

VD_GERICHTE ZD12.040481 vom 21. November 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.040481

FR: VD_GERICHTE ZD12.040481 du 21 novembre 2016

IT: VD_GERICHTE ZD12.040481 del 21 novembre 2016

Erwägungen

E. 2

Depuis quand Mme F. _____ présente-t-elle cette entrave oculaire ? Avant la panuvéite granulomateuse bilatérale inaugurale de juin 2010, cette patiente n'avait, à ma connaissance, pas ces symptômes visuels.

E. 3

Pouvez-vous décrire en quoi l'entrave oculaire de Mme F. _____ est-elle gênante dans l'activité qu'elle exerce actuellement ? Madame F. _____ travaille comme vendeuse/responsable dans un magasin (kiosque-souvenirs-photo). Elle décrit que lorsqu'elle travaille une journée entière, sa fonction visuelle est altérée dès le début de l'après-midi (difficultés de lire les petits caractères). Une difficulté à la lecture va entraîner inmanquablement une fatigabilité visuelle.

E. 4

Pouvez-vous décrire en quoi l'entrave oculaire de Mme F. _____ a-t-elle une influence sur sa santé psychique ? Il n'y a actuellement pas d'atteinte psychique significative.

E. 4.2

; TF 9C_226/2013 du 4 septembre 2013). 5. La première demande de prestations de l'AI de la recourante a été motivée par des problèmes de tunnel carpien et des douleurs cervico-brachiales, dans un contexte socio-affectif difficile entraînant un état dépressif et beaucoup d'anxiété de l'avis du Dr D. _____, alors médecin traitant de l'intéressée (cf. rapport de ce médecin du 20 décembre 2003). Dans ce cadre, l'OAI a estimé qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise, laquelle a été confiée au COMAI de [...]. Les experts ont alors constaté à l'appui de leur rapport – probant – que le seul diagnostic affectant la capacité de travail était celui de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) présent depuis l'âge de 18 ans environ. Ils ont par contre estimé que l'atteinte bilatérale persistante du nerf médian au niveau du tunnel carpien d'un degré moyennement important à droite et modéré à gauche, les cervico-dorso-lombalgies et les brachialgies et sciatalgies étaient sans effet sur la capacité de travail. C'est donc l'atteinte psychique qui a conduit les experts à retenir que la capacité de travail de l'assurée était de 60 à 70% dans son activité habituelle d'alors, c'est-à-dire de vendeuse en boulangerie. Ils ont toutefois relevé que le nouvel épisode dépressif survenu en juin 2003 était réactionnel à une rechute alcoolique de son mari et que le contexte conjugal jouait un rôle non négligeable dans la symptomatologie de l'expertisée. Lorsque la recourante s'est adressée à l'OAI en février 2011, elle a mentionné souffrir d'une sarcoïdose. Son médecin traitant, le Dr J. _____, a précisé que sa patiente présentait une panuvéite intervenant dans le cadre de la sarcoïdose systémique, avec d'importants troubles de la vue depuis le début du printemps 2010 (cf. rapport du 28 février 2011). La sarcoïdose avec atteinte oculaire a également été constatée par le Dr

M. _____, qui a précisé qu'elle n'avait toutefois pas de répercussion clinique ou fonctionnelle sur le plan respiratoire (cf. rapport du 8 novembre 2010).

