

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 150 vom 7. Februar 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-02-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2012\\_\\_150](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__150)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 150 du 7 février 2012

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 150 del 7 febbraio 2012

### Regeste

AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 17 LPGA, 53 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 87 al. 3 RAI, 87 al. 4 RAI

### Erwägungen

#### E. 7

février 2012 \_\_\_\_\_ Présidence de Mme Di Ferro Demierre Juges : Mme Thalmann et M. Zbinden, assesseur Greffière : Mme Mestre Carvalho \*\*\*\*\* Cause pendante entre : M. \_\_\_\_\_, à Lausanne, recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 7, 8, 17 et 53 LPGA; art. 4 et 28 LAI; art. 87 al. 3 et 4 RAI E n f a i t : A. a) M. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1952, ayant suivi un apprentissage de sténodactylographe de 1968 à 1971 sans obtenir de certificat fédéral de capacité (CFC), a notamment travaillé comme opératrice de saisie dans une imprimerie de [...], jusqu'à son licenciement en juillet 1996 pour avoir refusé de réduire son taux d'occupation de 100% à 50%. Elle a ensuite bénéficié de prestations de l'assurance-chômage du 1<sup>er</sup> août 1996 au 30 avril 1998. A partir de mai 1998, elle a exercé une activité de commerçante indépendante dans la brocante à 50%; au fil des années, elle a toutefois réduit cette activité. Dès juin 2003, elle a entrepris un travail de secrétariat à 20% à la Maison R. \_\_\_\_\_. b) En date du 31 mars 1999, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), invoquant une atteinte cardio-vasculaire remontant au 12 août 1997. Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), le Dr E. \_\_\_\_\_, médecin interniste traitant de l'intéressée, a fait part de ses observations dans un rapport du 9 mai 1999. Il a posé les diagnostics d'infarctus aigu du myocarde sur obstruction de l'artère circonflexe le 12 août 1997 (traité par recanalisation et mise en place d'un stent), d'hypertension artérielle [HTA], de tabagisme, d'hyperlipidémie, d'obésité, et de personnalité borderline. Il a précisé que si l'évolution sur le plan cardiaque était satisfaisante, il apparaissait néanmoins que l'intéressée n'arrivait pas à maîtriser ses facteurs de risque (tabac, poids), et qu'elle était psychologiquement fragile, instable et vulnérable, cachant derrière une façade de dérision une tristesse importante, associée à un sentiment d'impuissance. Il a considéré qu'il y avait lieu d'admettre une invalidité [sic] de 50% depuis le 12 août 1997. Aux termes d'un rapport du 25 mai 1999, la Dresse H. \_\_\_\_\_, psychiatre traitante, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), un trouble de la personnalité type borderline (F60.30), et un status après infarctus du myocarde le 12 août 1997, avec des facteurs de risque élevés (HTA, hypercholestérolémie, obésité, tabagisme). Elle a estimé que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50% depuis le

#### E. 12

Quel est l'environnement psychosocial de la recourante (veuillez le décrire) et comment l'appréciez-vous? L'assurée vit seule. Elle a des contacts avec son fils et ses frères. Elle participe aux activités d'association.

### **E. 13**

Les troubles dont est atteint[e] la recourante ont-ils valeur de maladie au plan médical? Le trouble dépressif récurrent, la dysthymie et le trouble de la personnalité ont valeur de maladie. Mais ceci n'est pas nécessairement en corrélation avec un degré d'incapacité de travail.

### **E. 14**

Sont-ils de nature à empêcher l'activité professionnelle de la recourante totalement ou partiellement? Il n'y a pas d'aggravation durable, mais plutôt une légère amélioration globale et ceci malgré la survenue d'un trouble somatoforme[.] - en cas d'empêchement partiel, selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand? L'assurée présente une diminution de rendement de 25%.

### **E. 15**

Quelles sont les activités adaptées à l'état psychique? - en cas d'empêchement partiel dans une activité adaptée, selon quel taux en pour cent, pour quels motifs et depuis quand? Aucune activité spécifique ne permettrait d'atténuer cette diminution de rendement. Le rendement est diminué de 25% sur la base de 8 heures de travail quotidien. S'AGISSANT DES TROUBLES PHYSIQUES ET PSYCHIQUES

### **E. 16**

a) Au cas où ces troubles engendreraient une incapacité de travail totale ou partielle dans sa profession de commerçante indépendante ou de secrétaire, quelles sont les activités professionnelles adaptées qu'elle pourrait exercer, à quel taux, pour quels motifs et depuis quand? Sur le plan somatique, une activité adaptée devrait respecter les limitations décrites ci-dessus à savoir surtout éviter les efforts physiques sollicitant le dos. Dans ce type d'activité, que ce soit secrétaire, vendeuse ou ouvrière avec une manutention légère, la capacité est de 80%. Sur le plan psychique, l'assurée peut travailler à 75% comme vendeuse ou ouvrière en usine ou dans la brocante. b) L'ensemble des troubles présentés par la recourante sont-ils de nature à empêcher une activité professionnelle et engendrent-ils une incapacité totale ou partielle de travail? Oui, partielle. - en cas d'incapacité partielle, selon quel taux, en pour cent, pour quels motifs et depuis quand? 50% depuis 1999, puis 25% depuis le 01.01 2004. [...]

### **E. 20**

Avez-vous d'autres précisions à ajouter? Les patients souffrant d'un syndrome d'apnée du sommeil ont des symptômes communs avec la dépression. L'assurée souffre de cette affection et cela peut tout à fait expliquer la persistance d'un état de fatigue. L'assurée doit être encouragée à accepter le traitement de CPAP." g) Invité à se déterminer sur cette expertise, l'OAI a pris position le 3 août 2009. En substance, il reconnaît à l'assurée une capacité de travail de 40% à 60% dans l'activité de brocanteuse et de 75% dans une activité adaptée, ce depuis janvier 2004. Il ajoute, d'une part, que l'intéressée pourrait travailler à plein temps dans le domaine administratif si elle était en bonne santé, et, d'autre part, qu'en dépit de ses problèmes médicaux, elle peut exercer une telle activité moyennant une diminution de rendement de 25%. Cela étant, l'intimé considère que depuis janvier 2004, le

