

## **VD\_GERICHTE ZD12.037463 vom 2. Juni 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-06-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD12.037463](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.037463)

FR: VD\_GERICHTE ZD12.037463 du 2 juin 2015

IT: VD\_GERICHTE ZD12.037463 del 2 giugno 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 22**

mai 1996). B. En novembre 2001, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI en indiquant comme atteinte à la santé que la glande thyroïde ne fonctionnait plus. Elle a en outre déclaré avoir fréquenté une école de commerce pendant 7 mois entre 1971 et 1972, puis suivi un apprentissage à la Poste pendant une année de 1972 à 1973. Son activité principale était celle de buraliste postale avec des revenus annuels en 1998 d'environ 23'500 fr., en 1999 de 15'000 fr. et en 2000 de 16'000 francs. Elle avait aussi une activité accessoire de démonstration de produits cosmétiques avec un revenu annuel de 1'000 francs. A l'occasion d'une enquête économique sur le ménage effectuée par l'Office AI-FR le 4 avril 2002 (rapport indexé le 10 avril 2002), l'assurée a déclaré qu'il y a environ deux ans elle se sentait constamment fatiguée et qu'elle avait dû se résoudre à cesser son activité professionnelle au poste de buraliste remplaçante fin 1998. En 1999, elle avait repris un poste avec un pourcentage réduit qui lui permettait de venir se reposer entre deux tournées. Jusqu'à la mi-février 2002, elle était toujours peu bien, comme si elle avait une forte grippe et maintenant elle ressentait surtout une fatigue toujours constante. Elle était restreinte dans

- 4 - ses activités, avait des difficultés à marcher et avait des douleurs dans les jambes. En santé, elle travaillerait toujours comme buraliste remplaçante à 40%. Par courrier du 4 avril 2003, son employeur, La Poste, a résilié le contrat de travail avec l'assurée au 31 juillet 2003 en raison de la fermeture d'un office de poste et de la réduction du personnel. A la demande de l'Office AI-FR, le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin associé à la Division d'endocrinologie, diabétologie et du métabolisme du Département de médecine interne auprès de l'Hôpital V. \_\_\_\_\_, a rendu en date du 19 février 2004 un rapport d'expertise dans lequel il a posé le diagnostic d'hypothyroïdie primaire (fonction thyroïdienne normale avec substitution). Il a formulé son appréciation du cas et pronostic comme suit : « [L'assurée] a présenté une symptomatologie d'asthénie depuis plusieurs années avec difficultés au travail. Il est vraisemblable qu'elle a présenté une hypothyroïdie d'installation rapide et liée le plus vraisemblablement à une thyroïdite auto-immune. Habituellement, dans les hypothyroïdies primaires, un traitement substitutif améliore rapidement les patients. Toutefois, la patiente semble avoir présenté une intolérance à une dose substitutive parfaitement choisie au début du traitement. Par la suite, elle a eu une dose suffisante et actuellement, elle prend une dose de ~1µg/kg/j nous indiquant ainsi que son hypothyroïdie primaire est bien substituée avec une dose appropriée. Sur le plan endocrinologique et métabolique, on constate que la fonction thyroïdienne, la fonction surrénalienne et le magnésium érythrocytaire sont dans l'intervalle de référence. Ainsi, sur le plan endocrinologique, la patiente peut être considérée comme tout à fait normale. En effet, on aurait pu suspecter une insuffisance surrénalienne. Toutefois, le cortisol mesuré l'après-midi est parfaitement normal et il n'y a pas d'insuffisance surrénalienne primaire

suggérée vu le taux parfaitement normal d'ACTH [réd. : Adréno Cortico Tropic Hormone ou hormone corticotrope]. B. Influences sur la capacité de travail 1. Limitation (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés Le bilan clinique et biologique ne met pas en évidence de problèmes endocrinologiques ou métabolique pouvant jouer dans les limitations de l'activité de la patiente. 2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici On peut évoquer, vu la symptomatologie de la fin de l'année 2000 et début 2001 une problématique thyroïdienne à l'incapacité de travail de la patiente. Toutefois, depuis l'été 2002, la patiente est

- 5 - correctement substituée par le traitement d'Euthyrox et ses troubles de l'activité ne peuvent être considérés ainsi que transitoires. » Conformément à une communication du 12 mai 2004, l'Office AI-FR a octroyé à l'assurée, par décision du 25 avril 2005, une demi-rente AI du 1er décembre 2001 jusqu'au 30 juin 2002 sur la base de l'expertise précitée. En appliquant la méthode mixte pour les personnes avec une activité lucrative à temps partiel (en l'espèce de 40%), il a retenu un degré d'invalidité de 63.2%. Dès le 1er juillet 2002, il n'y avait plus d'incapacité de travail attestée. A partir de cette date, l'assurée était considérée comme apte à reprendre l'exercice d'une activité lucrative dans la même mesure qu'auparavant. Cette décision n'a pas été attaquée et est donc entrée en force. C.a En date du 10/11 mai 2010, l'assurée, qui avait entre-temps déménagé du canton de Fribourg dans le canton de Vaud, a déposé une nouvelle demande de prestations AI. En plus de l'hypothyroïdie, elle a invoqué une bronchopneumopathie depuis 2010 et une dépression depuis 2001. Elle a indiqué comme activité principale celle de serveuse à un taux de 20%, son dernier employeur étant l'hôtel R. \_\_\_\_\_ à Q. \_\_\_\_\_ depuis février 2006. Elle a déclaré avoir des connaissances dans les domaines relatifs à la profession de serveuse et à la vente. Le médecin traitant de l'assurée, le Dr O. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a rédigé à l'intention de l'Office AI du canton de Vaud (ci- après : l'OAI), un « certificat de santé » en date du 23 juillet 2010. On y retient ce qui suit : « 1. Diagnostics : • Trouble dépressif majeur, récurrent, épisode actuel moyen en 2010. • Status après état dépressif majeur en 2001 accompagné d'épisode d'attaque de panique et possible syndrome post- traumatique suite à une hyperthyroïdie sévère. Réactivation de l'épisode dépressif lors de son cancer du sein en 2007.

- 6 - Autres diagnostics : • BPCO de stade II sur tabagisme chronique. • Hypothyroïdie substituée depuis 200 [sic]. • Carcinome tubulo-lobulaire du sein gauche traité par radio et chimiothérapie puis hormonothérapie, actuellement sous Tamoxifen. • Kyste biliaire banal du segment 7 du foie. • Opération de la cataracte à 38 ans bilatéralement. • Status après appendicectomie. • Status après conisation du col en 1987. 2. (...) L'état de santé de Madame C. \_\_\_\_\_ s'est dégradé progressivement au cours des dernières années, mais on peut dater la problématique suite à l'épisode d'hypothyroïdie datant de 2001. La problématique est actuellement essentiellement liée à une anhédonie et un état anxio-dépressif. Pour rappel : Suite à l'hypothyroïdie présentée en 2001 elle avait été licenciée auprès de l'office de poste où elle travaillait au guichet. Ce licenciement était intervenu après 6 mois d'arrêt de travail dans le cadre de l'hypothyroïdie déjà mentionnée, mais aussi certainement d'un état dépressif sévère à l'époque et possiblement d'un état de stress post-traumatique suite à cette hyperthyroïdie. En effet, la patiente mentionne qu'elle avait eu de nombreux cauchemars et qu'elle avait eu l'impression qu'elle allait mourir. Malgré le rétablissement de la normothyroïdie par les hormones thyroïdiennes, elle a présenté aussi un état dépressif probablement insuffisamment traité. Après son