- 27 - Il n'est pas contesté que la panuvéite bilatérale dans le cadre d'une sarcoïdose constitue une atteinte nouvelle. S'agissant des répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail de l'assurée, le Dr K. _____ a estimé que la vision était stable lors de son contrôle du 4 octobre 2010 (cf. rapport du 22 avril 2011). En outre, le Dr Q. _____ a relevé le 15 juin 2011 que l'inflammation intraoculaire était mieux contrôlée avec une disparation complète de l'œdème maculaire. Il a pour le surplus noté le 13 juillet 2011 que l'activité exercée jusqu'ici demeurait exigible au même taux que celui exercé jusqu'à maintenant. Dans ces circonstances, l'intimé a maintenu le quart de rente par décision du 31 août 2012. Dans le cadre de son recours contre cette décision, la recourante fait pour l'essentiel valoir que sa capacité de travail a baissé des suites de sa sarcoïdose. Dans la mesure où la recourante a produit une pièce nouvelle en recours, à savoir un rapport du 3 octobre 2012 du Dr Q. _____, qui soutient que la maladie ophtalmologique est susceptible d'entraîner une fatigabilité oculaire et visuelle accrue, avec une perte de capacité de travail de 10% au minimum et de 20% au maximum dans son activité habituelle, le Dr Q. _____ a été invité à préciser la capacité de travail de sa patiente. Le 20 mars 2013, ce spécialiste a indiqué que l'état de l'intéressée avait évolué entre juin 2011 et octobre 2012, avec une situation demeurée toutefois objectivement stable au cours du suivi avec une meilleure acuité visuelle qui s'était maintenue entre 80 et 100% de juillet 2011 à octobre 2012 à l'œil gauche. Devant les divergences d'interprétation des rapports médicaux au dossier en lien avec l'atteinte oculaire, et dès lors que la situation globale de l'assurée n'avait plus fait l'objet d'un examen pluridisciplinaire depuis l'expertise de juillet 2004 du COMAI, une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été mise en œuvre. Les Drs R. _____, O. _____, P. _____ et S. _____ ont établi leur rapport le 22 août 2014. A cet effet, ils se sont livrés à une étude circonstanciée des points importants, en pleine connaissance du dossier, ont effectué des examens complets, ont listé les plaintes de l'assurée, posé son anamnèse et décrit le contexte médical avec soin, pour livrer une appréciation motivée, précise et dénuée de contradiction de la situation médicale de la recourante, dans une

- 28 - perspective pluridisciplinaire. Le rapport d'expertise du Centre d'expertise N. _____ remplit dès lors les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître pleine valeur probante. Il n'y a au demeurant pas lieu de s'en écarter : il est en effet constant que le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire. Or cette dernière ne contient pas de contradictions, aucune surexpertise n'en infirme les conclusions et aucun élément au dossier n'est propre à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des experts. Du reste, la recourante ne la conteste que très partiellement, à savoir uniquement en tant qu'elle a trait au volet psychiatrique. Au plan somatique, les experts ont retenu avec effet sur la capacité de travail les diagnostics d'amblyopie de l'œil droit, de status après panuvéite granulomateuse sarcoïdique (3.6.10), de synéchies antéropostérieures droites à 7 heures séquellaires d'un épisode d'uvéite, et de sclérose nucléaire et intumescence cristallinienne débutante du côté gauche. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont mentionné des lombalgies communes sur troubles dégénératifs étagés du rachis (dès 2003), une dysthymie (F34.1) depuis l'âge de 18 ou 20 ans, de l'arthrose nodulaire des doigts, un status après cure chirurgicale pour une ténosynovite du médius droit le 7 avril 2014, une sarcoïdose de stade 1, un goitre nodulaire

euthyroïdien, une obésité (BMI à 34.3) dès 2010, ainsi qu'une hypoacousie gauche appareillée. Les constats des experts sont très largement superposables à ceux faits par le COMAI en 2004, s'agissant des atteintes somatiques, savoir qu'elles sont non incapacitantes, sous réserve de l'atteinte ophtalmologique. A cet égard, il n'est à juste titre pas contesté que la sarcoïdose de stade I est restée parfaitement asymptomatique au plan respiratoire et ne permet donc pas de retenir de limitations fonctionnelles sur le plan de la médecine interne, l'examen pratiqué par les experts s'inscrivant du reste dans la norme. Sur le plan rhumatologique, les experts ont fait état de rachialgies communes sur des troubles dégénératifs étagés du rachis, qui n'entraînaient pas d'incapacité de travail significative et durable comme vendeuse. Les douleurs de la main droite et la diminution de mobilité du médius étaient temporaires, consécutives à l'intervention chirurgicale subie le 7 avril 2014 et n'avaient