degré d'invalidité n'est plus suffisant pour ouvrir le droit à une rente AI; il propose dès lors la réforme de la décision attaquée, dans le sens d'une suppression de la rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2008. Pour le surplus, l'OAI se réfère à un avis médical SMR du 22 juillet 2009 rédigé par les Drs J. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, dont on extrait notamment ce qui suit : "L'examen rhumatologique [du CEMed] conclut à [...] une incapacité de travail de 40% comme brocanteuse. Cette appréciation est plus « sévère » que celle de la Dresse O. \_\_\_\_\_, du SMR, qui retenait un taux de 60%. Les constatations objectives étant identiques, il s'agit d'une appréciation différente d'une même situation. Dès lors, il appartient au mandataire de l'expertise de trancher. [...] [...] [O]n s'étonne que l'expert [psychiatre] admette une baisse de rendement de 25% en l'absence de limitation fonctionnelle objective. De toutes manières, nous devons admettre que l'empêchement psychiatrique est de 50% depuis 1999, puis de 25% depuis le 1.1.2004. [...] Les experts du CEMED situent l'amélioration au 1.1.2004. [...] L'expertise du CEMED reflète la situation actuelle, telle qu'elle est depuis le 1.1.2004. [...] Le SMR retenait une capacité de travail de 40% dans l'activité exercée, et de 50% dans une activité adaptée. Ces taux sont valables jusqu'au 3[1].12.2003. Depuis le 1.1.2004, les expertes retiennent des taux de 60% et 75% respectivement. Nous pensons que nous pouvons adhérer aux conclusions de l'expertise du CEMED." Dans ses déterminations du 19 octobre 2009, la recourante fait valoir que sa dépression n'est pas en rémission, contrairement à l'appréciation des experts du CEMed, mais que cette pathologie, « sévère et stable » jusqu'en 2007, évolue actuellement dans le sens d'une aggravation. S'agissant des restrictions dans son activité de brocanteuse, elle relève que celles-ci s'expliquent par le caractère physiquement astreignant de ce type de travail, notamment pour la manutention et le transport des objets, et également par la sensibilité accrue aux basses températures, facteur empêchant l'activité entre octobre et mai. Elle apporte pour le surplus diverses précisions quant aux faits énoncés par les experts. Par rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2009, produit par la recourante le 10 novembre suivant, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a fait état d'une dégradation des atteintes psychiques depuis début 2009 en lien avec « les douleurs et la situation de litige ». Elle a relevé que le trouble dépressif récurrent de l'assurée n'était actuellement pas en rémission, mais qu'il avait évolué vers un degré moyen sans syndrome somatique (F32.10), et qu'il était fluctuant et handicapait le fonctionnement de cette dernière. Elle a ajouté que la maladie de l'intéressée – laquelle avait connu des épisodes graves à plusieurs reprises – était plus sévère qu'une dysthymie, et a retenu que celle-ci présentait une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60). En date du 26 novembre 2009, l'OAI a confirmé sa position, observant que les remarques et précisions apportées par la recourante quant à l'expertise du CEMed ne remettaient pas en cause la valeur de cette expertise. Par acte du 5 juillet 2010, la recourante a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, se prévalant notamment des pièces suivantes : - un rapport de scintigraphie osseuse (trois phases) du 10 mai 2010 de la Dresse D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine nucléaire et radiologie, constatant un aspect scintigraphique plaidant pour une polyarthrose prédominant sur les deux épaules et les genoux. - un rapport d'IRM des mains du 18 mai 2010 des Drs B. \_\_\_\_\_ et U. \_\_\_\_\_, du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_), concluant à une synovite articulaire bilatérale sans érosion, et à une érosion à caractère inflammatoire des os semi-lunaires du carpe à droite comme à gauche, mais plus marquée à gauche, les examens étant du reste compatibles avec une arthropathie inflammatoire. - un rapport du 10 juin 2010 du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, relevant des arthralgies mixtes aux épaules, aux mains, aux coudes,

aux hanches, aux genoux et aux chevilles, avec une symptomatologie douloureuse cervico-dorso-lombaire. Ce médecin évoquait par ailleurs une arthropathie inflammatoire touchant principalement les mains avec une synovite articulaire bilatérale au niveau des métacarpophalangiennes et des érosions du semi-lunaire du carpe à droite comme à gauche, plus marquées du côté gauche. Il relevait également des indices en faveur d'une pathologie dégénérative du rachis avec une discopathie en L4-L5, une ébauche de discopathie en L3-L4, une surcharge interfacettaire postérieure et inter-épineuse modérée, et un hémangiome en L2. Il ajoutait qu'il y avait subjectivement une aggravation et objectivement des signes en faveur d'une arthropathie inflammatoire en plus des phénomènes dégénératifs. Il estimait enfin que la situation était plus complexe qu'un syndrome douloureux chronique, compte tenu de l'existence d'une arthropathie inflammatoire indifférenciée – illustrée par l'IRM du 18 mai 2010 – à laquelle s'ajoutaient des phénomènes dégénératifs à la fois rachidiens et périphériques, ainsi qu'une probable diminution du seuil de la douleur avec un syndrome fibromyalgique secondaire. - un rapport du 21 juin 2010 du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, concluant à une arthropathie inflammatoire avec synovite et érosions au niveau du poignet, relevant que ce diagnostic n'était pas encore connu au moment de l'expertise du CEMed, et préconisant de ce fait un complément d'expertise. Par écrit du 29 juillet 2010, l'OAI a proposé la mise en œuvre d'un complément d'expertise auprès du CEMed, se référant à un avis médical SMR du 19 juillet 2010 des Drs J. \_\_\_\_\_ et F. \_\_\_\_\_ préconisant une telle mesure compte tenu du diagnostic d'arthropathie inflammatoire des mains inconnu des experts lors de leur examen. Le 4 février 2011, la recourante a transmis au juge instructeur un questionnaire destiné à l'expert, tout en précisant avoir déposé une nouvelle demande AI « pour se couvrir en cas d'éléments nouveaux ». Elle a également produit un nouvel onglet de pièces. h) Sur mandat du juge instructeur, le rhumatologue P. \_\_\_\_\_ du CEMed a procédé à un complément d'expertise sur la personne de la recourante en date du 5 mai 2011. Dans son rapport du 12 août suivant, il a notamment relevé les points suivants : " données subjectives [...] Madame M. \_\_\_\_\_ a déjà été vue en expertise dans notre Centre, en février 2009[,] pour une expertise multidisciplinaire. Les éléments antérieurs à février 2009 ne sont pas repris. D'emblée, Madame M. \_\_\_\_\_ explique que sa situation est bien pire que ce qu'elle était en 2009. Lorsqu'on lui demande de préciser, elle affirme que c'est avant tout psychologiquement qu'elle va moins bien. Toutefois, c'est à cause des douleurs qui vont en augmentant et dont l'importance n'a pas été reconnue précédemment que son moral se dégrade. Elle affirme aussi qu'elle n'a plus confiance dans les médecins qui l'ont vue, raison pour laquelle elle s'est adressée récemment au Service de Rhumatologie du Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_. Pour Madame M. \_\_\_\_\_, les plaintes sont les mêmes que celles qu'elle ressentait auparavant mais elles sont plus intenses. Elle a mal partout et il n'y a pas un os qui ne fait pas mal . [...] [...] Données personnelles, familiales et socioprofessionnelles [...] Madame M. \_\_\_\_\_ travaille dans une association en faisant du secrétariat avec un poste à 30 %, réparti sur deux jours. Elle pense qu'en fait, elle fait plus qu'un véritable 30 % mais qu'elle va essayer de répartir différemment à l'avenir avec une activité sur plusieurs jours mais sur des périodes plus courtes. En 2010, elle a fait une dizaine de jours de brocante, ce qui ne lui pas permis de couvrir ses frais. Elle explique qu'elle a changé de local pour entreposer sa marchandise pour qu'elle soit moins chère, qu'elle a vendu son bus, etc... Elle aimerait continuer cette activité qui lui permet de sortir un peu, de faire de l'exercice, de voir d'autres gens et de se changer les idées. [...] DOCUMENTS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES [...] Radiographies des mains, genoux, pieds, colonne lombaire,