licenciement, elle est devenue dépendante financièrement de son mari et il y a eu une nette dégradation de la vie de couple qui a débouché progressivement sur une séparation. Madame C. \_\_\_\_\_ s'était vue refuser une rente invalidité suite à l'expertise de l'endocrinologue, le Dr L. \_\_\_\_\_. Ceci est compréhensible du fait que l'épisode d'hypothyroïdie avait pu être compensé et qu'on avait pu exclure une autre endocrinopathie. Par contre il n'y avait pas eu d'expertise psychiatrique à ce moment-là, bien que le Dr L. \_\_\_\_\_ mentionne un épisode dépressif traité par Seropram, ainsi que des problèmes de palpitations d'origine non-cardiaque, qu'on peut rapporter a posteriori comme une manifestation des attaques de panique qu'elle a commencé d'avoir à ce moment-là. Elle avait retrouvé du travail de fin 2005 jusqu'à début 2006 et avait augmenté son temps de travail progressivement jusqu'à 2007, date à laquelle elle présente un carcinome mammaire nécessitant une tumorectomie suivie par radio- et chimiothérapie. Cet épisode a réactivé l'état dépressif latent. A ce moment-là, il y a une séparation complète avec son mari qui a cependant continué à l'aider financièrement. Elle a pu retravailler environ à 30% par la suite comme serveuse dans un café.

- 7 - Aujourd'hui Madame C. \_\_\_\_\_ présente certainement de nombreux symptômes de la lignée dépressive avec humeur dépressive, trouble du sommeil, ralentissement psychomoteur, adynamie, sentiment de dévalorisation et de culpabilité, difficulté de concentration, idées récurrentes de mort sans plan suicidaire précis. Par ailleurs la situation sociale est difficile avec des difficultés financières pour lesquelles Madame C. \_\_\_\_\_ a pris contact avec le service social. 3. Sur cet état de fait, je pense qu'il est raisonnable de prononcer une incapacité de travail de 50%. Mon évaluation peut sans autre être étayée par une expertise psychiatrique. J'ai encouragé Madame C. \_\_\_\_\_ à prendre contact avec un psychiatre pour la suivre et lui ai donné l'adresse de la Dresse T. \_\_\_\_\_ à Q. \_\_\_\_\_. 4. Le pronostic reste réservé quant à une amélioration et dépendra essentiellement des capacités intrinsèques à la patiente à se relever. Les autres diagnostics c'est-à-dire l'hypothyroïdie, la bronchopneumopathie chronique obstructive de stade II et le cancer du sein ne sont pas suffisants pour motiver la rente d'invalidité, mais vu le contexte global une demande de rente de 50% me semble justifiée. Au niveau social, Madame C. \_\_\_\_\_ est maintenant en procédure de séparation et est totalement dépendante des rentes que lui verse son mari. Je ne sais pas si le divorce est déjà prononcé. Pour toutes ces raisons, je pense qu'il est nécessaire de réactiver la demande d'aide auprès de l'assurance invalidité chez Madame C. \_\_\_\_\_. Bien entendu je ne m'oppose pas du tout au fait qu'il puisse y avoir une expertise psychiatrique venant étayer mon argumentation. » Le 20 août 2010, l'assurée a déclaré à l'Office AI que sans atteinte à sa santé elle travaillerait à 100% depuis janvier 2010 par nécessité financière vivant séparée de son mari depuis cette date. Sur formulaire de l'Office AI, le médecin traitant Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en maladies des voies respiratoires à l'Hôpital X. \_\_\_\_\_, a posé, en date du 7 octobre 2010, comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail une « bronchopneumopathie chronique obstructive de stade II selon GOLD », les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étant un tabagisme (50-55 UPA [réd. : Unités-Paquets-Années]), un status après traitement chirurgical, de radiothérapie et d'hormonothérapie pour cancer du sein (2007), une hypothyroïdie substituée et une dyslipidémie. Au sujet de la capacité de travail, ce médecin a déclaré que l'atteinte pulmonaire actuelle pouvait entraîner une dyspnée d'effort et une fatigue, surtout chez l'assurée qui a peu d'activité physique. Selon lui, « l'activité

- 8 - de buraliste postale exercée jusqu'en 2001 pourrait être exigible. Par la suite, la patiente a travaillé comme serveuse dans un restaurant, ce qui est encore exigible. Cependant, cette dernière activité, en emploi à plus de 60% paraît difficile. Dans ce cadre-là, le rendement devrait être peu réduit. Une activité professionnelle plus sédentaire serait plus adaptée au handicap. » A la question de savoir si les restrictions pouvaient être réduites par des mesures médicales, le médecin a retenu : « Traitement bronchodilatateur, réadaptation à l'effort, arrêt du tabagisme. Ces mesures devraient améliorer le rendement en diminuant la dyspnée et la fatigue au travail. » Selon lui, le pronostic est essentiellement lié à l'arrêt du tabagisme, seule mesure susceptible de freiner l'évolution de l'atteinte pulmonaire. La Dresse T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, a rempli et signé en date du 18 décembre 2010 le formulaire « rapport médical » de l'Office AI. Elle n'y a pas indiqué de diagnostic, mais a retenu une capacité de travail limitée à 50%. Comme restrictions ayant une influence sur l'activité, elle a énuméré une fatigabilité, une intolérance au stress et une anxiété. Avec un taux d'activité professionnelle d'environ 50% et un aménagement souple de ses horaires, le rendement n'était pas réduit. Dans une annexe à ce rapport, datée du 20 décembre 2010, elle a ajouté : « Cette patiente m'a consultée en date du 13.09.2010 en raison de fatigue chronique et adynamisme. Elle se sent par ailleurs triste, anxieuse, diminuée physiquement et psychiquement, relevant qu'elle ne peut plus travailler autant qu'avant, devant beaucoup se reposer. Elle fait remonter cette symptomatologie à 2001, date à laquelle un dysfonctionnement de la thyroïde a été diagnostiqué (hypothyroïdie). Elle décrit alors une longue période où elle ne pouvait plus rien faire, se sentait vidée de toute force, de toute énergie, malgré un traitement substitutif par Euthyrox. Elle développe par la suite un cancer du col de l'utérus, et en 2007 un cancer du sein ce qui l'affaiblit davantage encore (tumorectomie- radiothérapie-Tamoxifène). Professionnellement, la patiente a travaillé dans différents offices de poste pendant de nombreuses années. Depuis sa décompensation thyroïdienne en 2001, elle n'a plus pu reprendre d'activité professionnelle à plein temps. Elle travaille actuellement comme serveuse dans un café quelques heures par semaine, à son rythme, et selon des horaires qui lui conviennent, ayant des responsabilités qui la valorisent (remplacement de la patronne). Elle travaille à raison de 12h par semaine environ et dit qu'elle ne pourrait

- 9 - travailler davantage, [se] sentant très vite fatiguée et devant beaucoup se reposer. » A la demande du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) d'indiquer un diagnostic précis avec code CIM-10 (classification internationale des maladies), un status psychiatrique et les limitations fonctionnelles du point de vue strictement psychiatrique, la Dresse T. \_\_\_\_\_ a répondu le 25 février 2011 qu'elle proposait que le SMR procède à un examen médical et, si nécessaire, une expertise psychiatrique pourra amener des éléments plus précis pour évaluer la capacité de travail. Par avis médical du 17 mars 2011, le SMR a alors proposé à l'Office AI de mettre en œuvre une expertise pneumologique ainsi qu'une expertise psychiatrique ou un examen clinique psychiatrique au SMR. L'Office AI a opté pour les expertises pneumologique et psychiatrique. C.b En date du 30 mai 2011, le Dr P. \_\_\_\_\_, chargé de cours et spécialiste en médecine interne et pneumologie, a rendu son rapport d'expertise, réalisée avec le soutien du Dr J. \_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de pneumologie de l'Hôpital H. \_\_\_\_\_, qui a effectué un test d'effort. Sous appréciation du cas et pronostic, le Dr P. \_\_\_\_\_ a relevé ce qui suit : « D'un point de vue respiratoire, le handicap consécutif à l'emphysème n'est que modeste quant à la capacité d'effort de la patiente. La fatigue générale, quant à elle, ne peut être attribuée à l'hypothyroïdie car, à ma connaissance, le trouble hormonal est correctement substitué et suivi médicalement.

