

VD_GERICHTE ZD12.051957 vom 10. Juni 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-06-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD12.051957

FR: VD_GERICHTE ZD12.051957 du 10 juin 2014

IT: VD_GERICHTE ZD12.051957 del 10 giugno 2014

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 301/12 - 136/2014 ZD12.051957 CO UR DE S
ASSURANCES S OCIALES _____

Arrêt du 10 juin 2014 _____ Présidence de Mme BERBERAT Juges : MM.

Métral et Merz Greffière : Mme Berseth Bébox ***** Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par A. _____, à Lausanne, et OFFICE DE
L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

_____ 402

- 2 - Art. 6, 7, 8, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 1 et 2 LAI ; 88bis al. 1 let. b RAI

- 3 - E n f a i t : A. a) R. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], de nationalité suisse, a déposé le 10 janvier 1996 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en raison d'une dépression nerveuse. Par décision du 11 décembre 1996, une demi-rente ordinaire d'invalidité (degré d'invalidité de 50%) lui a été octroyée dès le 1er octobre 1996, pour cause d'épisodes dépressifs récurrents chez une personne fragile et immature, avec traits phobiques et anxieux. Les révisions d'office effectuées en 1998, 2001 et 2006 (décision du 13 octobre 2006) ont permis de constater l'absence de changement dans le degré d'invalidité de l'assurée. b) En date du 27 novembre 2006, l'assurée a déposé une demande de révision de sa rente d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au motif que son état de santé s'était récemment péjoré. Auparavant, soit dès le 1er janvier 1993, l'assurée travaillait comme auxiliaire de santé à I. _____ (I. _____) tout d'abord à 75%, puis dès le 27 octobre 1995 à 50%, mais a été licenciée au mois de novembre 2006, suite à une liaison qu'elle aurait entretenue avec [...]. Dans un rapport médical du 18 décembre 2006 à l'OAI, le Dr X. _____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a retenu que celle-ci souffrait d'un état anxio-dépressif et de fibromyalgie. Il a déclaré qu'un soutien psychiatrique était nécessaire une fois toutes les deux semaines par lui-même, sa patiente refusant d'être vue par un psychiatre. Ce médecin a également relevé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé suite à son licenciement, qu'elle avait pris comme une punition. Il lui a reconnu une capacité de travail de 30 à 50% et l'a qualifiée de personnalité psychotique, à l'intelligence limitée.

- 4 - Dans un rapport médical ultérieur, daté du 9 mai 2008, le Dr X. _____ a confirmé les diagnostics mentionnés précédemment mais a relevé que les plaintes et les douleurs étaient devenues plus abondantes. Ce médecin considérait désormais que l'assurée était inapte au travail normal, et que sa capacité de travail exigible était donc nulle. Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas à l'examen du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), lequel a, par avis médical du 14 août 2008, préconisé un examen rhumato-psychiatrique. Dans leur rapport du 7 octobre 2008 faisant suite à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 8 septembre 2008 auprès du SMR, les Drs

C._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et F._____, spécialiste en psychiatrie, ont retenu que l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission avec quelques symptômes résiduels, diagnostic qui avait des répercussions sur sa capacité de travail, ce qui n'était pas le cas s'agissant du diagnostic de fibromyalgie. Ils ont notamment fait état des éléments suivants : APPRÉCIATION DU CAS Au plan somatique, Mme R._____ présente une anamnèse de multiples opérations digestives, énumérées ci-dessus sur la base d'une lettre de sortie du Service de chirurgie viscérale du K._____ [K._____] datée du 26.05.2004. Malgré la multitude des gestes chirurgicaux qui avaient été nécessaires, l'assurée signale que la situation est favorable à ce propos. Elle annonce uniquement une constipation qui est probablement favorisée par sa médication de Tramadol® et de Sarotène® ainsi que des douleurs abdominales épisodiques avec impression d'une boule qui se forme dans l'intestin ou avec des épisodes d'importants ballonnements ; ces phénomènes entrent dans le cadre de la problématique fonctionnelle liée à la fibromyalgie qui va être discutée ci-dessous. Néanmoins, il apparaît dans la lettre de sortie du K._____ du 26.05.2004 la notion d'une hypoparathyroïdie soi-disant traitée ; néanmoins dans le traitement à la sortie mentionnée dans la dite lettre de sortie, il n'y a aucun médicament allant dans le sens du traitement d'une hypoparathyroïdie. En revanche, on trouve une prescription d'Eltroxine®. Actuellement, l'assurée ne reçoit aucune médication centrée sur la thyroïde ou les parathyroïdes. Cliniquement, ceci ne semble d'ailleurs pas nécessaire. La problématique qui empêche Mme R._____ et qui la fait souffrir est représentée par un syndrome douloureux ostéoarticulaire diffus, axial et périphérique. En novembre 2006, Mme R._____ avait été investiguée en détail, tant au plan clinique qu'au plan électro- neurophysiologique par le Dr W._____, neurologue à [...], qui avait