bassin, épaule droite, thorax du 11.03.2011 (service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_) : Nous comparons cet examen à l'IRM du 18 mai 2010 où des synovites avaient été mises en évidence au niveau métacarpo-phalangien et des érosions visibles au niveau carpien. Au niveau des pieds, sur l'examen du jour, on peut remarquer une image suspecte d'érosion au niveau de la base de la phalangienne proximale du 3 rayon sur son versant ulnaire. Idem au niveau du 4 rayon. Il n'y a pas de pincement articulaire associé. Il n'y a pas d'érosion visible au niveau du carpe. Au niveau de la main gauche, on ne retrouve pas d'image suspecte d'érosion. On ne met pas en évidence les érosions qui étaient visibles sur l'IRM de 2010. Au niveau thoracique, pas d'évidence de lésion interstitielle pulmonaire. On retrouve les troubles dégénératifs au niveau de la colonne dorsale sous la forme de discopathie antérieure. Au niveau du cliché de De Sèze de face en position debout, on retrouve quelques troubles dégénératifs au niveau de l'articulation sacro-iliaque du côté droit ainsi qu'au niveau de la jonction lombo-sacrée postérieure et au niveau coxo-fémoral bilatéral. Il n'y a pas de tassement vertébral. Importante arthrose interapophysaire postérieure L4-L5, L5-S1 des deux côtés. Au niveau de l'épaule, importante ostéophytose sous-acromiale avec conflit présent au niveau acromio-huméral. Au niveau des genoux, gonarthrose interne bilatérale associée à un petit remaniement ostéophytique médial au vu de la forme modifiée des condyles fémoraux des deux côtés, une ostéonécrose pourrait être suspectée. Il n'y a pas d'épanchement intra-articulaire. On peut noter la présence d'ossification qui pourrait correspondre soit au niveau de l'interligne fémoro-patellaire postérieur du côté gauche qui pourrait correspondre soit à une ossification méniscale soit à des calcifications au sein de ces ménisques. On retrouve des calcifications méniscales bien visibles de côté et sans épanchement intra-articulaire. Au niveau des avant-pieds pas de lésion rhumatismale, traumatique ou dégénérative mise en évidence tant d'un côté que de l'autre. Echographie mains-poignets-coudes-épaule droite du 28.04.2011 (Dr P. Q. \_\_\_\_\_ service de rhumatologie Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_) : Echographie des mains du 28.04.2011 : Synovites de grade I de MCP IV droite, MCP III-IV gauches. Synovites de grade I des IPP I ddc, des IPP III-IV gauches. Echographie des poignets : Absence de synovite. Echographie des coudes : Absence de synovite. Echographie de l'épaule droite : En coupe longitudinale, nous objectivons une déchirure complète de la partie antérieure du tendon du sus-épineux droit. En coupe postérieure-horizontale, le tendon sous-épineux n'est pas aminci, présence de quelques calcifications à son insertion, absence d'épanchement i.a. En coupe horizontale-ventrale, nous n'objectivons pas de signe de rupture du tendon sous-scapulaire, présence de quelques calcifications à son insertion. Le tendon du long chef du biceps est difficilement visible au vu du diamètre pathologiquement diminué. Absence d'épanchement intra-articulaire. Présence de quelques érosions de la tête humérale. Absence de bursite sous-acromio-deltaïdienne. Rapport médical adressé au Dr S. \_\_\_\_\_, non daté, par le Docteur L. \_\_\_\_\_ (service de rhumatologie du Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_) concernant les consultations du 11.03.2011 et 13.05.2011 : Diagnostics : - Polyarthrose (main et doigts, hanches des 2 côtés, genoux bi-compartimentaux ; épaule droite). DD : secondaire dans le cadre d'une chondrocalcinose. - Syndrome Iombo-vertébral : spondylose et spondylarthrose, probable DISH avec enthésopathie dans la région du bassin (dans le cadre du diabète type 2). - Syndrome fibromyalgieforme: DD : secondaire dans le cadre d'une connectivite non diagnosticable à l'heure actuelle (ANA 1/320). - Impingement sous-acromial à droite et omarthrose D (DD secondaire), déchirure complète de la partie antérieure du tendon du sus-épineux. - Hypovitaminose D (substituée) avec

hyperparathyroïdisme 2°. - Incontinence de stress. - Cardiopathie ischémique : infarctus du myocarde en 1997, FRCV: hypertension artérielle, hyperlipidémie, obésité, tabagisme chronique, diabète de type 2. Discussion : [...] Les données cliniques parlent actuellement pour une polyarthrose. Le probable syndrome fibromyalgique a un impact négatif sur la symptomatologie douloureuse. D'un point de vue immunologique, nous ne mettons pas en évidence d'éléments évocateurs d'une connectivite si ce n'est les ANA 1/320 avec une manifestation de Raynaud possible. Les sérologies hépatiques sont négatives. Les CK sont dans les normes. VS 12 mm/h et CRP à 8 mg/l. En arthro-sonographie des mains et des doigts, aucune synovite significative et aucune érosion ne sont décrites (pas de corrélation avec l'IRM de la main faite en 2010). Nous n'avons pas d'évidence pour une arthrose secondaire si ce n'est une possible arthropathie à chondrocalcinose (examen radiologique des genoux), pas de signe pour une polyarthrite rhumatoïde ou une spondylarthrite. [...].