- 29 - pas d'influence au long cours sur la capacité de travail. Par contre, sur le plan ophtalmologique, les experts ont constaté que l'état oculaire était certes stabilisé, mais que la symptomatologie décrite, à savoir une photophobie, des difficultés de lecture, une fatigabilité visuelle et un voile visuel monoculaire gauche, justifiait la reconnaissance d'une baisse de rendement de 20%. En cela, les experts ont rejoint la plus récente appréciation du Dr Q._____, et ont notamment relevé que le traitement immunosuppresseur pouvait avoir comme conséquence une fatigabilité. Il y a ainsi lieu de retenir que dans l'activité habituelle, la capacité de travail est entière avec une baisse de rendement de 20%. On relèvera pour le surplus que l'attestation du Dr H._____ du 13 septembre 2016 n'est nullement étayée, ce médecin affirmant sans explication que la capacité de travail de sa patiente est de 40% et listant des limitations fonctionnelles (pas de port de charge, pas de position assise et debout de plus de 30 minutes, nécessité de changement de positions toutes les 30 minutes). Cette attestation n'est dès lors pas propre à faire douter des conclusions de l'expertise du Centre d'expertise N._____. Au plan psychiatrique, les experts du Centre d'expertise N._____, contrairement à ceux du COMAI, n'ont reconnu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Pour sa part, la recourante se prévaut du rapport du Dr B._____ du 4 juin 2015 qu'elle a produit postérieurement à l'expertise du Centre d'expertise N._____ pour remettre en cause le caractère probant de celle-ci. Or la recourante n'a entrepris un suivi auprès du Dr B._____ qu'au mois de mars 2015, soit 7 mois après que soit rendu le rapport d'expertise du Centre d'expertise N._____, et près de 2 ans et demi après la décision du 31 août 2012. Elle a du reste déclaré à l'expert psychiatre avoir entrepris deux psychothérapies, l'une de trois mois en 2004, et l'autre de 6 mois en 2008, et n'avoir, depuis 2008, plus de suivi psychothérapeutique et ne pas en ressentir le besoin. Il résulte en outre des pièces qu'elle a produites le 25 avril 2016, et en particulier des justificatifs de remboursement LAMal, que la Dresse A._____ a facturé une fois une prestation de « thérapie psychiatrique » en 2007, et le Dr J._____ six prestations de ce type en 2009, sans qu'il n'y ait par ailleurs eu de suivi au plan psychiatrique par un

- 30 - médecin psychiatre et/ou un psychologue. Ces prestations ont en outre été facturées plus d'une année avant que la recourante ne sollicite une augmentation de sa rente en raison de sa sarcoïdose. Quant à l'attestation de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, elle relate uniquement qu'entre 2005 et 2006, puis entre 2007 et début 2008, l'assurée a bénéficié du suivi d'une intervenante en alcoologie. Or elle-même n'a jamais souffert d'alcoolisme ; c'est son époux qui abuse de l'alcool. C'est du reste en réaction à une rechute

alcoolique de son époux qu'en juin 2003, elle a présenté un nouvel épisode dépressif réactionnel et a consulté un psychiatre, selon les médecins du COMAI. Lesdits médecins ont bien constaté lorsqu'ils ont examiné l'assurée en 2004 que le trouble dépressif était en rémission, en précisant que le contexte conjugal (et social) jouait un rôle non négligeable dans la symptomatologie de l'expertisée. Or la recourante s'est séparée de son époux en 2007. Dès 2008, elle n'a plus eu de suivi psychiatrique – sinon un soutien ponctuel de son médecin traitant généraliste dans la deuxième partie de l'année 2009 – ni de suivi psychothérapeutique. L'expert du Centre d'expertise N. _____ a listé que les facteurs de stress auxquels la recourante avait dû faire face étaient les épisodes dépressifs récurrents de son père entre ses 10 et ses 20 ans, le suicide de son père à 20 ans et les autres suicides de sa famille, ainsi que la relation difficile avec son mari depuis 1995 avec violence verbale et même parfois physique en raison de l'alcoolisme et du trouble bipolaire dont il souffre, les dettes hypothécaires à hauteur de [...] fr. et la séparation d'avec son mari en 2007. La recourante ne peut dès lors être suivie lorsqu'elle affirme que le fait que l'expertise du COMAI date de plus de 10 ans ne lui confère pas moins de valeur probante que celle du Centre d'expertise N. _____. Cette dernière expertise intègre en effet le fait que depuis la séparation d'avec son époux en 2007, la recourante n'a plus rencontré de facteur de stress tels que ceux qui existaient jusque-là. L'expert psychiatre du Centre d'expertise N. _____ a notamment constaté que jusqu'en 2010, elle avait régulièrement souffert d'angoisses d'intensité maximale, durant plusieurs heures. Du reste, par décision du 1er décembre 2010, le quart de rente avait été maintenu. Postérieurement, et à tout le moins jusqu'à l'expertise Centre d'expertise N. _____ de 2014, l'état au plan psychiatrique s'est amendé, la recourante n'ayant