L'oxymétrie nocturne est peu perturbée et permet d'exclure avec une probabilité élevée (mais non absolue) l'existence d'un SAS [réd. : syndrome d'apnées du sommeil] significatif, lequel serait à la base de la somnolence de la patiente. L'état dépressif, dont les étiologies sont multiples (hypothyroïdie, licenciement, divorce, CA [réd. : cancer] du sein, difficultés financières, ...) joue probablement le rôle central dans ce tableau. Pronostic Les atteintes somatiques seules semblent sous contrôle, hormis la BPCO [réd. : broncho-pneumopathie chronique obstructive] sur emphysème pulmonaire. Un arrêt du tabac et une simple surveillance respiratoire devrai[en]t être garant[s] d'un bon pronostic à long terme cependant.

- 10 - Du point de vue psychiatrique, j'ai le sentiment d'une assez bonne stabilité actuelle et d'une thymie adéquate, du moins dans les contacts requis par cette expertise. Le pronostic me paraît donc favorable. Influences sur la capacité de travail Somatiquement, la patiente est sans doute capable de travailler à 100% dans une activité sédentaire ou exigeant des efforts légers. Au plan psychiatrique ou mental, l'aptitude est cependant plus réservée. Un travail intéressant et motivant pourrait être, me semble-t-il, repris progressivement jusqu'à un taux de 80 à 100%. Une telle approche redonnerait à la patiente une légitimité sociale certaine. L'activité de serveuse n'est pas exigible à 100% cependant, en raison des contraintes physiques. Toutes autres activités, stationnaires ou exigeant des efforts physiques légers [sont] exigibles de 80 à 100%. La perte de capacité de travail de la patiente existe probablement depuis l'an 2000. Elle a sans doute varié au cours du temps en fonction de l'expression clinique de l'état dépressif et des événements déclencheurs (hypothyroïdie, CA du sein, licenciement, séparation, ...). Influences sur la réadaptation professionnelle Hormis le problème respiratoire et les incertitudes au plan psychiatrique, il n'y a pas d'invalidité proprement dite, mais une limitation légère à modérée pour une activité exigeant des efforts significatifs. Dès lors, en termes de mesures concrètes, un réentraînement progressif à l'effort ou dans une activité exigeant de tels efforts, assorti d'une bonne prise en charge psychiatrique et d'un arrêt du tabac sont de nature à restaurer une pleine capacité de travail. » C.c En date du 4 juillet 2011, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, a rendu son rapport d'expertise de 15 pages. Après une anamnèse, un exposé des plaintes et données subjectives de l'assurée ainsi que du statut clinique et des résultats des tests des méthodes utilisées (Hamilton et DMRS [Defense mechanism rating scales]) et du dosage plasmatique des médicaments, ce médecin a posé, comme suit, uniquement des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : « - Dysthymie (F34.1). - BPCO de stade II sur tabagisme chronique. - Hypothyroïdie substituée depuis 2001. - Statut après carcinome tubulo-lobulaire du sein gauche traité par radio et chimiothérapie puis hormonothérapie, actuellement sous Tamoxifer. - Statut après opération de la cataracte bilatéral. - Statut après appendicectomie. - Statut après cônisation du col de l'utérus en 1987. »

- 11 - Comme limitations avec influence sur la capacité de travail, il a uniquement retenu du point de vue physique une fatigue. Du point de vue psychique et social, il n'a relevé aucune limitation. Selon l'expert, il n'y a pas de pathologie psychiatrique ou de troubles de la personnalité décompensée qui justifie l'incapacité de travail de l'assurée ; la dysthymie n'est pas décompensée. Il a formulé comme suit son « appréciation du cas et pronostic » : « Rien dans l'anamnèse ni dans le vécu de l'assurée ne me font penser à une maladie psychiatrique ou au développement d'un trouble de la personnalité pathologique pendant l'enfance ou l'adolescence. La dysthymie, autrefois appelée personnalité dépendante, a été

décompensée à la faveur de l'apparition d'une hyperthyroïdie, également lorsque un cancer du sein lui a été diagnostiqué, mais les symptômes ont bien régressé. Si nous observons de près les activités journalières de l'assurée, nous constatons qu'elle est bien compensée actuellement. Par ailleurs, elle s'est inscrite au chômage et cherche du travail à 40 %. Elle se plaint fondamentalement de fatigue, ce qui n'est pas un signe appartenant à une maladie psychiatrique spécifique. Au cours de l'entretien, je n'ai pas pu retenir des signes ou des symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité décompensé qui justifie l'incapacité de travail de l'assurée. Le pronostic est favorable. » C.d Dans un rapport du 18 juillet 2011, le Dr M. \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a brièvement exposé les divers documents médicaux au dossier. Sur la base des expertises, il a retenu comme limitations fonctionnelles : « efforts physiques légers, activité plutôt sédentaire ». Dans une activité adaptée, la capacité de travail était exigible à 100%, « à traduire en termes de métier par un spécialiste en réadaptation ». Dans une fiche du 9 août 2011, l'Office AI a établi les revenus annuels avec et sans atteinte à la santé en 2011, le premier étant de 48'212 fr. 18 et le second de 53'569 francs. Le préjudice économique était ainsi de 5'356 fr. 82, soit de 10%. Par projet de décision du 10 août 2011, l'Office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui refuser une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel. Sur demande écrite, une aide au placement lui sera

- 12 - toutefois octroyée. Renvoyant aux expertises des Drs P. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_, l'Office AI a déclaré que l'atteinte à la santé de l'assurée ne lui permettait plus l'exercice de l'activité de serveuse, mais une activité adaptée. C.e Par courrier du 18 août 2011, l'assurée s'est opposée à ce projet. Elle a demandé de lui envoyer une copie du dossier complet afin de pouvoir en discuter et l'analyser avec son médecin traitant. L'Office AI lui a alors transmis une copie de son dossier. Par courrier adressé le 19 octobre 2011 à l'Office AI, l'assurée a exposé sa situation personnelle depuis 1972 jusqu'à actuellement. Par communication du 8 novembre 2011, l'Office AI a informé l'assurée que les conditions pour une aide au placement étaient remplies et qu'une orientation professionnelle et un soutien dans ses recherches d'emploi lui seront fournis. Sur demande de l'Office AI de le renseigner sur l'évolution depuis juillet 2010, le Dr O. \_\_\_\_\_ a transmis le 28 novembre 2011 les explications suivantes : « Depuis juillet 2010 j'ai revu la patiente environ à cinq reprises jusqu'à aujourd'hui. L'évolution est stagnante. J'ai essayé d'orienter [l'assurée] vers une prise en charge psychiatrique auprès de la Dresse T. \_\_\_\_\_ à Q. \_\_\_\_\_ où elle s'est rendue pour la première fois le 13.09.2010, consultations qu'elle a poursuivies jusqu'à l'expertise AI chez le Dr P. \_\_\_\_\_ pneumologue. Une expertise psychiatrique a eu lieu apparemment le 20.06.2011 chez le Dr B. \_\_\_\_\_ à S. \_\_\_\_\_ dont je n'ai aucune nouvelle (et dont je vous prie de bien vouloir m'adresser le rapport). D'un point de vue physique nous avons effectué une densitométrie qui montre une ostéopénie, sans ostéoporose. Nous avons aussi encouragé la patiente à prendre son traitement pour son hypercholestérolémie, qu'elle prend aléatoirement. Nous l'avons envoyée en consilium chez le Dr N. \_\_\_\_\_ pour son problème oncologique (lettre du 13.10.2011 [recte : 14.10.2011] en annexe). La situation semble assez incrustée. Concernant la possibilité de travail, [l'assurée] est convaincue qu'elle ne pourrait jamais dépasser un 30 à 50% d'activité sur le marché libre.

