

VD_GERICHTE ZD08.015961 vom 7. Februar 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-02-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.015961

FR: VD_GERICHTE ZD08.015961 du 7 février 2012

IT: VD_GERICHTE ZD08.015961 del 7 febbraio 2012

Erwägungen

E. 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.

E. 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

- 30 - 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).

E. 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

- 31 - 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 1er 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

- 32 - 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.

E. 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

- 33 - 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 1er 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

- 34 - 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,

- 35 - 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 musculotendineuses. 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.

- 36 - 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 [étaie]nt au premier plan et ses douleurs physiques influen[çaie]nt 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 1er janvier 2004 et 30 % depuis 2009.

- 37 - c) Pour supprimer le droit à une demi-rente d'invalidité de la recourante à partir du 1er 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 1er 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.

- 38 - 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 1er 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.

- 39 - La conclusion du Dr C. _____ faisant remonter l'amélioration de l'état dépressif au 1er 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.

- 40 - 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 1er juin 2008 telle que proposée par l'intimé ne se justifie pas.

E. 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).

E. 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'AI 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

- 41 - 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. 1 bis 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.