**SYNTHÈSE ET DISCUSSION** Situation actuelle et conclusions : Lors de l'évaluation actuelle, l'expertisée décrit une aggravation des douleurs qui sont pour elle plus intenses. Elles sont plus marquées le matin, mais il n'y a pas de véritable phénomène de dérouillage matinal comme dans une polyarthrite rhumatoïde par exemple. Elle décrit aussi parfois une rougeur ou augmentation de la température locale de quelques articulations, mais pas de signe pathologique franc pour une arthropathie inflammatoire. Madame M. \_\_\_\_\_ a été examinée récemment dans le service de rhumatologie du Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_ avec un nouveau bilan biologique et de nouvelles investigations radiologiques.

L'échographie décrit de discrètes synovites de plusieurs articulations des mains. Par contre on ne retrouve pas au point de vue radiologique les érosions décrites à l'IRM de 2010. Les rhumatologues du Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_ concluent clairement à l'absence d'une arthropathie inflammatoire actuellement, retenant que les données cliniques actuelles parlent pour une polyarthrose et que le syndrome fibromyalgique a un impact négatif sur la symptomatologie douloureuse. [...] Le diagnostic d'une arthropathie inflammatoire repose sur un ensemble d'éléments à la fois cliniques et paracliniques avec une limite qui n'est pas toujours claire et facile à déterminer. En 2008 le Docteur P. G. \_\_\_\_\_ retenait un syndrome fibromyalgique. En 2010, plusieurs éléments cliniques lui ont fait suspecter une arthropathie inflammatoire, mais avec une scintigraphie osseuse n'apportant pas d'argument en faveur de cette hypothèse, par contre une IRM des mains décrivant des érosions pouvant conforter ce diagnostic. Lors du récent bilan important effectué dans le service de rhumatologie du Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_, l'ensemble des arguments ne permet pas de retenir une arthropathie inflammatoire et conclut à une polyarthrose.

L'examen clinique actuel ne permet pas de s'écarter de cette appréciation et va dans le sens de l'évaluation effectuée au CEMED en 2009 qui retenait avant tout des troubles ostéoarticulaires dégénératifs. On peut émettre l'hypothèse qu'avec les années qui passent, les troubles dégénératifs ont tendance à s'aggraver. Cela peut expliquer en partie la sensation subjective de Madame M. \_\_\_\_\_ que les douleurs vont en s'intensifiant. On peut aussi noter qu'au Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_ l'échographie a mis en évidence une déchirure de la partie antérieure du tendon sus-épineux de l'épaule droite, non-connue en 2009. Cet élément est nouveau et il y a donc une aggravation comparativement à l'état décrit en 2009, sans que cela corresponde à une arthropathie inflammatoire. Compte tenu de ces éléments, la capacité de travail est une peu diminuée par rapport à 2009 et on peut estimer que dans l'activité de brocanteuse la capacité de travail résiduelle est de l'ordre de 50% alors que dans une activité telle que secrétaire (ou dans toute activité sans sollicitation physique importante) la capacité de travail est de l'ordre de 70%. **RÉPONSES AUX**

QUESTIONS DE LA RECORANTE 1) N'est-il pas exact que ces documents mettent en évidence, une fois confrontés avec vos propres observations, des atteintes significativement aggravées, ou dont le diagnostic n'avait pas été posé antérieurement, par rapport à l'expertise multidisciplinaire déjà réalisée par le CEMED du rapport du 5 juin 2009? La polyarthrose a progressé par rapport à l'examen de 2009 et de plus il y a une déchirure de la partie antérieure du tendon sus-épineux de l'épaule droite. 2) Est-il exact que, si la scintigraphie osseuse a été faite sur l'intégralité du corps, les clichés d'IRM ont été limités aux deux mains et aux poignets, par souci d'économie, jusqu'à ce jour? Non, pas par souci d'économie mais pour des raisons techniques. Il n'y a pas actuellement à disposition d'IRM permettant d'analyser en une séance l'ensemble de l'appareil ostéoarticulaire. On se focalise donc sur les zones les plus à même de révéler des lésions, dans le cas présent les mains, qui sont le plus souvent touchées dans une arthropathie inflammatoire telle qu'une polyarthrite rhumatoïde. 3) N'est-il pas exact que, selon l'opinion du Dr G. \_\_\_\_\_, les lésions constatées au niveau du poignet, par les IRM, sont manifestement révélatrices d'atteintes généralisées dans d'autres articulations du corps, le cas échéant dans toutes les articulations du corps? Madame M. \_\_\_\_\_ ne présente pas une arthropathie pour le moment indifférenciée, comme supposé par le Docteur G. \_\_\_\_\_ (cf.[.] appréciation du Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_ et discussion ci-dessus). 4) Pouvez-vous préciser plus particulièrement si les atteintes nouvellement observées sont véritablement nouvelles, par rapport au premier rapport d'expertise, ou si le diagnostic était incomplet, au printemps 2009? La polyarthrose était déjà présente, mais avec les années qui passent le nombre d'articulations concernées et l'importance de l'atteinte pour chacune de ces articulations peut aller en augmentant. C'est dans le cas présent l'aggravation d'un diagnostic déjà connu. Par contre la déchirure du tendon du sus-épineux n'était pas retenue en 2009 et il s'agit donc d'un élément nouveau qui selon l'anamnèse serait consécutif à une chute dans les escaliers survenue en août 2009, donc postérieure à l'expertise précédente. 5) Par référence à l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_ susmentionné du 10 juin 2010 et à la lettre du médecin-traitant, le Dr S. \_\_\_\_\_, du 21 juin 2010 [...], pouvez-vous indiquer notamment si vous confirmez la possibilité évoquée par le premier cité d'une arthropathie inflammatoire avec synovite et érosions au niveau du poignet? Non, cf. discussion ci-dessus. 6) Pouvez-vous indiquer si de telles affections apparaissent sur d'autres articulations, le cas échéant après des prises d'images complémentaires? Une échographie a été pratiquée au Centre hospitalier W. \_\_\_\_\_ le 28.04.2011 à la recherche de ce type de lésion. [...] 8) Une fois établi l'ensemble des diagnostics, pouvez-vous confirmer l'appréciation du Dr G. \_\_\_\_\_ i en ce sens que «la situation est plus complexe qu'un syndrome douloureux chronique», et en ce sens notamment qu'il existe «des phénomènes dégénératifs à la fois rachidiens et périphériques», et enfin qu'on est en présence d'une probable (et peut-être certaine à l'issue de vos investigations) «diminution du seuil à la douleur avec un syndrome fibromyalgique secondaire» ? Oui, d'autres pathologies sont présentes chez Madame M. \_\_\_\_\_, mais cet aspect a déjà été pris en compte lors de l'appréciation globale où plusieurs diagnostics autres que celui de fibromyalgie ou de trouble somatoforme indifférencié (puisque ce sont ces termes qui ont été utilisés et non celui de syndrome douloureux chronique) sont retenus. [...]" i) L'OAI a fait part de ses déterminations en date du 7 septembre 2011. En substance, l'office retient, d'une part, que la recourante pourrait travailler à plein temps dans le domaine administratif si elle était en bonne santé, et, d'autre part, qu'en dépit de l'aggravation de ses atteintes constatée en 2009 (laquelle n'a que peu d'effets sur la capacité de travail selon l'expert P. \_\_\_\_\_), elle