- 5 - pu exclure une maladie neurologique ou neuromusculaire et qui avait conclu à une fibromyalgie. Le tableau symptomatologique actuel présenté par Mme R._____ correspond à celui d'une fibromyalgie. En effet, l'examen objectif est normal, tant au plan général, neurologique qu'ostéoarticulaire. Mme R._____ insiste beaucoup pour son manque de force dans les MS [membres supérieurs] et les MI [membres inférieurs], avec d'importants troubles de la marche. Ceux-ci n'ont pas pu être objectivés, notamment lorsque, fortuitement, l'assurée a pu être observée marchant dans la rue. La longueur de l'évolution sans que soient apparues entre-temps des synovites ou des déformations articulaires permet d'exclure un rhumatisme inflammatoire quelconque comme étant responsable des plaintes douloureuses de l'assurée. Il n'y a non plus aucun argument en faveur d'une collagénose quelconque comme une sclérodermie par exemple, que les troubles de la déglutition allégués auraient peut-être pu faire suspecter, et il n'y a non plus pas d'argument, d'autant plus que l'examen neurologique spécialisé était normal, pour une myopathie quelconque. En conclusion, l'examen clinique actuel confirme le diagnostic de fibromyalgie qui avait été posé par le Dr W._____ et confirmé par le médecin traitant, le Dr X._____. Cette problématique, exclusivement subjective, sans substrat anatomo-pathologique précis, n'entraîne, en accord avec les dispositions jurisprudentielles actuellement en vigueur, pas la reconnaissance de limitations fonctionnelles ni d'une quelconque incapacité de travail. Au plan psychiatrique, il s'agit d'une assurée d'origine suisse, âgée de 49 ans, sans formation professionnelle à proprement parler. Après avoir terminé une scolarité obligatoire, l'assurée travaille comme fille au pair pendant une année, suit des cours d'aide infirmière et travaille comme vendeuse en alimentation, dans une blanchisserie et comme ouvrière avant de trouver un travail dans les soins à domicile, en

1992, d'abord avec un taux d'activité 100% puis depuis 1996 avec un taux d'activité à 50% en plus d'une rente AI à 50% également depuis 1996. Elle poursuit cette activité jusqu'à son licenciement, en novembre 2006. Depuis, l'assurée n'a plus repris une activité professionnelle. Dans son rapport médical du 07.09.1998, le psychiatre, le Dr L. _____ constate que « bien que stabilisée et ne nécessitant pas un soutien psychothérapeutique, Mme R. _____ continue à souffrir de crises d'angoisses et suit un traitement de Melleril® prescrit. ». Il retient le diagnostic d'épisodes dépressifs récurrents chez une personne fragile et immature, avec des traits phobiques et anxieux. Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure actuelle, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de trouble phobique, de trouble panique, ni de perturbation sévère de l'environnement psychosocial qui est inchangé depuis de nombreuses années et marqué par des relations proches et stables. L'assurée ne présente pas non plus de trouble de la personnalité décompensé. En l'absence d'un abaissement de l'humeur, d'une diminution de l'intérêt et du plaisir (sorties avec son compagnon, aime bien faire la cuisine, s'intéresse aux documentaires, etc.), d'une réduction de l'énergie avec des efforts minimes entraînant une fatigue importante

