic. Dans ces conditions, on ne saurait suivre l'OAI qui, dans ses dernières écritures, se borne à constater une amélioration de l'état de santé de l'assurée qui justifierait de supprimer le droit à la rente, ignorant ainsi les explications pourtant claires et circonstanciées de l'expert. Le Dr X. _____ a admis que son appréciation de la capacité de travail se fondait également sur l'anamnèse de l'assurée, ce qui lui est reproché par l'OAI qui lui oppose le caractère subjectif de cette

approche. On ne voit cependant pas en quoi l'avis de l'expert psychiatre ne serait pour cette raison pas pertinent. Comme relevé ci-dessus, l'expert a constaté au jour de son examen clinique, uniquement, qu'il n'y avait pas lieu de retenir d'incapacité de travail, ce qui ne le dispensait pas d'appréhender le cas dans son ensemble pour tenir judicieusement compte de la fragilité psychique de l'assurée et motiver ainsi une capacité de travail de 50%. En effet, les périodes d'instabilité psychique résultent de rapports médicaux fondés sur des constats objectifs (notamment de la Dresse D. _____) avant de s'intégrer dans l'anamnèse. Il est normal qu'un expert, pour évaluer l'état de santé de l'examiné, se base sur l'évolution de l'état de santé de ce dernier (qui résulte de documents médicaux établis par ses confrères et versées au dossier) en plus de ses propres constatations médicales. Il s'agit du reste d'un des critères nécessaires pour que l'expertise puisse être tenue pour probante. En outre, on ne saurait remettre en cause les motivations logiques de l'expert s'agissant de la détermination de la capacité de travail, qu'il évalue à 50% dans les professions précédemment exercées par l'assurée, sans diminution de rendement. Rien ne permet de le contredire lorsqu'il affirme, comme praticien spécialiste et sur la base de sa propre expérience auprès d'autres patients, que la reprise contrainte d'une activité correspondant à une pleine capacité de travail risque dans certaines situations, comme celle du cas d'espèce, d'entraîner une aggravation sensible de l'état de santé psychique et de rompre ainsi un équilibre seul à même d'assurer une capacité de travail résiduelle effective. Il n'est à tout le moins pas contredit sur ce point de manière convaincante par les médecins du SMR, au demeurant non psychiatres, de sorte que l'on retiendra en définitive que l'expertise du Dr X. _____ satisfait pleinement aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. d) Au regard de cette expertise judiciaire, il convient de retenir qu'un changement notable est intervenu postérieurement aux circonstances prévalant lors de la reconnaissance du droit à un quart de rente d'invalidité, au 1^{er} avril 2002, en ce sens qu'une capacité de travail résiduelle de 50% sans diminution de rendement doit être reconnue dans les précédentes activités exercées par l'assurée (expertise du Dr X. _____), en l'occurrence à compter d'avril 2008, soit depuis l'épisode de dépression majeure objectivé par la Dresse D. _____ (dans son rapport du 28 juillet 2008). Compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 al. 1 LAI, 88a al. 2 RAI et 29bis RAI a contrario), le droit à une demi-rente doit donc être reconnu dès le 1^{er} avril 2009. 4. Partant, le recours est admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2009. 5. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 52 al. 1 LPA-VD). N'étant pas représentée par un mandataire et ne faisant pas valoir de frais particuliers, la recourante n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 5 octobre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que L. _____ a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2009. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ L. _____ ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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