demeure à même d'exercer une telle activité à 70%. Cela étant, l'intimé considère que le degré d'invalidité n'atteint pas un taux ouvrant droit à une rente, que ce soit en 2004 ou en 2009. L'OAI maintient dès lors sa proposition visant à la réforme de la décision litigieuse dans le sens d'une suppression de la rente depuis le 1<sup>er</sup> juin 2008. De son côté, la recourante a pris position par écrit du 9 septembre 2011. Elle soutient pour l'essentiel que l'appréciation du Dr P. \_\_\_\_\_ est faussée puisqu'émanant d'un expert s'étant déjà prononcé à son égard, et conteste la réponse de ce dernier à la question complémentaire n° 6 concernant le point de savoir si des investigations complémentaires avaient été pratiquées pour détecter sur d'autres articulations des affections assimilables à une arthropathie inflammatoire avec synovite et érosion. Pour le surplus, elle se prévaut d'une aggravation de sa pathologie psychiatrique et fournit diverses précisions quant à sa situation professionnelle. Enfin, elle requiert la tenue d'une audience afin de pouvoir faire entendre « deux ou trois témoins », et produit divers documents à l'appui de ses dires. 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'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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent – à l'époque le Tribunal des assurances –, est donc recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et immédiatement applicable (art. 117 al. 1 LPA-VD), s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 lèt. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD; 117 LPA-VD). 2. a) Conformément à l'art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 11 janvier 1961 (RAI; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 4 RAI prévoit que lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies. L'exigence ressortant de l'art. 87. al. 3 RAI doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a; TF 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref (ATE 109 V 108 consid. 2b p. 114). b) Selon 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. 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 130 V 349 consid. 3.5, 126 V 75 consid. 1b, 113 V 275 consid. 1a; VSI 2000 p. 314, 1996 p. 192 consid. 2d). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b). Le point de savoir si un 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 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 conforme au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108).

3. 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 (art. 53 al. 1 LPGA). L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). Jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé (al. 3). Selon l'art. 89 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité n'est pas liée par les conclusions des parties. Elle peut modifier la décision à l'avantage ou au détriment du recourant. Dans ce dernier cas, elle l'en informe et lui impartit un délai pour se déterminer ou pour retirer son recours. Selon l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours.

4. 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).

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. 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 l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TE 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

5. a) Le litige a dans un premier temps porté sur le rejet, par décision sur opposition du 25 avril 2008, de la demande de révision déposée par l'assurée le 29 avril 2003, par laquelle celle-ci avait sollicité l'augmentation de sa demi-rente d'invalidité à une rente entière au motif d'une aggravation de son état de santé physique et psychique. Initialement, l'OAI a maintenu sa position dans sa réponse du 21 juillet 2008. Puis, à réception des conclusions de l'expertise judiciaire du 5 juin 2009 et de son complément du 12 août 2011, l'office a rapporté sa décision en la réformant in pejus en ce sens que le droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité est supprimé, par voie de révision, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision sur opposition du 25 avril 2008 (cf. art. 88bis al. 2 let. a RAI), soit au 1<sup>er</sup> juin 2008 (cf. déterminations de l'office des 3 août 2009 et 7 septembre 2011, let. C.g et C.i supra). Il apparaît ainsi que l'OAI a en définitive reconsidéré sa décision sur opposition du 25 avril 2008. A cet égard, il sied de relever que jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé (art. 53 al. 3 LPGA). A contrario, si l'assureur a déjà envoyé sa réponse, il ne peut plus reconsidérer sa décision. Une décision pendente lite rendue postérieurement à l'échéance du délai de réponse est donc nulle et n'a valeur que d'une simple proposition au juge (cf. TF 8C\_1/2011 du 5 septembre 2011 consid. 1.1 et réf. cit.). Autrement dit, une telle décision ne saurait revêtir la force matérielle d'une décision administrative, ne met pas fin au litige et doit être considérée comme une simple proposition faite au juge par l'une des parties au procès (cf. TF 9C\_159/2007 du 3 octobre 2007 consid. 2 et réf. cit.). La litispendance prive en effet l'autorité qui entend rendre une décision de son pouvoir sur l'objet du recours. Il appartient dès lors à la Cour de décider si elle entend suivre ou non la proposition de modification de la décision attaquée telle que préconisée par l'OAI en fin de procédure, au regard des circonstances de fait et de droit, et, en cas de reformatio in pejus, de laisser la possibilité à la recourante de retirer son recours.

b) A ce stade, il convient donc de déterminer si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis la décision d'octroi d'une demi-rente AI du 26 avril 2000 (soit la dernière décision entrée en force), jusqu'à la date de la décision litigieuse rendue le 25 avril 2008, qu'il s'agisse d'une aggravation ou au contraire d'une amélioration de l'état de santé global de la recourante. On notera ici, au surplus, que la communication du 23 octobre 2002 ne peut être pertinente pour procéder à la comparaison des situations dans le temps, dès lors qu'il s'agit d'une simple communication, dépourvue d'examen matériel du droit à la rente, et sans appréciation des preuves.