- 6 - (observations cliniques, vie quotidienne), d'une diminution de la concentration et de l'attention, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, d'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir (se réjouit de partager son avenir avec son compagnon actuel), des idées ou actes autoagressifs ou suicidaires, ainsi que d'une diminution de l'appétit, nous n'avons pas retenu le diagnostic d'un épisode dépressif actuel. Pourtant, dans le passé, l'assurée décrit deux épisodes marqués par un important abaissement de l'humeur avec diminution de l'intérêt et du plaisir et réduction de l'énergie entraînant une apathie d'une durée d'environ 6 mois, voire une année, à l'âge de 18 ans, et en 1996, nécessitant un traitement avec du Valium® voire un traitement psychiatrique pendant deux ans environ. Depuis, l'assurée dit souffrir d'une fluctuation de l'humeur, marquée par des périodes de quelques jours pendant lesquels l'assurée dit souffrir d'une aggravation de ses douleurs corporelles entraînant une fatigue et un manque de motivation où tout lui coûte et peu ne lui est agréable. Malgré ses symptômes, l'assurée reste toujours capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne et d'assurer par exemple, les tâches ménagères pour elle et son compagnon, et de maintenir une vie sociale active avec des rencontres régulières avec des anciens amis. En conséquence, nous avons retenu le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, avec quelques symptômes résiduels. Ce trouble dépressif récurrent s'inscrit dans une personnalité avec des traits immatures conduisant l'assurée à s'engager à plusieurs reprises dans des relations instables, avec des hommes abusifs maltraitant l'assurée. Malgré cette immaturité, l'assurée arrive à maintenir une stabilité au plan professionnel, avec plusieurs engagements d'une durée de plusieurs années. Depuis juillet 2005, l'assurée s'engage également dans une relation sentimentale stable et harmonieuse avec son compagnon actuel. L'assurée ne présente ainsi pas de déviation extrême de perception, de pensée, de sensation et particulièrement de relation avec autrui, comme demandé par la CIM-10 pour le diagnostic d'un trouble spécifique de la personnalité, raison pour laquelle nous n'avons pas retenu un tel diagnostic. Au vu d'une certaine fragilité s'expliquant par son immaturité, avec deux décompensations de l'assurée sur un mode dépressif dans le passé, la décision d'accorder à l'assurée une demi-rente en 1996 n'apparaît pas comme manifestation erronée. Pourtant, cette situation a permis à l'assurée de poursuivre d'une manière stable son activité d'aide soignante à 50% et de s'engager dans une relation sentimentale qui lui donne beaucoup de soutien et de

satisfaction, selon ses propres dires. Concernant sa demande d'une rente entière, nous constatons cependant que l'assurée ne présente ni une aggravation de son état psychique ni la survenue d'une comorbidité invalidante, justifiant une telle demande. Les limitations fonctionnelles psychiatriques : dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent, s'inscrivant dans une personnalité marquée par une importante immaturité, l'assurée présente une réduction de ses ressources d'adaptation avec un risque élevé d'une décompensation sur un mode dépressif, et une tolérance au stress réduite.

- 7 - Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins? L'assurée est au bénéficiaire d'une demi-rente AI depuis 1997. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Depuis lors, l'assurée a continué à travailler à 50% jusqu'à ce qu'elle soit licenciée de son travail. Certes, depuis lors, les plaintes à expression somatique se sont aggravées mais les dites plaintes ne sont pas en relation avec une pathologie organique considérée comme étant en soi incapacitante. L'atteinte psychiatrique ne s'est pas aggravée. Concernant la capacité de travail exigible, elle reste de 50% pour des raisons psychiques. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une réelle aggravation de la situation, puisque d'une part la situation psychique est stationnaire et que, d'autre part, les plaintes à expression somatique relèvent d'une problématique qui n'est pas considérée comme incapacitante par la jurisprudence. CAPACITÉ DE TRAVAIL EXIGIBLE DANS L'ACTIVITÉ HABITUELLE (AIDE SOIGNANTE) : 50%. DANS UNE ACTIVITÉ ADAPTÉE : 50%. DEPUIS : 1997. » Par décision du 23 mars 2009 confirmant un projet de décision du 5 janvier 2009, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée au motif qu'il ressortait du rapport d'examen du SMR que son état de santé, sur le plan psychique, ne s'était pas aggravé, mais restait stationnaire. Depuis l'octroi de sa demi-rente d'invalidité en 1996 et jusqu'à son licenciement en 2006, l'assurée avait toujours travaillé à mi-temps, et sa capacité de travail comme aide-soignante restait de 50%. Sur le plan somatique, l'OAI a relevé qu'il existait effectivement désormais une fibromyalgie, mais que cette affection ne pouvait pas être considérée comme ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, selon les critères posés par la jurisprudence. Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois l'a rejeté par jugement du 12 mai 2011 (AI 233/09 - 235/2011) en considérant notamment ce qui suit : « (...). 5. (...) b) (...). Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que les critères posés par la jurisprudence pour reconnaître une pleine valeur probante à un rapport médical (cf. supra, consid. 5.a) sont