- 31 - notamment plus souffert de ces angoisses d'intensité maximale. Lorsque l'expertise Centre d'expertise N. _____ a été réalisée, la description de ses activités montrait qu'elle travaillait à 50%, gérait son ménage et ses tâches administratives, pratiquait son hobby 6 à 8 heures par semaine, s'occupait des plantes, lisait pendant environ 2 heures par jour, surfait sur internet, regardait la télévision, faisait du vélo ou se promenait régulièrement, donnait des coups de mains à des voisins ou dans une association de temps à autre, était active socialement et pouvait conduire jusqu'à deux heures de suite. Certes l'examen psychiatrique avait montré une femme légèrement déprimée, mais il n'était constaté aucun trouble cognitif, ni de ralentissement, ni de fatigabilité. C'est sur cette base que l'expert psychiatre a estimé que le tableau clinique présenté par l'assurée était compatible avec une dysthymie à début précoce, sans retenir de trouble dépressif récurrent car la symptomatologie dépressive était d'intensité légère et ne provoquait pas de limitation fonctionnelle. On peine à suivre la recourante lorsqu'elle fait grief au Dr R. _____ d'avoir posé un « nouveau » diagnostic : ce médecin a au contraire retenu que la recourante souffrait désormais de dysthymie, en exposant les raisons le conduisant à retenir ce diagnostic. Pour conclure à un diagnostic de dysthymie sans effet sur la capacité de travail, le Dr R. _____ a en particulier exclu les symptômes de la lignée hypomaniaque ou maniaque, ceux de la lignée psychotique, et a constaté qu'il n'y avait plus de symptômes de panique depuis 2010. Ainsi qu'on l'a vu, en 2004, le trouble dépressif récurrent était déjà en rémission. En outre, la situation de la recourante a bel et bien évolué de façon conséquente depuis 2004, vu qu'elle s'est séparée de son époux alcoolique et violent. Quant au fait que l'expert R. _____ a mentionné que la recourante avait des idées suicidaires par période, ce que les médecins du COMAI n'avaient pas relevé en 2004, cela ne conduit pas nécessairement à poser un diagnostic psychiatrique avec effet sur la capacité de travail. Le

Dr R. _____ a du reste relevé que l'assurée n'avait jamais fait de tentative de suicide durant sa vie. L'expertise Centre d'expertise N. _____ est dès lors également probante sous l'angle psychiatrique.

- 32 - La recourante met en cause la durée du volet psychiatrique de l'expertise judiciaire. Or la durée de l'examen n'est pas en soi un critère pour juger de la valeur probante d'un rapport médical ; cet aspect ne saurait remettre en question la valeur du travail d'un expert, dont le rôle consiste notamment à se prononcer sur l'état de santé psychique de l'assuré concerné dans un délai relativement bref (TF 9C_589/2013 du 2 mai 2014 consid. 5.2 et 9C_443/2008 du 28 avril 2009 consid. 4.4.2). Bien plus, le caractère ponctuel d'une expertise par rapport au suivi régulier d'un médecin traitant ne saurait ensuite ôter toute valeur à la première dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre – moins influencé par la relation de confiance qui unit généralement un médecin traitant à son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc) – et autorisé sur un cas particulier (TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Du reste, rien ne démontre en l'espèce que le caractère ponctuel de l'expertise aurait exercé une quelconque influence sur le jugement porté par les experts du Centre d'expertise N. _____. L'expert psychiatre a au demeurant fait son appréciation de la situation en ayant une pleine connaissance de la situation de la recourante, en particulier de son anamnèse familiale, qualifiée de « lourde » par le Dr B. _____ s'agissant des troubles de l'humeur. L'argument selon lequel elle était « particulièrement bien disposée » lors de son examen par l'expert psychiatre car elle sortait de trois semaines d'arrêt maladie et était reposée n'est pas non plus propre à mettre en cause la valeur de l'expertise du Centre d'expertise N. _____ : cela revient au contraire à faire douter de l'appréciation du Dr B. _____ selon laquelle elle présenterait un trouble dépressif de l'ampleur qu'il décrit. Quoi qu'il en soit, ce médecin n'a été consulté que bien après la décision dont il est question. Si tant est qu'une péjoration de l'état de santé au plan psychiatrique est survenue, celle-ci n'est intervenue que postérieurement à la décision attaquée. Or le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Dès lors, les rapports des 4 juin 2015 et 14 octobre 2016 du Dr B. _____, qui n'a commencé le suivi psychiatrique de la recourante qu'en mars 2015, soit largement postérieurement à la décision attaquée rendue le 31 août 2012,

