

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 juillet 2009

Présidence de M. NEU
Juges : Mme Thalmann et M. Jomini
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

N._____, à Ecublens, recourante, représentée par Me Agier, avocat auprès du Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, à Lausanne

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD
(ci-après : OAI), à Vevey, intimé

Art. 6, 7, 8 al. 1er, 16, 17 LPGA; 4 et 28 al. 1er LAI; 88a RAI

E n f a i t :

A. N._____, née le 1^{er} mai 1958, de nationalité espagnole, s'est établie en Suisse en 1985. Elle est au bénéfice d'un permis C. Coiffeuse de formation, elle a travaillé en qualité d'aide-boulangère pour la société X._____ depuis 1987.

Le 3 mars 1999, N._____ a déposé une demande de rente AI en invoquant des douleurs et une inflammation musculaire ainsi qu'un gonflement à la main droite et un blocage du nerf.

Dans son rapport médical du 28 juillet 1999, le médecin traitant de l'assurée, le Dr P._____, a indiqué que sa patiente était atteinte dans sa santé depuis 1997, qu'elle avait été opérée à deux reprises au niveau du tunnel carpien droit et du nerf cubital droit. Des douleurs sont apparues progressivement dans la main, le poignet, l'avant-bras et l'épaule, prédominant à droite et exacerbées par le travail de force, répétitif de l'intéressée. Les traitements de physiothérapie, de méthode Mézières, antalgique, anti-inflammatoire et antidépresseur n'ont pas eu d'influence réelle sur l'intensité des plaintes. Une fibromyalgie s'est installée. Plusieurs tentatives de reprise du travail à 100 % ont échoué cette année.

Le 24 janvier 2000, la Caisse publique cantonale vaudoise de chômage a informé l'OAI qu'elle versait à l'assurée des indemnités de chômage depuis le 1^{er} janvier 2000 en se fondant sur une aptitude au placement de 50 %.

Dans son rapport intermédiaire du 7 juillet 2000, le Dr P._____ a indiqué comme diagnostics : fibromyalgie et état anxiodépressif profond. Indiquant que l'état de sa patiente était stationnaire, il a précisé qu'il n'y avait eu aucune amélioration des plaintes depuis juillet 1999, que celle-ci ne pouvait soutenir un travail à plus qu'une demi-journée et que le tableau actuel était dominé par l'état

anxiodépressif profond et durable : troubles du sommeil, de la mémoire, intense fatigue. Selon le médecin, un travail à 50 % restait possible et était même fortement souhaitable, l'activité ne devant toutefois pas solliciter trop les bras dans des mouvements répétitifs et éviter le port de charges lourdes à bout de bras.

Le 5 septembre 2000, les Drs D._____ et R._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant à l'Hôpital psychiatrique C._____, ont établi un rapport médical à l'attention de l'OAI. Ils ont indiqué que l'assurée présentait un trouble dépressif sévère et que, si l'incapacité de travail avait été établie à 50 % par son médecin traitant, ils estimaient que, depuis son licenciement, elle devrait être de 100 %, dans n'importe quelle activité lucrative, l'intéressée étant empêchée, principalement par son état dépressif, de faire des démarches fructueuses de recherche d'emploi. Les médecins ont posé les diagnostics suivants :

- épisode dépressif sévère, probablement récurrent, sans symptômes psychotiques,
- syndrome douloureux somatoforme chronique,
- difficultés avec le conjoint,
- difficultés liées au chômage.

Selon eux, le traitement instauré depuis le 26 avril 2000, qui consiste en une psychothérapie de soutien et l'administration d'une médication psychotrope, anxiolytique, antidépressive et antalgique doit être poursuivi pour une durée indéterminée. Ils ont précisé que l'assurée fournissait l'effort exigible et qu'il était possible que, moyennant un traitement approprié, l'évolution soit progressivement favorable et qu'elle recouvre une capacité de travail partielle. Des mesures professionnelles pourraient être envisagées à moyen terme. Dans l'anamnèse, les psychiatres relèvent que l'assurée s'est mariée une première fois à l'âge de 19 ans, sous la pression de ses parents parce qu'elle était enceinte. Elle a quitté ce premier époux qu'elle décrit comme alcoolique et violent pour rejoindre ses parents en Suisse avec sa fille. Un second mariage avec un homme de 18 ans son aîné, dont elle a eu une seconde fille, s'est soldé par un échec. Elle a contracté un troisième mariage en 1998 avec un peintre en