- 8 - remplis dans le cas du rapport du SMR du 7 octobre 2008, dont les conclusions sont claires et longuement motivées. Or il résulte du volet psychiatrique de cet examen que l'assurée ne présente pas de comorbidité psychiatrique suffisante au sens de la jurisprudence. On ne retrouve en effet chez la recourante aucune perte d'intégration sociale : cette dernière part en vacances, vit avec un ami et a des contacts réguliers avec sa fille et des amis. Aucun état psychique cristallisé ne découle de l'expertise, le diagnostic de fibromyalgie n'étant que relativement récent. Quant aux autres critères posés par la jurisprudence pour pouvoir considérer la fibromyalgie d'un assuré comme une affection invalidante (cf. supra, consid. 4.b), ils ne sont pas non plus réunis, ou à tout le moins pas avec une intensité suffisante. Par ailleurs, les médecins du SMR ont parfois remarqué une discordance entre les plaintes décrites par la recourante et son comportement (par exemple : « Mme R. _____ insiste beaucoup pour son manque de force dans les MS [membres supérieurs] et les MI [membres inférieurs], avec d'importants troubles de la marche.

Ceux-ci n'ont pas pu être objectivés, notamment lorsque, fortuitement, l'assurée a pu être observée marchant dans la rue. »). De plus, il convient de souligner que la recourante, qui se plaint d'affections de nature psychiatrique, n'a pourtant jamais débuté de suivi auprès d'un psychiatre. D'autre part, il est à relever, au vu de la jurisprudence précitée concernant les médecins traitants (cf. supra, consid. 5.a in fine), que l'appréciation des médecins du SMR ne saurait être remise en cause par les rapports établis par le Dr X. _____, médecin traitant de la recourante (cf. supra, let. B.a et B.b), qui ne détiennent pas la même valeur probante, dès lors que ce médecin n'est ni psychiatre ni rhumatologue et qu'il n'a motivé ses rapports que de façon sommaire ». Ce jugement est entré en force. c) Le 8 novembre 2011, l'OAI a remis à l'assurée un questionnaire pour la révision de la rente, lequel a été complété par l'intéressée en date du 15 novembre 2011. L'assurée a ainsi indiqué une aggravation de son état de santé depuis janvier 2010, en faisant état d'un « séjour de 3 mois au K. _____ à [...]. Péritonite aiguë compliquée par une septicémie. Opération importante gastro-intestinale ». Dans le cadre de la détermination du statut (part active/part ménagère), l'assurée a mentionné que son taux d'activité serait de 50% en qualité d'aide-soignante si elle n'était pas atteinte dans sa santé, et ce depuis 1996, par nécessité financière. Dans un rapport médical du 26 novembre 2011 à l'OAI, le Dr X. _____ a indiqué que sa patiente présentait des douleurs

- 9 - abdominales persistantes suite à une péritonite, et ce depuis janvier 2010, entraînant une incapacité de travail totale dès le mois de janvier 2010. Il a précisé que la situation abdominale restait difficile pour l'assurée qui ressentait des douleurs résiduelles importantes. Sa résistance physique et psychique était nulle. A la demande de l'OAI, l'assurée a indiqué le 22 décembre 2011 qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre. Par courrier du 23 décembre 2011 à l'assurée, l'OAI a constaté qu'elle était considérée jusqu'à présent comme une personne active à 100%, raison pour laquelle l'office précité souhaitait savoir si elle maintenait sa réponse relative à un taux de 50% donnée dans le cadre du questionnaire de révision de rente. Le 4 janvier 2012, l'assurée a répondu par l'affirmative en précisant : « Je suis au bénéfice depuis 1996 d'une rente AI à 50% et je n'ai jamais travaillé à 100% depuis. Actuellement, je suis malade à 100% pour une durée indéterminée ». Dans un rapport médical du 16 février 2012 à l'OAI, le Dr Q. _____, médecin associé au Service de chirurgie viscérale au K. _____, a retenu un état de santé stationnaire. Il a précisé que la patiente avait bénéficié le 21 septembre 2010 d'une cure d'événtration avec mise en place de plusieurs filets, adhésiolyse partielle, refermeture complète de l'abdomen, sans problème cutané. Il a ajouté que le pronostic était bon (absence de maladie lors de la dernière intervention sur l'estomac et l'intestin grêle le 10 janvier 2010) et que le traitement abdominal pouvait être considéré comme terminé. Il a attesté une totale incapacité de travail du 20 au 29 septembre 2010. Au chapitre du rendement, il a exposé que l'assurée avait fait état lors de la dernière consultation de douleurs abdominales et pariétales, à réévaluer en fonction de l'anamnèse du Dr X. _____. Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas à l'examen du SMR. Par avis médical du 5 septembre 2012, le Dr T. _____ a retenu une aggravation de l'état de santé de l'assurée de janvier à septembre 2010