6. a) Sur le plan

somatique, les rapports d'expertise du CEMed des 5 juin 2009 et 12 août 2011 retiennent que l'intéressée a tout d'abord présenté une capacité résiduelle de travail de 60% dans l'activité de brocanteuse et de 80% dans toute activité sans sollicitation physique (comme secrétaire, soit son ancienne activité), et que depuis l'aggravation de ses atteintes somatiques intervenue entre 2009 et 2010, elle dispose d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée (secrétariat), respectivement de 50 % dans une activité de brocanteuse. Ces rapports comportent des conclusions convaincantes et dûment motivées, qui tiennent compte de l'ensemble des atteintes de l'assurée et exposent en détails les limitations fonctionnelles de cette dernière dans une activité adaptée. De surcroît, ces conclusions concordent dans une certaine mesure avec celles – moins étayées – de la Dresse O.\_\_\_\_\_ du SMR et des médecins traitants. Pour le reste, les autres avis médicaux au dossier ne renferment aucun élément dont l'expert rhumatologue du CEMed aurait omis de tenir compte. De même, l'assurée n'invoque aucun élément concret et objectif pouvant faire douter de l'appréciation de l'expert. Partant, sous l'angle somatique, il y a donc lieu de se fonder sur l'appréciation du CEMed telle que résumée ci-dessus (cf. également consid. 3b supra). Au surplus, c'est à tort que la recourante reproche au complément d'expertise du 12 août 2011 d'être faussé dans la mesure où son auteur, le Dr P.\_\_\_\_\_, était déjà à l'origine du volet rhumatologique du rapport d'expertise du 5 juin 2009 (cf. déterminations du 9 septembre 2011 p. 1). En effet, ce complément n'avait nullement pour but d'obtenir un nouvel avis sur des faits déjà connus, mais portait uniquement sur l'aggravation des troubles somatiques signalée en 2010 par l'assurée, évolution dont les expertes du CEMed n'avaient jusqu'alors pas eu connaissance. L'expert P.\_\_\_\_\_ était donc le mieux à même de compléter l'expertise initiale au regard des éléments survenus postérieurement à cette dernière. Au demeurant, la recourante n'invoque aucun élément objectif qui fasse suspecter l'expert de prévention (cf. notamment ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références). Aussi, on ne peut qu'écarter les griefs soulevés par l'assurée sur ce point. S'agissant toujours du complément d'expertise du 12 août 2011, la recourante critique le fait qu'à la question « Pouvez-vous indiquer si de telles affections [ie : arthropathie inflammatoire avec synovite et érosions au niveau du poignet] apparaissent sur d'autres articulations, le cas échéant après des prises d'images complémentaires? », l'expert P.\_\_\_\_\_ a répondu « Une échographie a été pratiquée au Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ le 28.04.2011 à la recherche de ce type de lésion » (cf. déterminations du 9 septembre 2011 p. 2). Elle soutient que cette réponse est erronée et qu'aucune échographie n'a été réalisée au Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ « le 11 mars et le 13 mai 2011 » (cf. ibid.). Il s'agit là d'une argumentation manifestement erronée, puisqu'il ressort explicitement du complément d'expertise du 12 août 2011 qu'une échographie a effectivement été réalisée au Centre hospitalier W.\_\_\_\_\_ le 28 avril 2011 par le Dr Q.\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 12 août 2011 p. 9). Partant, là aussi, les critiques de l'assurée s'avèrent sans fondement. b) Sur le plan psychique, la situation médicale est plus controversée. L'intimé a fondé sa décision initiale du 26 avril 2000 d'allocation d'une demi-rente à partir du 1<sup>er</sup> août 1998 sur les rapports médicaux des Drs E.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ des 9 et 25 mai 1999, qui faisaient état d'une incapacité de travail de 50% dans toute activité depuis le 12 août 1997 pour des problèmes psychiques essentiellement (trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, trouble de la personnalité type borderline, status après infarctus du myocarde). Cette décision a été confirmée à la suite d'une première révision le 23 octobre 2002 en raison des atteintes psychiques principalement, sur la base du rapport du Dr E.\_\_\_\_\_ du 21 juillet 2002 signalant que « [l]a persistance d'une incapacité de l'ordre de 50% se justifi[ait] actuellement surtout par

l'atteinte psychique : trouble dépressif persistant chez une personnalité de type borderline avec défenses caractérielles et difficultés d'insertion professionnelle » (cf. let. A.c supra). La recourante a déposé le 29 avril 2003 une demande de révision de sa rente faisant état d'une aggravation de ses atteintes psychiques (ralentissement psychomoteur, désorganisation, apragmatisme), aggravation attestée par les Drs E.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ dans leurs rapports respectifs des 25 octobre 2003 et 28 décembre 2003. Selon le rapport d'expertise psychiatrique du Centre de psychiatrie N.\_\_\_\_\_ du 23 août 2005, la psychothérapie de la recourante auprès de la Dresse H.\_\_\_\_\_ de 1997 à 2003 avait permis une amélioration notable du trouble de la personnalité, mais le trouble dépressif persistait et s'aggravait. Les médecins du Centre de psychiatrie N.\_\_\_\_\_ constataient à ce moment-là une dégradation de l'humeur, une fatigabilité accrue, une perte d'énergie et un sentiment de démotivation qui s'expliquaient en partie par l'accumulation des problèmes somatiques. Selon les experts, le handicap psychique principal de l'assurée était lié aux conséquences de la maladie somatique, qui jouait un grand rôle dans l'incapacité de travail. Ils préconisaient en conséquence l'octroi d'une rente AI à 80 % dès 2003 en raison de l'état dépressif certes en rémission partielle, mais réfractaire à un long traitement. Ils relevaient également qu'une expertise multidisciplinaire aurait permis d'établir une meilleure synthèse de la situation de l'assurée. Cela étant dans un rapport du SMR de septembre 2005, le Dr J.\_\_\_\_\_ a observé que le diagnostic de trouble de la personnalité n'était plus retenu par les experts et que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, était inchangé depuis 2000, de sorte qu'il n'existait pas de raisons objectives de modifier la position de l'OAI. Partant, retenant que l'état de santé psychique de l'assurée ne s'était pas aggravé depuis la décision initiale d'octroi d'une demi-rente d'invalidité, l'OAI a, par décision du 13 octobre 2005, refusé d'augmenter la rente de l'intéressée. Dans un rapport du 25 mars 2007, le Dr E.\_\_\_\_\_ a mentionné l'apparition progressive, depuis 2004, d'un important syndrome douloureux sur la base de troubles statiques et dégénératifs de la colonne vertébrale, des hanches, des genoux et des extrémités. Il a constaté que l'ensemble des affections n'était plus compatible avec une activité de brocanteuse et justifiait l'octroi de prestations d'invalidité à 100 %. Ces constatations ont été confirmées par la Dresse H.\_\_\_\_\_ dans un rapport du 6 mai 2007. Cette dernière a exposé que l'état physique de l'assurée s'était dégradé essentiellement en termes d'augmentation de l'intensité et de la dispersion des douleurs articulaires et musculo-tendineuses. En ce qui concernait le status psychologique, elle notait une faible tolérance de l'intéressée au stress et aux limites que lui imposait son état physique. La patiente avait besoin de temps pour récupérer après un effort et n'était pas toujours apte à assurer une activité, qu'elle remettait alors à un autre moment où les douleurs ou le découragement seraient moins pénibles. Par avis médical SMR du 11 juin 2007, les Drs X.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ ont constaté qu'en ce qui concernait les diagnostics psychiatriques, l'état de santé psychique de l'assurée ne s'était pas modifié de façon significative. Puis, une expertise rhumatologique a été effectuée par la Dresse O.\_\_\_\_\_, laquelle a conclu le 16 août 2007 à une incapacité de travail de 60 % depuis début 2003 dans l'activité de brocanteuse, et a évalué à 80% la capacité de travail dans une activité adaptée, compte tenu d'atteintes ostéo-articulaires. Cela étant, par avis SMR du 21 août 2007, le Dr J.\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail de 50 % pour raison psychiatrique, inchangée depuis le début du droit, et une pathologie articulaire justifiant une incapacité de travail de 60 % depuis 2003 dans l'activité de brocanteuse et de 20 % dans une activité adaptée et de secrétaire. L'exigibilité dans une activité adaptée aux limitations somatiques et psychiatriques était donc de 50 % depuis 2003. Sur la base de ces éléments,