- 13 - Je n'ai pas d'autres informations à donner à ce jour. » Du document précité du Prof Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en hémato-oncologie et médecine interne à l'Hôpital H. \_\_\_\_\_, du 14 octobre 2011, il ressort que l'assurée se présentait en état général

conservé sur le plan physique, mais montrait des signes de souffrance psychique avec plusieurs épisodes de pleurs lors de l'entretien du 13 octobre 2011. Elle déplorait par exemple le fait que sa demande d'AI avait été refusée. Dans un courrier à l'attention de l'OAI du 16 janvier 2012, l'assurée s'est encore une fois opposée contre une estimation d'une capacité de travail de 100%. Les avis des médecins soutenant qu'elle n'était pas capable de travailler à 100% n'avaient pas été pris en compte. Sur réquisition de l'Office AI, le Prof N.\_\_\_\_\_ a renvoyé le 2 avril 2012 le formulaire « rapport médical » dans lequel il a retenu comme diagnostic le carcinome mammaire apparu en 2007, l'hypothyroïdie et un état dépressif. Il y avait eu une incapacité de travail de 100% dès mai 2007. Pour sa durée, il a inscrit « actuellement » qu'il a accompagné d'un point d'interrogation. Le rendement de l'assurée était réduit en raison d'une asthénie en partie due au trouble hormonal induit par le traitement adjuvant. Une reprise d'une activité professionnelle dépendait de l'évolution des maladies non cancéreuses. Le 22 mai 2012, la Dresse T.\_\_\_\_\_ s'est prononcée sur l'évolution depuis juillet 2011 comme suit : « La patiente a été suivie à ma consultation du 13.09.10 au 29.03.2011. Je l'ai revue à sa demande le 8.05.12. Les plaintes exprimées par la patiente et le status sont superposables à ce qui figure dans mon rapport médical de décembre 2010. La fatigue et l'adynamisme sont les symptômes prédominants, ainsi que l'intolérance au stress. Elle travaille actuellement à Mode d'Emploi (réinsertion, occupation) depuis le 16.04.12. Pendant 1 sem., elle a travaillé à 100%, ce qu'elle n'a pas supporté : fatigue intense, anxiété, pleurs. Un taux actuel à 50% lui convient.

- 14 - Comme dans mon précédent rapport, je pense qu'une activité adaptée à un taux de 50%, dans un environnement calme et sans stress, est indiqué pour cette patiente (p.ex. aide de bureau). » Dans un avis du 17 juillet 2012, les Drs K.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, médecins auprès du SMR, ont brièvement discuté les documents médicaux reçus en 2012 et maintenu la position du SMR selon le rapport du 18 juillet 2011. Les médecins traitants n'avaient pas avancé d'éléments médicaux nouveaux. C.f Par décision du 20 juillet 2012, l'Office AI a rejeté la demande de prestations AI, conformément à son projet du 10 août 2011. Il a donc renvoyé aux expertises des Drs P.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_ et a admis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, par exemple une activité d'employée d'industrie alimentaire, d'employée de contrôle qualité ou d'employée de conditionnement. Compte tenu d'un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité en raison des limitations fonctionnelles, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 10%. D.a Par acte du 14 septembre 2012, l'assurée a déposé, par son mandataire, un recours auprès de la Cour de céans. Elle conclut à l'annulation de la décision du 20 juillet 2012 et à l'octroi d'une rente d'invalidité « à dire de justice ». Elle demande son audition et celle du Dr B.\_\_\_\_\_ par le tribunal, la production par La Poste du revenu de buraliste à 100% en 2011 et la mise en œuvre d'une expertise médicale. Elle renvoie aux rapports des Drs O.\_\_\_\_\_ du 23 juillet 2010 et T.\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2010 qui estimaient une capacité de travail de 50%. Elle conteste la valeur probante du rapport d'expertise du Dr B.\_\_\_\_\_. Selon elle, il est pour le moins surprenant de nier toute maladie psychiatrique spécifique compte tenu des conclusions des autres médecins qui l'ont suivie et des médicaments pris, soit des antidépresseurs et des tranquillisants. Les nombreux médecins qui l'ont suivie avaient clairement constaté un trouble dépressif récurrent. Le Dr B.\_\_\_\_\_ n'aurait consacré qu'entre trois quarts d'heure à une heure à

- 15 - l'examen médical. Les questions qu'il avait posées étaient surprenantes et déplacées puisqu'il lui avait demandé si elle avait été victime de violences sexuelles ou d'attouchements ou si elle avait été battue durant son enfance, alors que rien au dossier ne révélait une telle situation. Par ailleurs, la thyroïdite n'était nullement compensée « comme on peut le lire sur certains rapports ». En retenant une activité exigible à 50%, pour tenir compte de la fatigue imputable à la thyroïdite et à l'état dépressif, le revenu qu'elle aurait pu réaliser en 2011 était au maximum de 24'106 francs. Pour le reste, elle a demandé à pouvoir compléter son recours, vu qu'elle venait de mandater son avocat qui n'avait pas encore pu étudier le dossier de l'Office AI. Avec son recours, l'assurée a également demandé à être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite. Ne s'étant pas expliquée à ce sujet et n'ayant pas non plus produit de justificatifs, le juge instructeur lui a imparti un délai soit pour compléter sa demande, soit pour verser une avance de frais, et pour compléter son recours. Après réception de divers documents (envois des 27 septembre et 21 novembre 2012), le juge a informé la recourante par courriers du 1er octobre et 26 novembre 2012 qu'il manquait toujours des précisions et qu'en l'état du dossier l'assistance judiciaire ne pouvait lui être accordée, notamment compte tenu d'un bien immobilier dont elle était propriétaire. La recourante a finalement versé l'avance de frais en décembre 2012. Par acte de son mandataire du 17 décembre 2012, l'assurée a présenté un complément au recours. Elle a ajouté que la Dresse T. \_\_\_\_\_ avait précisé, dans un rapport du 20 décembre 2010, que sa symptomatologie s'inscrivait dans le cadre des suites d'un cancer du col de l'utérus et du sein. Selon elle, il appert du dossier AI que la situation est très complexe sur le plan médical, entraînant à la fois des atteintes somatiques et psychiques qui interfèrent. Les rapports médicaux présentaient des appréciations divergentes, voire contradictoires, ce qui rendait nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire. Elle a proposé que celle-ci soit effectuée au Centre