- 10 - suite à une péritonite en janvier 2010, sans nouvelle limitation fonctionnelle durable hormis celles déjà constatées dans le cadre du rapport d'examen SMR du 8 septembre 2008. Il a en outre exposé ce qui suit : « Hormis le diagnostic de dépression récurrente chez une personne fragile et immature, on ne trouve pas la documentation justifiant [une] incapacité durable au travail dans les documents versés au dossier. C'est ainsi de révision en révision,

jusqu'à 2008, où un examen rhumatopsychiatrique est effectué au SMR suite à une nouvelle annonce d'aggravation de l'état de santé, alors au motif de fibromyalgie ; examen qui conclut à la présence effective d'un trouble dépressif récurrent avec épisode alors en rémission et fibromyalgie non invalidante au sens de la jurisprudence. Dans le cadre de l'actuelle 4e révision de rente, l'assurée annonce à nouveau une aggravation de son état de santé. Les documents versés au dossier depuis nous apprennent qu'elle présente une péritonite en janvier 2010 et bénéficie d'interventions chirurgicales dans un but curatif, dont la dernière le 21.09.10 sous forme de cure d'événtration et pose de filets, adhésiolyse partielle, refermeture complète de l'abdomen qui ne présente plus de problème cutané. Dans son rapport daté du 26.11.11 le médecin traitant retient comme affection avec répercussion durable sur la capacité au travail la présence de douleurs abdominales suite à cette péritonite. Pas de documentation clinique. Le rapport des spécialistes chirurgiens du K. _____ daté du 15.02.12 nous apprend qu'il y a «absence de maladie lors de la dernière intervention sur l'estomac et l'intestin» (le 10.01.10). Après la dernière intervention du 21.09.10 l'assurée présente un état de santé conservé et pèse 48,5 kg pour 155 cm (réalisant un BMI dans la norme). Le traitement abdominal est terminé ; l'incapacité au travail s'éteint le 29.09.10 et il ne reste que la plainte douloureuse lors du dernier contrôle du 25.10.10. Joint par téléphone le 04.09.12, le médecin traitant ne m'apporte aucun élément médical nouveau, hors les plaintes douloureuses de l'assurée, qui pèse alors «entre 51 et 52 kg». Malgré les plaintes douloureuses elle ne maigrit pas. Ainsi, en l'état du dossier, on doit admettre qu'il y a eu aggravation de l'état de santé, concernant l'intestin qui à ce jour ne présentait pas d'atteinte avec effet durable sur la capacité au travail. Cette affection aura justifié une incapacité totale dans toute activité de janvier 2010 jusqu'à son interruption par les spécialistes du K. _____ le 29.09.10, qui n'aura pas été reconduite au dernier contrôle clinique du 25.10.10.

- 11 - Le médecin traitant ne nous aura pas apporté d'élément médical justifiant la poursuite de cette incapacité, qui reste donc limitée dans le temps et ne justifie pas de limitation fonctionnelle durable. A ce jour, pas d'aggravation de l'état psychologique, pas de suivi psychiatrique psychothérapeutique ». Par projet de décision du 26 septembre 2012, l'OAI a refusé l'augmentation de la rente d'invalidité de l'assurée, laquelle continuait à bénéficier d'une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 50%. Conformément à l'enquête ménagère du 23 février 2006, il a retenu que l'assurée était 100% active en l'absence d'élément concret nouveau susceptible de modifier cet état de fait. Se référant à l'avis médical du SMR, l'OAI a admis que l'assurée avait présenté une aggravation de son état de santé du 10 janvier au 29 septembre 2010, période durant laquelle l'intéressée était en incapacité totale de travail. A partir du 30 septembre 2010, elle avait toutefois recouvré une capacité de travail de 50% dans toutes activités. L'aggravation de l'état de santé n'ayant pas été annoncée en 2010, l'OAI a estimé qu'il n'était pas en mesure de l'admettre. En effet, une rente entière aurait uniquement pu être versée après trois mois d'aggravation, mais au plus tôt dès la date prévue par la révision d'office en novembre 2011. Toutefois, à la date précitée, la capacité de travail était à nouveau de 50%. Dans sa contestation du 25 octobre 2012, critiquant le rapport du Dr Q. _____, l'assurée a allégué que son pronostic n'était pas bon et qu'elle était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 30 septembre 2010. Elle a produit un rapport du 14 octobre 2012 du Dr X. _____ lequel a fait état des éléments suivants : « (...) Les événements de vie extrêmement pénibles, répétées et traumatisants (maltraitance, relation tantôt conflictuelle tantôt fusionnelle avec ses enfants, divorces et surtout la dernière hospitalisation dans le service de chirurgie du K. _____

avec les conséquences digestives importantes) déstabilisent son état psychique. Elle vit dans l'anxiété. Les visites médicales sont fréquentes et elle a besoin un traitement de benzodiazépines. Cela lui permet de gérer plus ou moins son quotidien et lui prend en même temps une énergie importante. Elle a un manque de confiance chez une patiente ayant une personnalité immature ce qui