.l'OAI a rendu le 25 avril 2008 une décision sur opposition rejetant la demande d'augmentation de rente de l'assurée. Le 11 février 2008, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a rappelé qu'elle avait suivi la patiente d'août 1997 à novembre 2003, puis à nouveau depuis le 28 mars 2007 et que celle-ci présentait une aggravation de son état de santé psychique par rapport à 2003. Elle a ajouté que l'intéressée ne pouvait plus supporter une longue durée de concentration, et présente des fluctuations quotidiennes de son état qui n'étaient pas compatibles avec un emploi fixe. S'agissant de la diminution de capacité de gain pour raison psychiatrique, elle a insisté sur la fluctuation rapide de l'état thymique et physique, qui ne permettait qu'un travail à temps partiel avec des horaires souples, ce que l'assurée avait réussi à mettre en place. Aux termes du rapport d'expertise du CEMed du 5 juin 2009, le psychiatre C. \_\_\_\_\_ a signalé que, selon l'assurée, « les problèmes physiques [étaient] au premier plan et ses douleurs physiques influen[çaient] son psychisme ». Cela étant, il a constaté que les troubles de la personnalité de l'intéressée s'étaient améliorés à l'issue du suivi psychothérapeutique entrepris entre 1998 [recte : 1997] et 2003. Il a ajouté que le trouble dépressif récurrent était actuellement en rémission incomplète, et que les symptômes dépressifs résiduels relevaient d'une dysthymie. Enfin, il a considéré que trouble somatoforme indifférencié survenu en 2004 ne revêtait pas un caractère sévère et ne permettait pas de remettre en question l'appréciation d'une amélioration psychique globale. Dès lors, l'expert a retenu que l'intéressée était tout à fait à même d'exercer une activité professionnelle et qu'il n'y avait pas lieu de retenir des limitations fonctionnelles majeures, hormis la fragilité de son état psychique en lien avec sa structure de personnalité. Aussi a-t-il conclu que l'assurée pouvait travailler 8 heures par jour avec une diminution de rendement de 25% liée à une plus lente exécution des tâches, dans les professions exercées par le passé; il fallait toutefois s'attendre à un plus fort absentéisme avec des périodes d'incapacité de travail de 3 mois par an au maximum liées à des rechutes dépressives. Plus généralement, selon l'expertise du CEMed du 5 juin 2009 et son complément du 12 août 2011, il a été retenu que l'ensemble des troubles présentés par la recourante avait provoqué une incapacité de travail de 50 % depuis 1999, puis 25 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et 30 % depuis 2009. c) Pour supprimer le droit à une demi-rente d'invalidité de la recourante à partir du 1<sup>er</sup> juin 2008, l'OAI se fonde essentiellement sur les constatations de l'expert psychiatre du CEMed et retient que l'assurée présente une capacité de travail de 75 % sur le plan psychique depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004. Or, il convient de rappeler ici qu'à l'origine, le 26 avril 2000, l'office intimé a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité essentiellement pour des atteintes psychiques, et ce après avoir procédé à une appréciation des preuves rigoureuses (au vu des différents rapports des médecins traitants et d'un avis médical interne). Le 28 décembre 2003, le psychiatre traitant a constaté une aggravation des problèmes psychiques, en particulier un ralentissement psycho-moteur. Le 23 août 2005, les experts du Centre de psychiatrie N. \_\_\_\_\_ ont retenu que la psychothérapie de la recourante auprès de la Dresse H. \_\_\_\_\_ de 1997 à 2003 avait permis une amélioration notable du trouble de la personnalité, mais que le trouble dépressif persistait et s'aggravait. Ils ont constaté à ce moment-là une dégradation de l'humeur, une fatigabilité accrue, une perte d'énergie et un sentiment de démotivation qui s'expliquaient en partie par l'accumulation des problèmes somatiques. En septembre 2005 puis en juin 2007, le SMR a retenu que l'état psychique de la recourante ne s'était ni aggravé ni amélioré. Le 25 mars 2007, le Dr E. \_\_\_\_\_ a fait état pour la première fois d'un syndrome douloureux présent depuis 2004, ce qu'a confirmé également la Dresse H. \_\_\_\_\_ le 6 mai 2007 en signalant une aggravation de l'état dépressif due à une aggravation des douleurs physiques. En