bâtiment portugais de 37 ans, craignant que celui-ci ne doive sinon quitter la Suisse. La relation conjugale est actuellement très conflictuelle, marquée par beaucoup de violence verbale à son encontre. Elle a envisagé de quitter son époux à deux reprises, ayant fait l'objet de menaces de mort. Cette situation est compliquée par les soucis financiers du couple, son époux n'occupant que des emplois temporaires et ne se préoccupant pas de soutenir financièrement l'assurée. Sur le plan de l'humeur, elle se souvient d'une petite dépression il y a quelques années, qui aurait ensuite récidivé sans qu'elle puisse dire de date. Elle ne se souvient toutefois pas d'une époque où elle aurait été bien. Dans leur status, ils décrivent l'assurée comme suit :

"(...) personne de 42 ans, faisant légèrement plus jeune que son âge, mince et soignée. Elle est d'apparence extérieure calme, mais on ressent une tension intérieure importante. Elle est collaborante, orientée dans les trois modes. Des troubles mnésiques légers, ainsi que des troubles de la concentration et de l'attention sont présents. La patiente est tendue durant l'entretien, réservée et quelque peu laconique, ayant de la peine à parler. Le discours est cohérent, il n'y a pas de troubles de la pensée. Il n'y a pas de signes florides de la lignée psychotique. La thymie est triste, la voix monocorde. Une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi est présente. Il y a des idées de culpabilité et de dévalorisation. La patiente ne peut pas faire de projets. Il y a une anhédonie et une légère anesthésie affective. Une fatigue importante est signalée, avec une diminution de l'énergie vitale. Des troubles du sommeil sous forme de difficultés à l'endormissement et de réveils fréquents sont présents. Il n'y a pas de troubles nets de l'appétit. Des idéations suicidaires sont présentes, que la patiente critique en disant qu'elle vit pour ses enfants. (...)"

Dans son rapport médical du 15 mars 2002, le Dr P. _____ a indiqué comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente : fibromyalgie et état anxiodépressif profond. Il précise que l'état de sa patiente s'est dégradé depuis son rapport médical du 7 juillet 2000. L'assurée a dû être hospitalisée quelques jours en milieu psychiatrique en mars 2001. Elle travaille désormais comme caissière à 50 % dans une grande surface, se plaint de fatigue chronique et de sentiment de lourdeur dans la nuque, l'épaule et le bras droit. Son traitement médicamenteux actuel consiste en la prise quotidienne de : 1 comprimé de Seropram et 1 à 2 comprimés de Ponstan. En conclusion, le médecin traitant de l'assurée estime qu'une invalidité à 50 % paraît inévitable, mais

qu'une activité de quelques heures par jour, à la mi-journée, est indispensable à maintenir.

Par avis médical du 10 avril 2002, le Dr J._____ du SMR (Service médical régional de l'AI) indique ce qui suit :

"(...) le Dr P._____ nous renvoie le 19 mars notre demande de renseignements médicaux (...). Le diagnostic qu'il retient est celui d'une fibromyalgie (alias trouble somatoforme), avec comorbidité psychiatrique sous la forme d'un état anxio-dépressif qualifié de profond (alias sévère). L'incapacité qui est attestée est de 50 %, ceci depuis le 01 avril 2001. Dès cette date, l'assurée émargeant au chômage puis travaillant à un taux de 50 %.

Ce rapport confirme pour l'essentiel l'appréciation psychiatrique du Dr R._____ versée au dossier (...). Les conditions médicales pour que le 4 LAI soit rempli sont réunies ici.

Il me semble que l'on peut également suivre l'avis de ces médecins quant à l'évolution de l'incapacité de travail pour raison psychiatrique depuis 1998, avec une LM le 28 novembre 1998, un DD le 28 novembre 1999, l'assurée étant à cette date à un taux d'incapacité de 50 %, qui se poursuit actuellement. Cette incapacité devrait être vérifiée dans le court terme par une révision rapide à un an. Pour le moment, une confirmation des éléments médicaux par une expertise psychiatrique paraît inopportune. Cependant, elle sera probablement nécessaire dans un an si l'incapacité se poursuit.

(...)"