- 16 - d'expertise de l'Hôpital V. \_\_\_\_\_ à Lausanne. Pour le reste, elle a maintenu ses conclusions et réquisitions de moyens de preuve. D.b Par réponse du 21 janvier 2013, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision du 20 juillet 2012. Par réplique du 15 mars 2013, l'assurée a renvoyé aux Lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'Assurance-invalidité éditées en février 2012 par la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie, dont elle a remis au tribunal une copie. Elle s'en est prise au rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_. Contrairement aux lignes directrices précitées, son rapport n'indiquait pas la durée de l'examen. La consultation n'aurait duré que trois quarts d'heure à une heure et l'examen clinique aurait été très limité. En outre, « l'ampleur des atteintes somatiques et de la séparation d'avec son mari sur la santé psychique » n'avait pas été abordée dans le rapport. Il existait « des discordances manifestes entre les constatations des médecins traitants, des allégations de l'assurée, des données figurant au dossier avec les appréciations de l'expert ; ces discordances [n'avaient] nullement été abordées par ce dernier ». Dans cette mesure, elle a rappelé qu'elle « souffre d'un BPCO de stade II, d'une hyperthyroïdite grave depuis 2002, des suites d'un cancer des seins ». Pour avoir pleine valeur probante, le rapport d'expertise aurait dû prendre en compte cette appréciation, ce d'autant qu'il était établi qu'elle souffre d'un état dépressif majeur depuis 2001. De plus, l'expert n'avait pas suivi les quatre phases prévues à la p. 13 des lignes directrices. Ainsi, l'expert n'aurait pas exploré, dans les première et deuxième phases, « l'évolution des troubles et des symptômes en rapport avec la détérioration de l'état de santé, l'affection cancéreuse et la séparation avec son mari ». Il n'aurait pas décrit « l'évolution des troubles, les traitements entrepris et leurs effets ». Il se

limiterait à indiquer la prise d'antidépresseurs et de tranquillisants. Finalement, l'assurée a reproché au Dr B. \_\_\_\_\_, en renvoyant à la p. 10 des lignes directrices, ne pas avoir répondu à la question de savoir « si au regard des nombreuses atteintes à la santé celles-ci tend[ai]ent plutôt à se renforcer (cumul) ou si l'existence d'un trouble offr[ait] une protection

- 17 - par rapport à un autre trouble ». En définitive, l'assurée a maintenu ses conclusions et requêtes de moyens de preuve. Par duplique du 10 avril 2013, l'Office AI a confirmé sa position. Il a invité l'assurée à lui faire savoir dans quelle mesure il y avait des discordances entre ses allégations et les appréciations du Dr B. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, il a notamment relevé que les lignes directrices précitées étaient postérieures au travail de ce médecin et n'avaient qu'un caractère de recommandations. Par mémoire du 7 mai 2013, l'assurée a à nouveau maintenu ses conclusions et requêtes de moyens de preuve. Elle a renvoyé à des lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie pour l'expertise médicale des troubles psychiques qui avaient déjà été adoptées le 13 novembre 2003 (parues dans le Bulletin des médecins suisses 85/2004 n° 36 p. 1905 ss). Elle a déclaré que les dernières adaptations de 2012 étaient sans rapport avec la présente cause. Elle a relevé en tant que discordances entre le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ du 4 juillet 2011 et les diagnostics indiqués par le Dr O. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 23 juillet 2010: « 3.3 S'agissant du trouble dépressif, le Docteur B. \_\_\_\_\_ minimise grandement l'atteinte psychiatrique la réduisant à une simple dysthymie qui n'influence nullement la capacité de travail. Son appréciation sur ce point est sujette à caution pour plusieurs motifs : premièrement, la durée unique de l'examen, qui n'a pas dépassé 60 minutes est largement insuffisante pour déposer des conclusions divergentes de celles des autres médecins consultés. À cet égard, les explications du Docteur B. \_\_\_\_\_ selon lesquelles l'observation de près des activités journalières permettrait de conclure à une bonne compensation sont erronées. En réalité, le Docteur B. \_\_\_\_\_ n'a jamais observé Madame C. \_\_\_\_\_ et les descriptions reprises dans son rapport en page 10, qui donnent l'impression d'une vie consacrée à l'oisiveté, sont contestées. La formulation de ce rapport sur ce point est à la limite attentatoire à la personnalité. De plus, l'expert a omis de prendre en compte et de se déterminer sur la prise de l'antidépresseur Citalopram. En définitive, compte tenu de ces différentes incohérences, le rapport du Docteur B. \_\_\_\_\_ ne permet pas de conclure à l'absence de troubles dépressifs invalidants. 3.4 Quant aux troubles somatiques, ils n'ont pas fait l'objet d'une appréciation par l'expert.

- 18 - Or, ceux-ci ont non seulement porté atteinte à la santé psychique de la recourante mais ont limité sa capacité de travail comme le retient le Docteur O. \_\_\_\_\_. » Ce dernier mémoire de l'assurée a été transmis à l'Office AI qui ne s'est plus prononcé par la suite. D.c A la demande de l'assurée, une audience de débats publics a eu lieu le 2 juin 2015. L'Office AI a été dispensé à sa demande de prendre part à l'audience. Les déclarations de la recourante ont été consignées en ces termes dans le procès-verbal tenu à cette occasion : « La recourante explique qu'elle est divorcée et que sa maladie de la thyroïde a eu de graves répercussions dans sa vie quotidienne. Il en est résulté la prescription d'anti-dépresseurs pour l'aider à supporter la situation qui était la sienne. Elle a pu reprendre un travail de serveuse à 50%, mais la tenue du ménage n'était plus possible. Comme cela n'allait plus, elle a décidé de quitter son époux. Le café où elle travaillait ayant fermé, elle s'est retrouvée au chômage. Elle a repris un travail dans le cadre du chômage d'abord à 100%, puis après quatre jours à 50%, parce qu'elle ne se sentait pas apte à travailler plus en raison de son état

de santé. Son frère, qui est médecin (Dr F. \_\_\_\_\_), lui avait écrit un certificat. Au bout de six mois, le chômage a mis un terme à cette activité par crainte à ce qu'elle s'habitue à un gain modeste. Aujourd'hui, elle est sans travail et vit avec quelques centaines de francs par mois, son ex-mari lui versant une pension. Elle précise être correctement substituée sur le plan chimique avec un résultat qui n'est toutefois pas satisfaisant. Cela a toujours été ainsi depuis le début en 2001. Elle explique être stressée par le moindre rendez-vous qui lui est fixé. S'agissant de l'expertise auprès du Dr B. \_\_\_\_\_, la recourante déclare avoir eu une enfance heureuse et ne pas avoir fait l'objet de mauvais traitements, en particulier sur le plan sexuel, par l'un ou l'autre de ses proches. C'est depuis qu'elle a été malade, ce qui l'a beaucoup diminué physiquement, qu'elle éprouve des difficultés sur le plan psychique. Au terme d'une analyse de laboratoire, la preuve a été faite qu'elle prenait bien les médicaments qui lui sont prescrits. Le Dr B. \_\_\_\_\_ l'avait envoyée auprès d'une clinique à W. \_\_\_\_\_ pour faire des tests à ce sujet. L'entretien avec l'expert Dr B. \_\_\_\_\_ avait duré environ trois quarts d'heure. » Au cours de sa plaidoirie, le mandataire de l'assurée a confirmé les conclusions prises dans le cadre de la procédure. Dans la mesure utile, les arguments des parties seront repris par la suite.