- 12 - amplifie davantage ses sensations du rejet de la société. La situation ne fait qu'empirer par une fatigue dans la journée et des troubles de sommeil. Elle doit recours [recourir] à l'aide de ménage à domicile par le [...]. Dans ce contexte, la capacité de travail exigible même dans une activité adaptée est nulle. Le suivi à mon cabinet de façon rapprochée permet à Mme R. _____ de ne pas développer un état anxio-dépressif. Une non reconnaissance de son état de santé pourrait l'amener à une décompensation psychiatrique et a un effet désastreux sur la prise en charge médicale et induit un coût financier plus grave pour la société ». Par avis médical du 13 novembre 2012, le Dr T. _____ du SMR a considéré que le rapport du Dr X. _____ ne faisait état d'aucun élément nouveau par rapport aux documents versés à ce jour, dont le rapport d'examen rhumato-psychiatrique du SMR du 8 septembre 2009. Par ailleurs, la nouvelle atteinte à la santé (abdominale) ne justifiait pas d'incapacité durable. Par décision du 27 novembre 2012, dont la motivation figure dans un courrier séparé portant la même date, l'OAI a refusé l'augmentation de la rente d'invalidité demandée par l'assurée. B. Par acte du 21 décembre 2012, R. _____ recourt contre la décision précitée et conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er janvier 2010. Elle conteste le fait que l'aggravation de son état de santé n'aurait duré que jusqu'au 29 septembre 2010. Elle rappelle en effet avoir subi le 21 septembre 2012 [recte : 2010] une opération très importante (éventration avec mise en place de filets), « après laquelle la convalescence a sans l'ombre d'un doute duré bien au-delà du 29 septembre 2010 ». Elle soutient enfin que le Dr X. _____ considère qu'elle n'a jamais récupéré, son incapacité de travail actuelle étant totale. Dans sa réponse du 7 mars 2013, l'intimé constate que la recourante conteste essentiellement la capacité de travail retenue fin septembre 2010. A la période précitée, la situation était toutefois à nouveau superposable à celle existant avant janvier 2010. L'aggravation temporaire n'a pas pu être prise en compte en raison d'une révision temporaire entreprise d'office le 1er novembre 2011.

- 13 - Dans sa réplique et complément au recours du 21 mars 2013, la recourante, désormais représentée par A. _____, expose que l'intensité de ses douleurs abdominales a été sous-estimée par le SMR. Elle explique que du 10 janvier au 25 mars 2010, elle a subi une quinzaine d'opérations gastro-intestinales, d'ablation de l'ensemble de la musculature abdominale, de nettoyage des infections affectant diverses parties de son corps et de poses de drains, ainsi qu'une greffe de la peau permettant à la fin de refermer la peau. Elle est retournée au K. _____ le 21 septembre 2010 afin d'y subir une éventration avec retrait de la greffe et pose d'un filet devant pallier l'absence désormais de toute musculature abdominale, qui nécessite en outre le port en permanence d'une ceinture de soutien. Elle conteste avoir recouvré le 30 septembre déjà, soit à peine neuf jours après l'intervention du 21 septembre 2010, la capacité de travail qui était la sienne avant le 10 janvier 2010. Elle rappelle que le Dr X. _____ a attesté une incapacité de travail totale au-delà du 29 septembre 2010. Elle produit à cet effet un rapport du 14 janvier 2013 du Dr X. _____ mentionnant notamment un état de dénutrition sévère à la suite de l'opération, actuellement corrigé toutefois avec des troubles alimentaires. Partant, la recourante allègue que les

circonstances de son cas, notamment le grand nombre et la lourdeur des interventions chirurgicales qu'elle a subies depuis le 10 janvier 2010, ainsi que les arguments de son médecin traitant, sont propres à induire un doute quant au bien-fondé de l'avis médical du SMR du 5 septembre 2012, document produit par le service médical d'un assureur partie au procès. Compte tenu de ces éléments, la recourante conclut à l'annulation de la décision attaquée et à la mise en œuvre d'une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire, du moins psychiatrique et viscérale. Dans ses déterminations du 12 avril 2013, l'intimé propose une nouvelle fois le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. E n d r o i t :