- 33 - ne sont pas de nature à attester d'une péjoration de l'état de santé dont l'intimé aurait dû tenir compte lorsqu'il a statué en 2012. Cela étant, les rapports du psychiatre traitant paraissent établir une péjoration de l'état de santé de la recourante, qui pourrait être de nature à conduire à une augmentation de sa rente. Ce point sort toutefois de l'objet du litige et devra faire l'objet d'une nouvelle instruction de la part de l'OAI lorsqu'il entreprendra la révision, d'office ou à la demande de l'assurée, du droit à la rente. Pour le surplus, la situation de la recourante est différente de celle ayant donné lieu à l'arrêt AI 175/12 – 150/2014 du 14 juin 2014 dont elle se prévaut ; il n'a en particulier pas été jugé dans cette affaire que la dysthymie était ou non incapacitante, mais uniquement constaté que les éléments médicaux au dossier étaient contradictoires et qu'il convenait dès lors d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Il y a dès lors lieu de constater que l'état de santé de la recourante n'a pas subi une modification notable susceptible d'influencer son degré d'invalidité et, partant, son droit aux prestations. La recourante a désormais 61 ans. Suivant la jurisprudence (ATF 138 V 457), pour déterminer s'il est exigible d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il mette en valeur sa

capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée (cf. art. 16 LPGA), il faut se placer au moment de la date de l'expertise médicale qui sert de fondement aux constatations de fait relatives à la capacité de travail. En l'espèce, la recourante a eu 59 ans au cours de l'année où a été réalisée l'expertise du Centre d'expertise N._____. Son âge ne saurait donc être considéré comme faisant obstacle à la reprise, respectivement à la poursuite, d'une activité. Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire, pas plus que l'audition du Dr B._____ (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010, consid. 3.2 et les références citées). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les

- 34 - considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. 6. a) En définitive, le recours, mal fondé, 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

E. 5

Le traitement que la maladie ophtalmique de Mme F._____ induit a-t-il des conséquences sur sa santé physique et psychique ? Tout traitement immunosuppresseur (Azarek 50 mg) peut avoir des conséquences générales, la fatigabilité étant un des symptômes souvent mentionnés.

E. 6

Pouvez-vous évaluer en pourcentage l'entrave que provoque l'atteinte oculaire à la capacité de travail de Mme F._____ ? En raison des symptômes susmentionnés (photophobie, difficultés de lecture, fatigabilité visuelle et voile visuel monoculaire gauche), il peut être retenu sur le plan ophtalmologique une diminution de rendement de 20%.

E. 7

Pouvez-vous décrire en quoi la sarcoïdose dont souffre Mme F._____ a-t-elle une influence sur sa santé physique et psychique ? Hormis les effets secondaires du traitement immunosuppresseur (Azarek), les patients souffrant de sarcoïdose systémique active présentent des symptômes spécifiques à l'organe qui est atteint, mais

- 18 - aussi des symptômes généraux non-spécifiques tels que fatigabilité et état fébrile.

E. 8

Depuis quand Mme F._____ est-elle atteinte de cette pathologie ? Depuis le 03.06.2010.

E. 9

Depuis quand la capacité de travail de Mme F._____ est-elle entravée par la sarcoïdose ? L'atteinte a eu probablement des incidences progressives, voire temporaires, sur la capacité de travail, au fil des épisodes d'uvéïte, nécessitant à chaque fois une réadaptation

de son traitement. Il n'est pas possible de donner une datation et des degrés d'incapacité précis.

E. 10

Le traitement que la sarcoïdose de Mme F. _____ induit a-t-il des conséquences sur sa santé physique et psychique ? La fatigabilité dont se plaint cette patiente peut très bien découler du traitement de la sarcoïdose.

E. 11

Pouvez-vous évaluer en pourcentage l'entrave que provoque la sarcoïdose sur la capacité de travail de Mme F. _____ ? Sur le plan ophtalmologique, 20% de diminution de rendement.

E. 12

Pouvez-vous indiquer quelle est la capacité de travail actuelle de Mme F. _____, compte tenu de l'ensemble des atteintes psychiques et physiques (y compris ses problèmes psychiques et de dos qui ont limité sa capacité de travail à 60 % depuis le 1er janvier 2004) dont elle souffre ? 20%, les autres experts ne reconnaissant pas d'incapacité de travail.