- 19 - E n d r o i t : 1. Le recours, formé en temps utile compte tenu des fêtes judiciaires estivales, remplit les autres conditions de forme, de sorte qu'il est recevable (art. 38 al. 4 let. b, 60 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud est compétente pour statuer (cf. art. 57 LPGA, 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] et 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). 2. Sont litigieux l'appréciation médicale de la situation de la recourante et son droit éventuel à une rente d'invalidité, singulièrement la valeur probante accordée par l'intimé au rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ pour procéder à l'évaluation de l'invalidité. 3. 3.1 Un assuré a droit à une rente AI, entre autres conditions, s'il présente un taux d'invalidité de 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c et al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité d'une personne qui aurait exercé sans atteinte à la santé une activité lucrative à plein temps, le revenu que cette personne aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

- 20 - En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). 3.2

Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF [Tribunal fédéral] 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si l'administration estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, elle doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). 3.3 Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

- 21 - personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité est encore raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 liquider 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 se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la

- 22 - relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1

in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), 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. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2 ; I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.3). Si le juge entend s'écarter d'une expertise, il doit motiver sa décision et il ne saurait, sans motifs déterminants, substituer son appréciation à celle de l'expert, sous peine de tomber dans l'arbitraire (TFA I 64/05 du 19 septembre 2005 consid. 3.2). Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de procéder à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in: SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd. 2009, n. 12 et 17 ad art. 43 LPGa). 3.4 Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en relation avec l'art. 8 LPGa. On ne considère toutefois pas comme des

- 23 - conséquences d'un état psychique maladif – donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité – les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté, la mesure de ce qui est exigible devant être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 et TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). 3.5 Puisque le présent litige s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations AI de la recourante après une précédente demande déposée en 2001, sur laquelle il avait été statué par décision du

## **E. 25**

avril 2005 entrée en force, il y a également lieu de rappeler les principes afférents à la procédure de révision. 3.5.1 Selon l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; 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 ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cela vaut également lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance. En vertu de l'art. 17 al. 1 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. Les principes régissant l'entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des dispositions légales ci-dessus sont les suivants : l'administration doit commencer par déterminer si les allégations de

- 24 - 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C\_789/2012 du

## E. 27

juillet 2013 consid. 2.1 ; 9C\_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; TF 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013 consid. 5.1 ; I 25/07 du 2 avril 2007 consid. 3.1). 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 d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 275 consid. 1a). Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, ne peut en principe justifier une révision (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine ; RCC 1987 p. 36 ; Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg, 2003, ch. 490 p. 135). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision initiale, respectivement précédente, et les circonstances régnant au moment de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 et la référence ; TFA I 90/05 du 8 juin 2006 consid. 2.2).

- 25 - 3.5.2 En l'espèce, l'Office AI est entré en matière sur la demande de prestations AI formulée par la recourante en mai 2010 après avoir constaté que les éléments produits par celle-ci ne permettaient pas d'exclure a priori une aggravation de son état de santé depuis la précédente décision du 25 avril 2005 d'octroi d'une rente pour une période limitée jusqu'au 30 juin 2002. Dès lors, il y a lieu d'examiner les bases matérielles de la décision litigieuse du 20 juillet 2012 et notamment s'il y a eu un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité depuis la précédente décision du 25 avril 2005. 4. En l'espèce, la recourante soulève des griefs pour l'essentiel au sujet de l'expertise psychiatrique du Dr B. \_\_\_\_\_. Elle lui reproche en particulier de s'être entretenu trop brièvement avec elle, de n'avoir pas tenu compte de tous les éléments, ni avoir procédé dans le respect des lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, d'avoir posé des questions déplacées et formulé son rapport à la limite attentatoire de la personnalité et en « discordances » avec les constatations des médecins traitants. 4.1 Il ressort du rapport d'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ qu'il avait pris note notamment de tous les diagnostics que le médecin traitant Dr O. \_\_\_\_\_ avait énumérés dans son rapport du 23 juillet 2010 (cf. p. 6 du rapport du Dr B. \_\_\_\_\_). Contrairement à la recourante au ch. 10 de son complément au recours du 17 décembre 2012 et au ch. 3.1 de son mémoire du 7 mai 2013, l'expert avait également indiqués quels diagnostics avaient des effets sur la capacité de travail selon le Dr O. \_\_\_\_\_ et lesquels n'en avaient pas. Ainsi, comme tous les médecins qui se sont prononcés à ce sujet, le Dr O. \_\_\_\_\_ avait estimé que la broncho-pneumopathie sur tabagisme chronique était sans effet sur la capacité de travail. Il en allait de même du carcinome tubulo-lobulaire du sein gauche. Le Dr O. \_\_\_\_\_ n'avait pas relevé l'hyperthyroïdie comme diagnostic incapacitant. Uniquement dans le cadre du diagnostic de statut après état dépressif majeur en 2011, il avait mentionné que cet état avait fait suite à

une hyperthyroïdie sévère. Aucun médecin traitant n'a retenu d'incapacité de travail pour la période qui nous intéresse, dans le cadre du

- 26 - dépôt de la demande AI de mai 2010, en raison de l'hyperthyroïdie. Celle-ci avait pu être compensée et n'avait plus d'influence sur la capacité de travail. On ne voit donc pas, contrairement au reproche de la recourante dans sa réplique du 15 mars 2013 et son mémoire du 7 mai 2013, de discordances manifestes entre les appréciations des médecins traitants et celle de l'expert. Dans cette mesure, on ne peut pas non plus reprocher à l'expert de ne pas avoir répondu plus avant à la question de savoir si ces atteintes tendaient à se renforcer ou si un trouble offrait une protection par rapport à un autre trouble. Par ailleurs, l'expert a abordé la question des effets des troubles somatiques sur la situation psychique de la recourante (cf. p. 13 du rapport). En outre, selon l'expert Dr P. \_\_\_\_\_, les atteintes somatiques étaient sous contrôle, hormis la broncho-pneumopathie. Cependant, un arrêt du tabac et une simple surveillance respiratoire étaient garants d'un bon pronostic à long terme. Si l'activité de serveuse n'était pas exigible à 100%, toutes autres activités stationnaires ou exigeant des efforts physiques légers l'étaient. La recourante n'a à aucun moment contesté cette expertise. L'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ est conforme aux conditions de la jurisprudence pour lui conférer pleine valeur probante. Elle rejoint par ailleurs les appréciations sur le plan somatique des médecins traitants. Notamment le spécialiste des voies respiratoires, le Dr G. \_\_\_\_\_, avait également retenu dans son rapport du 7 octobre 2010 une réduction de la capacité de travail (à 60%) en tant que serveuse mais pas, par exemple, en tant que buraliste. Quant au Dr O. \_\_\_\_\_, il a déclaré que ni la broncho-pneumopathie, ni le cancer du sein et ni l'hypothyroïdie n'étaient suffisants pour motiver une rente d'invalidité. Contrairement à ce que prétend la recourante dans son recours, l'hypothyroïdie n'est depuis 2002 plus incapacitante. Ni le Dr O. \_\_\_\_\_ ne confirme cet allégué de la recourante, ni l'expert Dr L. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 février 2004 (cf. ci-dessus let. B), ni les autres médecins. Lorsque la recourante déclare, en particulier à l'occasion de l'audience du 2 juin 2015, que même si son hypothyroïdie avait été substituée par une dose appropriée, elle continuait à ressentir des restrictions de ses capacités suite à cette atteinte et que ces restrictions étaient restées les mêmes depuis le début, on se demande