- 14 - 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]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. 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. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). 3. En l'espèce, le litige porte sur la détermination du taux d'invalidité de R. _____ dans le cadre de la révision de sa demi-rente d'invalidité. La recourante affirme être totalement incapable de travailler depuis le 1er janvier 2010 et avoir droit désormais à une rente entière

- 15 - d'invalidité dès cette date. L'office intimé soutient quant à lui que si la recourante a présenté une aggravation temporaire de son état de santé de janvier à septembre 2010, la situation au 30 septembre 2010 était toutefois à nouveau superposable à celle existant avant janvier 2010. En outre, l'aggravation temporaire précitée n'avait pas pu être prise en compte en raison d'une révision entreprise d'office le 8 novembre 2011. a) Aux termes de l'art. 8 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). En vertu de l'art. 7 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. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivante : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de

travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60% au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. 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

- 16 - activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 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 exigée de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; 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. 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 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Un rapport médical qui émane d'un service médical régional au sens des art. 59 al. 2 bis LAI et 49 al. 2 RAI a valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence sur le contenu des rapports médicaux rappelées ci-dessus (ATF 135 V 254 consid. 3.3.2 ; TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2).

- 17 - Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentes privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants se trouvent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Toutefois, s'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci, elle ne justifie cependant pas en elle-même l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut en effet effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (TF 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1 et les références

citées). c) Aux termes 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. Selon la jurisprudence, lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_509/2011 du 18 octobre 2011 consid. 2.1). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b ;

- 18 - 125 V 368 consid. 2 ; 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 9C_765/2009 du 29 mars 2010 consid. 2.2). Sous cet angle, une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, n'est pas déterminante (ATF 112 V 372 consid. 2b, 390 consid. 1b ; TF 9 C_765/2009 du 29 mars 2010 consid. 2.2). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle, 2011, n° 3065, p. 833). 4. En l'occurrence, il n'est pas contesté par l'intimé que l'état de santé de la recourante a évolué depuis la décision du 23 mars 2009, date de la dernière décision entrée en force (suite au rejet du recours interjeté par l'assurée par jugement de la Cour de céans du 12 mai 2011), confirmant son droit à une demi-rente d'invalidité pour des motifs psychiques. L'intimé a en effet constaté que la recourante a été hospitalisée durant trois mois de janvier à mars 2010 en raison de multiples opérations à la suite d'une péritonite aiguë. Cela étant, il convient de déterminer si ce nouveau diagnostic influe d'une quelconque manière sur la capacité de travail de la recourante et partant sur son degré d'invalidité. Il sied préalablement de préciser que s'agissant du statut (part active/part ménagère) de la recourante, l'intimé a considéré que si cette dernière avait été en bonne santé, elle aurait travaillé à 100% en qualité d'aide-soignante et ce, depuis 1996, élément qui n'a pas été contesté par la recourante. Il n'y a pas lieu de revenir sur ce point, lequel ressort des constatations de l'enquêtrice contenues dans son rapport du

- 19 - 23 février 2006. Certes, la recourante a complété le 15 novembre 2011 un formulaire en précisant qu'elle travaillerait à 50% si elle était en bonne santé et ce, pour des raisons financières. Les explications qu'elle a fournies le 4 janvier 2012 pour expliquer une éventuelle modification de la part active et de la part ménagère démontrent qu'elle a intégré dans sa réponse le versement de sa demi-rente d'invalidité. Ces éléments ont incité à juste titre l'intimé à retenir que la recourante était 100% active en l'absence d'élément concret nouveau susceptible de modifier cet état de fait (cf. projet de décision du 26 septembre

2012). a) Il ressort du dossier que la recourante présente depuis de nombreuses années des problèmes digestifs et intestinaux ayant nécessité de multiples opérations digestives dès 1998 (rapport d'expertise du SMR du 7 octobre 2008, p. 2), atteintes qui n'ont toutefois pas eu de répercussion durable sur sa capacité de travail. Dans le cadre d'une révision d'office initiée en novembre 2011, la recourante a mentionné que son état de santé s'était aggravé en raison d'une péritonite aiguë compliquée d'une septicémie, sans autre précision, mise à part une importante intervention gastro-intestinale et ce, depuis janvier 2010, soit près de deux ans auparavant. A la demande de l'intimé, le Dr Q._____ a exposé le 16 février 2012 que la recourante l'avait consulté la dernière fois le 25 octobre 2010 et qu'à la suite de la dernière intervention du 21 septembre 2010 (cure d'éventration avec mise en place de plusieurs filets, adhésiolyse partielle, refermeture complète de l'abdomen, sans problème cutané), le traitement abdominal pouvait être considéré comme terminé, l'intéressée présentant un état de santé conservé et pesant 48.5 kg pour 155 cm. Il a ajouté que le pronostic était bon (absence de maladie lors de la dernière intervention sur l'estomac et l'intestin grêle le 10 janvier 2010). S'il a attesté une incapacité totale du 20 au 29 septembre 2010, le Dr Q._____ n'a toutefois pas prolongé l'arrêt de travail, malgré les douleurs abdominales et pariétales dont s'est plainte la recourante lors de la dernière consultation du 25 octobre 2010. b) Au vu des éléments décrits par le chirurgien précité et contrairement à l'opinion de la recourante, les rapports médicaux