E. 13

Est-ce que l'état de santé de Mme F. _____ risque de se péjorer à l'avenir ? Actuellement l'état de santé de Madame F. _____ semble être stabilisé par le traitement immunosuppresseur, mais une réactivation de la sarcoïdose avec, potentiellement, d'autres épisodes d'uvéïte, sont possibles ». Le rapport d'expertise du 22 août 2014 a été communiqué aux parties pour déterminations. Le 30 septembre 2014, l'OAI a constaté qu'à lecture des conclusions de l'expertise, il ne saurait être question d'une augmentation du quart de rente reconnu par la décision attaquée, la question d'une reformatio in pejus éventuelle semblant plutôt se poser. Dans ses déterminations du 6 mars 2015, la recourante a relevé qu'il lui était donné raison, ainsi qu'aux Drs J. _____ et Q. _____, dès lors qu'une baisse de la capacité de travail de 20% au plan ophtalmologique était reconnue. Elle a par contre contesté le volet psychiatrique de l'expertise, en estimant que l'appréciation du - 19 - Dr R. _____ n'était pas un diagnostic qui aurait évolué ou changé depuis 2004, mais un nouveau diagnostic, en opposition avec celui retenu en 2004 par les médecins du COMAI de [...] et au demeurant non remis en question par le SMR ni l'AI. La recourante a encore déploré que l'expertise psychiatrique n'ait duré que 30 minutes, estimant que l'évaluation de l'intensité de symptômes dépressifs ne peut être faite en si peu de temps. Elle a également noté qu'à l'époque de son examen par le Dr R. _____, elle sortait de trois semaines d'arrêt maladie à la suite d'une opération du doigt, si bien qu'elle était reposée et spécialement bien disposée. Elle a ajouté que la justification des conclusions du Dr R. _____ n'était pas très « étoffée », et que rien n'était dit sur les raisons ayant amené ce médecin à ne pas évaluer les symptômes de la même manière que les experts de 2004, et sans préciser au demeurant pour quelle raison la dysthymie dont elle souffrirait n'entraînerait aucune incapacité de travail. La recourante s'est référée à cet égard à un arrêt de la Cour des assurances sociales du

E. 14

juin 2014, AI 175/12 – 150/2014, en déduisant qu'une dysthymie n'implique pas forcément une capacité de travail pleine et entière. Elle a ajouté dans ce contexte trouver étonnant

qu'elle n'ait pas fait état d'idées suicidaires en 2004, contrairement à 2014, et que le diagnostic soit plus « grave » en 2004, relevant au demeurant que sa situation sociale, affective et financière n'a pas changé depuis 2004. La recourante est encore d'avis que l'expertise du Centre d'expertise N. _____ ne remplit pas les critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante, estimant qu'un entretien de 30 minutes ne peut être considéré comme « complet » pour un psychiatre et que les conclusions de ce dernier sont lacunaires et déficientes. Pour elle, le fait que l'expertise du COMAI date d'il y a 10 ans ne lui confère pas moins de valeur probante que celle du Centre d'expertise N. _____, dans la mesure où les deux expertises retiennent un diagnostic chronique mais d'intensité différente depuis qu'elle a 18 ans, et non pas un trouble qui aurait évolué entre 2004 et 2014. La recourante a ainsi requis qu'une nouvelle expertise psychiatrique soit ordonnée. Le 14 avril 2015, l'OAI a maintenu sa position.