- 27 - pourquoi elle n'avait pas déjà fait valoir cela à l'occasion de la précédente procédure AI qui s'était déroulée entre 2001 et 2005, respectivement pourquoi elle avait accepté la décision de l'Office AI du 25 avril 2005 qui avait limité l'octroi d'une rente au 30 juin 2002. En tout cas, on ne peut pas retenir en l'espèce une évolution au niveau de l'hypothyroïdie qui permettrait une révision au sens de l'art. 17 LPGA (cf. consid. 3.5 supra) ; la recourante n'a pas fait valoir d'évolution défavorable postérieure à la décision du 25 avril 2005 au sujet de l'hypothyroïdie et aucun médecin n'a pas non plus relevé une telle évolution. Quant aux cancers, l'oncologue Prof N. \_\_\_\_\_ a déclaré, dans son rapport du 2 avril 2012, qu'une activité professionnelle ne dépendait non pas de l'évolution du cancer du sein, mais des maladies non cancéreuses sur lesquelles il ne s'est pas précisément prononcé, ceux-ci n'étant pas de son domaine. De plus, dans son écriture du 14 octobre 2011 produite par le Dr O. \_\_\_\_\_, il avait retenu un état général conservé sur le plan physique. Certes, le Dr O. \_\_\_\_\_ avait posé dans son rapport du 23 juillet 2010 plusieurs diagnostics avec effet sur la capacité de travail qui avaient tous trait à la santé psychique de la recourante. Ainsi, il a retenu un trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel moyen en 2010, un status après état dépressif majeur en 2001 accompagné d'épisode d'attaque de

panique et possible syndrome post-traumatique suite à une hypothyroïdie sévère et une réaction d'épisode dépressif lors de son cancer du sein en 2007. Cependant, d'une part, le Dr O. \_\_\_\_\_ n'est pas psychiatre. D'autre part, il avait lui-même estimé qu'il fallait qu'un expert psychiatre évalue la situation. Et la Dresse T. \_\_\_\_\_, psychiatre traitante, n'avait pas mentionné ces diagnostics. De plus, par la suite, ni le Dr O. \_\_\_\_\_, ni la Dresse T. \_\_\_\_\_ n'ont révélé d'élément qui permet de remettre en cause l'appréciation du Dr B. \_\_\_\_\_. Dans son écriture du 28 novembre 2011, le Dr O. \_\_\_\_\_ se contente de dire que la recourante était convaincue qu'elle ne pourrait jamais exercer une activité à un taux dépassant les 30 à 50%. Il ne livre toutefois pas d'explications objectives à ce sujet et comme il a été exposé ci-dessus il n'avait pas retenu d'atteinte

- 28 - somatique avec effet sur la capacité de travail. Selon lui, entre juillet 2010 et novembre 2011, l'évolution était « stagnante ». Certes, il peut être admis des épisodes dépressifs dans le contexte des atteintes somatiques de 2001 et 2007 (hypothyroïdie et cancer du sein). Mais, on ne voit pas de motif pour une persévérance de ces épisodes par la suite que le Dr B. \_\_\_\_\_ aurait dû retenir comme diagnostics avec effet invalidant persévérant, d'autant plus que lesdites atteintes somatiques ont pu être traitées de manière satisfaisante. D'ailleurs, même le Dr O. \_\_\_\_\_ a présenté des diagnostics psychiques comme temporaires (cf. « épisode dépressif lors de son cancer »). Le Dr B. \_\_\_\_\_ a retenu dans ce contexte que les symptômes de la dysthymie dans le contexte des atteintes somatiques avaient « bien régressé », ce qui apparaît vraisemblable vu la situation, notamment les explications dans le rapport d'expertise et les divers documents des autres médecins, qui retiennent une évolution favorable des troubles somatiques. Dans cette appréciation, le Dr B. \_\_\_\_\_ est par ailleurs rejoint par le Dr P. \_\_\_\_\_ qui a notamment expliqué avoir le sentiment d'une assez bonne stabilité actuelle au niveau psychiatrique. 4.2 Quant aux autres griefs de la recourante, il est retenu ce qui suit : La recourante reproche au Dr B. \_\_\_\_\_ un examen insuffisant de son cas. Il ressort du rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ qu'il l'avait rédigé après avoir analysé l'ensemble de la documentation au dossier et procédé à un examen de la recourante. Il a résumé dans son rapport l'anamnèse et les plaintes ainsi que les données subjectives de la recourante. Celle-ci n'a pas contesté que l'expert n'avait pas présenté toutes ses plaintes. Elle n'a pas non plus fait valoir qu'elle n'avait pas eu le temps de lui révéler toutes ses plaintes et par conséquent lesquelles n'auraient pas été exposées par le Dr B. \_\_\_\_\_. Le Tribunal fédéral a par ailleurs relevé que dans le cadre d'un examen psychiatrique un seul entretien de courte durée entre l'expert et l'expertisé n'excluait pas une étude fouillée et complète du cas

- 29 - (TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6 ; 9C\_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3). Les griefs d'un seul entretien et de sa courte durée tombent donc à faux. Par ailleurs, la recourante admet elle-même que l'expert avait encore réclamé des examens cliniques du sang pour vérifier l'observance de la prise de médicaments. Quant au reproche que le rapport d'expertise ne mentionne pas la durée de l'entretien contrairement aux exigences des lignes directrices précitées, il est remarqué que lesdites lignes directrices ne contenaient pas encore une telle « disposition » au moment où l'expertise avait été effectuée. Cela n'a été introduit que dans les lignes directrices adoptées en 2012. De plus, celles-ci n'ont qu'un caractère de recommandations et non celui d'une norme légale contraignante. Une expertise ne doit donc pas être écartée au seul motif qu'une de ses recommandations n'ait pas été respectée. Décisif est le point de savoir si le rapport d'expertise remplit les conditions selon

la jurisprudence du Tribunal fédéral pour lui conférer pleine valeur probante (cf. ci-dessus consid. 3.3). Sur la base de ses observations, le Dr B. \_\_\_\_\_ a présenté de façon claire et détaillée ce qui le conduisait à ne pas retenir de maladie psychiatrique incapacitante. Certes, la partie « Appréciation du cas » (ch. 5 du rapport) est plutôt succincte. Cependant, il faut voir celle-ci en relation avec ce que l'expert a exposé dans la partie « Statut clinique » (ch. 3 du rapport) où il expose ce qui le mène à ses conclusions et à son appréciation. Il n'y a en outre pas d'éléments qui mettraient en doute l'objectivité de l'expert. Contrairement au grief de la recourante, les observations de l'expert à la p. 10 de son rapport ne sont pas attentatoires à la personnalité. On s'étonne par ailleurs qu'un tel reproche n'ait été soulevé que dans le quatrième mémoire, celui du 7 mai 2013, en procédure judiciaire. Dans cette mesure, ce grief devrait également être rejeté pour tardiveté (cf. ATF 132 II 485 consid. 4.3). De plus, la recourante n'a pas prétendu que ledit exposé de sa vie quotidienne n'était pas correct. En outre, en présentant une journée type, l'expert s'est conformé aux lignes directrices pour les expertises psychiatriques que la recourante

- 30 - a invoquées. Ces lignes directrices dans leur version adoptée en 2012 prévoient au ch. 3.2.8 une anamnèse en particulier au sujet du « déroulement détaillé et représentatif d'une journée type ». Dans le contexte des lignes directrices précitées, il est également relevé que l'anamnèse porte notamment sur la sexualité, l'enfance et des événements de vie marquants (cf. ch. 3.2 des lignes directrices de 2012). Dès lors, le grief de la recourante selon lequel l'expert lui aurait demandé si elle avait été victime de violences sexuelles ou d'attouchement ou si elle avait été battue durant son enfance notamment par son père, n'est pas fondé. Si sa psychiatre traitante, la Dresse T. \_\_\_\_\_, n'avait jusqu'alors pas abordé de tels sujets, on pourrait plutôt se demander, si cette dernière pouvait procéder à une appréciation complète de la situation. Cependant, cela ne joue aucun rôle, puisque la psychiatre traitante n'avait justement pas posé elle-même de diagnostic psychiatrique et avait renvoyé à une mise en œuvre d'un examen par le SMR ou d'une expertise psychiatrique (cf. son rapport du 18 décembre 2010 et son courrier du 25 février 2011). De plus, ce médecin traitant n'a pas fait état d'éléments objectivement vérifiables qui ont été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du Dr B. \_\_\_\_\_. Certes, elle déclare, aussi après l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_, qu'elle pense qu'une activité adaptée à un taux de 50% était indiquée (cf. son courrier du 22 mai 2012). Elle n'a toutefois posé à aucun moment un quelconque diagnostic selon la CIM, ce qui est nécessaire afin de pouvoir conférer une valeur probante à une appréciation psychiatrique. Elle n'a pas non plus démontré pour quelles raisons l'appréciation du Dr B. \_\_\_\_\_ serait erronée. Au contraire, elle semble se contenter de la déclaration de la recourante qu'une activité à 50% lui convenait. En définitive, la Dresse T. \_\_\_\_\_ retient avant tout une fatigue et un adynamisme de la recourante. Ces symptômes peuvent sans autre coïncider avec la dysthymie retenue par le Dr B. \_\_\_\_\_. De plus, cet expert a relevé au sujet de la fatigue, dont se plaignait la recourante, que celle-ci n'était pas un signe appartenant à une maladie psychiatrique spécifique. Comme évoqué, les médecins traitants ne l'ont par la suite pas contredit, ni posé un diagnostic psychiatrique (différent)