- 20 - successifs du Dr X._____ n'apportent pas d'éléments médicaux permettant de justifier la poursuite de l'incapacité de travail attestée par le Dr Q._____, qui, comme l'a relevé le Dr T._____ (avis médical du 5 septembre 2012), reste donc limitée dans le temps et ne justifie pas de limitation fonctionnelle durable. Outre le fait que le Dr X._____ n'est ni psychiatre, ni spécialiste en chirurgie viscérale, son avis en tant que médecin traitant de la recourante (depuis janvier 1997) doit être apprécié avec les réserves d'usage. Par ailleurs, il sied de constater que son appréciation médicale apparaît davantage motivée par les plaintes de sa patiente que par des éléments objectifs tirés des examens cliniques et radiologiques. Ainsi, dans le cadre d'un entretien téléphonique du 4 septembre 2012 avec le Dr T._____, le Dr X._____ n'a pas été en mesure d'apporter d'élément médical nouveau, hormis les plaintes douloureuses de sa patiente, laquelle pesait alors entre 51 et 52 kg, soit davantage qu'en 2010. Depuis la dernière consultation de sa patiente le 25 octobre 2010 auprès du Dr Q._____, il n'a d'ailleurs pas jugé opportun de solliciter son confrère pour une nouvelle consultation, voire des examens cliniques ou radiologiques complémentaires. A la suite du projet de décision de l'intimé du 26 septembre 2012, le Dr X._____ n'a finalement plus évoqué des douleurs abdominales pour justifier une incapacité totale de travail, mais a fait état d'une déstabilisation de l'état psychique de la recourante entraînant une fatigue et des troubles du sommeil (rapport médical du 14 octobre 2012), ajoutant qu'elle vivait dans la crainte constante d'un nouvel épisode similaire (péritonite avec choc septique) et qu'elle n'arrivait pas à surmonter ce traumatisme dans un contexte de personnalité immature et de fragilité grave d'état anxio- dépressif (rapport du 14 janvier 2013). Ces éléments ne permettent toutefois pas de fonder une aggravation de l'état psychologique de la recourante. Outre le fait que celle-ci ne bénéficie pas d'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique, il sied de rappeler que la demi- rente d'invalidité lui a précisément été octroyée en raison d'épisodes dépressifs récurrents chez une personne fragile et immature, avec traits phobiques et anxieux, les limitations fonctionnelles psychiatriques étant une réduction de ses ressources d'adaptation avec un risque élevé d'une décompensation sur un mode dépressif et une tolérance au stress réduite

- 21 - (rapport d'expertise SMR du 7 octobre 2008, p. 10). Il convient dès lors de constater que l'état de santé psychique de la recourante au fil des années est resté pour l'essentiel identique et qu'il ne saurait constituer un motif de révision dans le sens d'une augmentation de la rente d'invalidité. c) Dans ces conditions, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas procédé à la révision de la décision d'octroi de prestations. Par ailleurs, l'aggravation de l'état de santé de la recourante établie de janvier 2010 au 29 septembre 2010 n'ayant pas été annoncée en 2010, mais constatée à la suite d'une révision d'office le 8 novembre 2011, l'intimé ne pouvait en tenir compte, l'intéressée présentant à nouveau une capacité de travail à 50% au moment de la révision d'office précitée (art. 88bis al. 1 let. b RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RS 831.201]). La recourante présente donc toujours une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles tiennent compte de l'atteinte psychique. 5. a) Il s'ensuit que le droit à une demi-rente à compter du 1er octobre 1996 doit être maintenu et qu'il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction, le dossier étant suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010, consid. 3.2 et les références citées). En définitive, le recours se révèle entièrement mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis 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 ; 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens,

- 22 - la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; 61 let. g LPGA).

- 23 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 27 novembre 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. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - A. _____ (pour la recourante), à Lausanne, - Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, - Office fédéral des assurances sociales, à Berne, par l'envoi de photocopies.

- 24 - 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). La greffière :

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