- 20 - Le 30 juin 2015, la recourante a produit un rapport du Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Pour elle, si la Cour ne devait pas suivre cet avis, il conviendrait de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Selon le rapport du 4 juin 2015 du Dr B. _____, la recourante le consultait depuis le 23 mars 2015. Pour ce médecin, le diagnostic à retenir était celui de trouble dépressif récurrent. Il avait constaté lors du rendez-vous du 27 mars 2015 une symptomatologie incompatible avec une dysthymie, à savoir la présence d'idées suicidaires claires et organisées (image de pendaison, de se jeter sous un train). Cette symptomatologie était accompagnée d'une recrudescence de la fatigue, d'un sentiment d'être à bout et d'une forte envie de pleurer, la médication antidépressive (Cymbalta) ayant été augmentée de 30 à 60 mg, en conjonction avec un autre antidépresseur (Saroten). Le Dr B. _____ a encore noté que l'anamnèse familiale s'avérait lourde concernant les troubles de l'humeur, ce qui devait rendre d'autant plus attentif à un diagnostic de troubles de l'humeur significatif chez l'assurée, au contraire d'une affection légère de type dysthymie. Une importante symptomatologie anxieuse était en outre relevée. Le 25 août 2015, l'OAI a une nouvelle fois maintenu sa position. Il s'est pour le surplus référé à une appréciation du Dr T. _____ du SMR du 14 juillet 2015, selon lequel l'expertise du Centre d'expertise N. _____ semblait parfaitement justifiée. Le 8 janvier 2016, la recourante a relevé que le Dr T. _____ du SMR n'était pas psychiatre, et que l'avis du Dr B. _____ avait dès lors une valeur largement supérieure à l'avis du Dr T. _____, d'autant que le rapport du Dr B. _____ rejoint l'appréciation du COMAI de 2004, selon laquelle elle présente des troubles dépressifs récurrents impliquant une incapacité de travail, et non pas une dysthymie. La requête de mise en œuvre d'une nouvelle expertise était renouvelée. Le 1er février 2016, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

- 21 - Le 25 avril 2016, la recourante a indiqué être sous antidépresseurs depuis l'âge de 18 ans, et a requis l'audition du Dr B. _____. Elle a en outre produit les pièces suivantes : - le rapport du Dr D. _____ à l'OAI du 20 décembre 2003 déjà au dossier faisant état d'un contexte socio-affectif difficile entraînant un état dépressif et beaucoup d'anxiété ; - une attestation de suivi de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme selon laquelle elle a été suivie par une intervenante spéciale en alcoologie de cette fondation du 21 juillet 2005 au 19 juin 2006, et du 18 septembre 2007 au 25 mars 2008 ; - des justificatifs de remboursement LAMAI dans lesquels la Dresse A. _____ a indiqué « diagnostic et thérapie psychiatrique, thérapie individuelle » le 23 janvier 2007, puis le Dr J. _____ le 20 juillet, 21 août, 4 septembre, 7 octobre, 10 novembre et 8 décembre 2009 ; - l'extrait de

2000 à 2010 de [...] Assurances listant les différentes prestations dont elle a bénéficié durant cette période. Le 16 août 2016, la recourante a maintenu sa requête de débats publics. Elle a derechef sollicité l'audition du Dr B. _____, ainsi que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, en faisant valoir que les deux expertises au dossier, à savoir celle du COMAI et celle du Centre d'expertise N. _____, étaient contradictoires. Le 17 août 2016, la recourante a été informée que sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, les mesures d'instruction requises étaient rejetées. Le 13 septembre 2016, le Dr H. _____ a établi une attestation selon laquelle sa patiente pouvait travailler à 40%, sans port de charge, avec une station debout limitée à 30 minutes, de même que la station assise, avec nécessité de changement de position toutes les trente minutes. Le Dr B. _____ a pour sa part estimé le 14 octobre 2016 que la capacité de travail de sa patiente était limitée à 50%, en expliquant que l'assurée était souvent « à bout » et ne supportait plus sa situation (ennuis avec le locataire de sa boulangerie, récente perte de son travail, difficultés

- 22 - à faire face aux demandes de l'office régional de placement [ci-après : ORP]). Durant ces phases de déstabilisation, l'assurée pouvait verbaliser des idées noires. Elle avait des ressources adaptatives très faibles et était souvent débordée par l'anxiété. F. Une audience de débats a eu lieu le 15 novembre 2016, lors de laquelle le mandataire de la recourante a plaidé sa cause. Cette dernière s'est également exprimée. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte, pour le surplus, les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité d'un degré supérieur à un quart dans le contexte d'une procédure de révision (art. 17 LPGA), singulièrement sur le point de savoir

- 23 - si son état de santé a subi une modification notable susceptible d'influencer son degré d'invalidité et, partant, son droit aux prestations. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA in fine). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI). b) Pour pouvoir fixer

le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 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). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être 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 et 105 V 156 consid. 1).

- 24 - c) 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées ; 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 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). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

- 25 - En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références citées ; cf. aussi, entre autres, TF 9C_323/2015 du 25

janvier 2016 consid. 5.1). 4. Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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. 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. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, soit en l'occurrence lorsqu'ont été rendues les décisions des 26 novembre 2004 et 11 février 2005, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5). En outre, lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à

- 26 - des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3 p. 13 ; 117 V 198 consid. 4b p. 200 ; TF 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid.

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