résumé, depuis la dernière décision entrée en force en 2000, on constate que le trouble de la personnalité de la recourante s'est amélioré, et que l'état dépressif a persisté, voire s'est aggravé en relation essentiellement avec les problèmes somatiques présentés par la recourante et notamment la présence d'un trouble somatoforme indifférencié depuis 2004. On peine dès lors à comprendre les raisons pour lesquelles l'expert psychiatre du CEMed a fait remonter l'amélioration de l'état psychique de l'assurée au 1<sup>er</sup> janvier 2004 en se fondant, pour motiver sa conclusion, principalement sur le fait que l'assurée avait clairement identifié des épisodes dépressifs par le passé (1987, 1998) mais n'en avait plus rapporté depuis 2003 de façon précise, si bien qu'il fallait en déduire qu'elle n'avait pas présenté d'épisode dépressif manifeste depuis 2003 (cf. rapport d'expertise du 5 juin 2009 p. 25). Il est constant que l'assuré a évoqué un épisode dépressif en 1987, suite à une interruption volontaire de grossesse, puis un deuxième épisode dépressif en 1998 dans le contexte de problèmes cardiaques (cf. *ibid.* p. 20). Cela étant, s'il est exact que l'intéressée n'a pas mentionné d'éléments précis en lien avec des épisodes dépressifs autres que ceux mentionnés précédemment, il n'en demeure pas moins que l'expert C.\_\_\_\_\_ a retenu de manière précipitée que celle-ci n'avait plus connu de troubles dépressifs manifestes depuis 2003, en se fondant exclusivement sur la seule anamnèse rapportée par la recourante, et ce en contradiction avec les pièces figurant au dossier médical de cette dernière. C'est en effet oublier que le psychiatre traitant de l'assurée mentionnait en décembre 2003, en 2004 et en 2007 une aggravation de l'état de santé psychique de l'intéressée, et qu'en 2005 les experts du Centre de psychiatrie N.\_\_\_\_\_ relevaient que le trouble de la personnalité s'était certes amélioré mais que le trouble dépressif persistait, voire s'aggravait en raison des problèmes physiques (dégradation de l'humeur, démotivation, perte d'énergie). En 2005 et 2007, le SMR a également constaté que même si la recourante présentait des épisodes dépressifs plus importants, l'épisode actuel reste moyen et que le trouble de la personnalité s'était amélioré, de sorte que l'état psychique de l'assurée ne s'était pas significativement modifié depuis la dernière décision entrée en force. Au vu des rapports concordants des médecins consultés sur la persistance de l'état dépressif de 2000 à 2007, il appartenait principalement à l'expert psychiatre d'examiner si l'état dépressif s'était aggravé comme le soutenaient les médecins traitants en raison d'une aggravation des douleurs physiques. La conclusion du Dr C.\_\_\_\_\_ faisant remonter l'amélioration de l'état dépressif au 1<sup>er</sup> janvier 2004 sur la base des seules déclarations de la recourante n'est dès lors pas suffisante pour remettre en cause les constatations concordantes des autres médecins depuis 2000. Elle paraît de plus en contradiction avec les autres conclusions de l'expert, selon lesquelles « l'assurée présente un trouble dépressif récurrent. Actuellement, l'état est en rémission (F 33.4). On n'observe pas de tristesse marquée ni de fatigue. Il persiste toutefois des symptômes résiduels dépressifs et l'on doit considérer que la rémission est incomplète » (cf. rapport du 5 juin 2009 p. 24), que « bien que l'assurée conserve une certaine fragilité psychique, elle a encore de bonnes ressources personnelles avec de bonnes capacités d'élaboration psychique notamment. L'assertion selon laquelle l'assurée profite beaucoup mieux de la vie maintenant [réd. : du moment qu'elle a adapté son taux d'activité à ses douleurs] nous conforte dans notre appréciation. Toutefois, l'assurée reste une personne fragile susceptible de se décompenser » (cf. *ibid.* p. 25), et que « nous n'avons actuellement pas de motifs pour retenir des limitations fonctionnelles majeures, hormis la fragilité de son état psychique en lien avec sa structure de personnalité » (cf. *ibid.*, loc. cit.). En définitive, tenant compte des rapports médicaux concordants au dossier, on peut suivre l'expert psychiatre du CEMed lorsqu'il relève que le trouble de la personnalité de la recourante s'est

amélioré en 2003, ou que le trouble somatoforme présent depuis 2004 n'est pas incapacitant. On peut également le suivre lorsqu'il constate que l'état dépressif de la recourante ne s'est pas aggravé en particulier en raison des problèmes physiques, et lorsqu'il retient que le trouble somatoforme indifférencié présent en 2004 n'est pas sévère et n'amène pas une aggravation de l'état psychique de la recourante (pas de cristallisation psychique, pas de perte d'intégration sociale, bonne capacité d'élaboration psychique [cf. rapport d'expertise du 5 juin 2009 p. 27 ch. 11]). En revanche, à l'aune des éléments exposés ci-dessus, on ne saurait rejoindre le Dr C. \_\_\_\_\_ lorsqu'il retient que l'état dépressif s'est amélioré dès 2004. Cela étant, à la date de l'expertise, soit en juin 2009, l'expert psychiatre a constaté que l'état dépressif était en rémission partielle, ce qui justifiait une incapacité de travail pour motifs psychiatriques de 25% en raison de la fragilité psychique de l'assurée. Comparée à l'incapacité de travail de 30 % pour les atteintes musculo-articulaires reconnue aux termes du complément d'expertise du 12 août 2011, l'assurée présente ainsi depuis 2009, une incapacité de travail de 30 % dans une activité adaptée. Cette amélioration est toutefois postérieure à la décision attaquée de sorte qu'elle ne peut être prise en compte dans la présente procédure, mais pourra le cas échéant être pertinente dans le cadre de la nouvelle demande déposée par l'assurée courant 2011 (cf. déterminations du 4 février 2011 p. 2; cf. ATF 129 V 4 consid. 2.1 et ATF 121 V 366 consid. 1). Partant, il faut constater qu'à l'époque de la décision attaquée, l'état psychique de l'assurée était inchangé par rapport à la décision d'octroi de rente d'avril 2000. Dans ces conditions, on ne peut que maintenir le droit à la demi-rente, ainsi que l'office intimé l'a fait aux termes de sa décision sur opposition du 25 avril 2008. A contrario, la suppression de la demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> juin 2008 telle que proposée par l'intimé ne se justifie pas. 7. Dans son écrit du 9 septembre 2011, la recourante a sollicité la tenue d'une audience afin de pouvoir faire entendre « deux ou trois témoins ». Il s'agit là manifestement d'une requête de preuve (demande tendant à l'audition de témoins) ne suffisant pas à fonder l'obligation d'organiser des débats publics (cf. TF 8C\_973/2010 du 21 avril 2010 consid. 2.1). 8. a) Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'Al 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 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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