- 31 - incapacitant. On relèvera également que la recourante avait interrompu son traitement auprès de sa psychiatre entre le 29 mars 2011 et le 8 mai 2012. Aucun autre médecin ne fait finalement état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause

ses conclusions. Dans son mémoire du 7 mai 2013, la recourante reproche encore au Dr B. \_\_\_\_\_ d'avoir omis de prendre en compte et de se déterminer sur la prise de l'antidépresseur Citalopram. Ce reproche est infondé. Aux p. 10 et 12, le Dr B. \_\_\_\_\_ évoque la prise de Citalopram depuis 2001. Le médecin traitant, Dr O. \_\_\_\_\_, qui suppose un trouble dépressif et avait constaté des états dépressifs dans le cadre de l'hypothyroïdie en 2001 et du cancer du sein en 2007, lui a prescrit ce médicament. Ce n'est toutefois pas parce que ce médicament est prescrit par le médecin traitant, voire consommé par le patient, que le diagnostic actuel doit impérativement être celui d'une dépression. Il ressort par ailleurs du Compendium Suisse des Médicaments que les indications/possibilités d'emploi pour le Citalopram sont non seulement des maladies de nature dépressive, mais aussi la « prévention » de nouveaux épisodes de dépression. Ce médicament n'a de plus qu'une influence minime sur les aptitudes psychomotrices. Comme effets indésirables, il peut, surtout au cours de la première ou deuxième semaine de traitement, avoir notamment une nervosité, anxiété et une somnolence. Et au terme d'un traitement de longue durée, un arrêt brusque peut provoquer des symptômes de sevrage. On pourrait tout au plus se demander s'il faut reprocher au Dr B. \_\_\_\_\_ de ne pas s'être prononcé sur la question de savoir s'il fallait arrêter la prescription de ce médicament. Ceci n'était cependant pas son mandat. Le rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ étant complet, dénué de contradictions et suffisamment étayé, il remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui conférer une pleine valeur probante. Il n'est au demeurant pas contredit par d'autres éléments objectifs vérifiables.

- 32 - 4.3 La recourante critique, lors de l'audience du 2 juin 2015, le choix de l'expert en la personne du Dr B. \_\_\_\_\_. Non seulement, ce grief apparaît tardif (cf. ATF 132 II 485 consid. 4.3 ; 127 II 227 consid. 1b p. 230; TF 9C\_287/2012 du 18 septembre 2012 consid. 4.3.1). Ce médecin est de plus un expert psychiatre certifié par la Swiss Insurance Medicine (SIM), organisme auquel la Fédération des médecins suisses (FMH) délègue depuis 2004 la compétence de former des experts médicaux qui n'obtiennent leur certification qu'après avoir suivi un cursus spécifique dans le domaine de l'expertise médicale. Il s'agit donc d'un spécialiste aguerri, habitué à être confronté à toutes les questions pouvant se poser dans le cadre d'une expertise médicale psychiatrique. Notamment le Tribunal administratif fédéral (TAF) a déjà retenu que le Dr B. \_\_\_\_\_ était un expert dans son domaine (cf. TAF C-3136/2006 du 8 mai 2008 consid. 7.2). Le fait que l'expert soit régulièrement mandaté par des assurances sociales ne remet pas non plus d'entrée en cause sa crédibilité, objectivité ou impartialité (TF 8C\_112/2010 du 17 août 2010 consid. 4.1 ; TFA I 14/04 du 14 mars 2006 consid. 3.2.2 ; I 218/00 du 14 juin 2000 ; RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a). 4.4 Vu ce qui précède, il n'y a pas lieu de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique ou pluridisciplinaire, ni d'entendre le Dr B. \_\_\_\_\_ en tant que témoin. Certes, la recourante peut avoir mal pris le fait d'avoir été questionnée par cet expert sur d'éventuelles maltraitances par son père. Cela n'est pas contesté, mais, comme exposé (consid. 4.2 supra), il n'y a pas de reproche à faire à l'expert à ce sujet. 4.5 Il n'est pas non plus nécessaire de demander à La Poste des informations sur le salaire de buraliste, puisque la recourante pourrait exercer une telle activité à 100%. En audience, la recourante n'avait du reste plus formulé de réquisitions dans ce sens. Par ailleurs, on pourrait se demander s'il faudrait procéder à une pareille comparaison des gains, compte tenu que la recourante n'avait pas perdu l'emploi à La Poste en raison de son atteinte à la santé et qu'elle avait par la suite travaillé dans

- 33 - un autre domaine avant de déposer en 2010 la demande de prestations AI dont il est question en l'espèce. Pour le reste, le calcul du degré d'invalidité et les chiffres retenus à ce sujet (cf. en particulier let. C.d supra), ne prêtent pas le flanc à la critique, de sorte que le taux d'invalidité de 10% apparaît correct. Un tel taux n'ouvre pas de droit à une rente (cf. art. 28 LAI précité). Vu que la recourante n'a pas remis en cause ce calcul en soi, il est renoncé à se prononcer en détail à ce sujet. 4.6 Dès lors, la décision attaquée, conforme au droit, doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. 5. 5.1 Vu que la recourante n'obtient pas gain de cause, elle n'a pas droit à des dépens ; de plus, elle doit supporter les frais judiciaires, fixés à 400 francs. L'Office AI en tant qu'assureur social n'a pas non plus droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 69 al. 1bis LAI; ATF 126 V 143 ; 127 V 205). 5.2 Pour le reste, la demande d'assistance judiciaire est rejetée dans la mesure où elle n'est pas devenue sans objet, respectivement n'a pas été retirée. Le Tribunal avait expliqué à la recourante par écriture du 26 novembre 2012 pourquoi elle n'avait (toujours) pas établi à satisfaction sa situation d'indigence, notamment compte tenu d'un bien immobilier et de la jurisprudence citée à ce sujet (cf. ATF 119 Ia 11 ; Bovay et al., Procédure administrative vaudoise, 2012, n. 2.2 ad art. 18 LPA-VD). Dans ce même courrier, le Tribunal a déclaré qu'en l'état actuel, l'assistance judiciaire ne pouvait être accordée. La recourante a par la suite versé l'avance de frais demandée sans plus se prononcer sur l'assistance judiciaire. Par ces motifs,

- 34 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 20 juillet 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. La demande d'assistance judiciaire formée par la recourante est rejetée dans la mesure où elle n'est pas devenue sans objet. Le président : Le greffier : Du

- 35 - L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Michel Duc, avocat (pour C. \_\_\_\_\_), - 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.