Dans le questionnaire pour l'employeur, la société Q._____ a indiqué que l'assurée travaillait à son service en qualité de caissière depuis le 1^{er} décembre 2001, avec un horaire garanti de 20 heures par mois, soit 8, 2 heures par jour, 5 jours par semaine. Son salaire-horaire est de 16 fr. 85.

Par décision du 20 novembre 2002, l'OAI a alloué à l'assurée une demi- rente AI dès le 1^{er} novembre 1999.

Le 23 octobre 2002, le Tribunal d'arrondissement de La Côte a prononcé de divorce de l'assurée d'avec son époux.

Sur le questionnaire pour la révision de la rente AI, l'assurée a indiqué, en date du 8 juillet 2005, que depuis l'allocation de la demi-rente

elle avait été en incapacité de travail à 100 % du 21 septembre 2004 au 26 septembre 2004 puis dès le 24 mai 2005. Elle a précisé qu'elle était employée par la société Q._____ et que la dernière consultation chez son médecin traitant était le 1^{er} juillet 2005.

Sur le questionnaire pour l'employeur établi le 24 août 2005, la société Q._____ a indiqué que l'assurée travaillait toujours comme caissière à 50 % à son service, que son horaire journalier était de 4 heures 06 depuis le 1^{er} juillet 2004, le salaire mensuel soumis à cotisation AVS s'élevant à 1'675 fr. depuis le 1^{er} janvier 2005. Elle a précisé que l'assurée avait été en incapacité de travail à 100 % du 4 octobre au 7 octobre 2003, du 16 décembre au 21 décembre 2003, du 3 février au 5 février 2004, du 21 septembre au 25 septembre 2004, du 24 mai au 8 juillet 2005 et du 22 juillet 2005 au 23 juillet 2005.

Dans son rapport médical du 27 septembre 2005, le Dr P._____ a retenu comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente :

- fibromyalgie
- état anxiodépressif récurrent.

Le médecin a indiqué que l'état de l'assurée était stationnaire, tout en précisant qu'elle était fragile moralement de tout temps, que son trouble du sommeil était profond, mais qu'elle travaillait courageusement à 50 % à la demi-journée. Il a conclu qu'il n'y avait pas à attendre d'amélioration de la capacité de travail de sa patiente.

Le 28 octobre 2005, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait été constaté que son degré d'invalidité n'avait pas changé, de telle sorte qu'elle continuait à bénéficier d'une demi-rente. Il a rendu l'assurée attentive au fait qu'une nouvelle procédure de révision d'office interviendrait quatre ans plus tard et qu'elle avait la faculté de demander qu'une décision sujette à opposition soit rendue,

Par lettre du 22 novembre 2005, la société Q._____ a confirmé les termes de l'entretien que l'assurée avait eu le même jour

avec le gérant et la conseillère en personnel de l'entreprise, à savoir, qu'en raison de ses absences, son contrat de travail prenait fin avec effet au 31 janvier 2006.

Le 13 décembre 2005, l'assurée a informé l'OAI que, son état de santé s'étant dégradé, elle avait été licenciée.

Répondant au questionnaire relatif à la demande d'un nouvel examen de son droit aux prestations AI, l'assurée a indiqué qu'elle était en incapacité de travail à 100 % depuis le 13 septembre 2005.

Il résulte du rapport d'admission établi le 23 janvier 2006 par les Drs L._____ et G._____, respectivement chef de clinique et médecin assistant de l'Hôpital psychiatrique C._____, que l'assurée a été admise pour une consultation le 17 octobre 2005, en raison d'un état dépressif et de douleurs chroniques, ainsi que d'un conflit avec sa seconde fille, âgée de 17 ans. Les psychiatres indiquent que le divorce d'avec son deuxième époux, père de sa seconde fille, lequel est reparti en Espagne, est une cause importante dans le conflit qui oppose l'assurée à sa fille. L'assurée se sent responsable de la séparation d'avec le père de sa fille. Cette dernière est au gymnase mais semble ne plus vouloir parler à sa mère. Ils relèvent en outre ce qui suit :

"Status

Patiente faisant son âge, calme, collaborante, orientée aux trois modes, tenue vestimentaire et hygiène corrects, elle montre une mimique triste, se plaint de troubles mnésiques, de troubles du sommeil avec de multiples réveils, des douleurs chroniques, un anhédonisme, une aboulie, une asthénie importante et un isolement social. On ne note pas de perte pondérale ni d'idées suicidaires. Pas de symptômes florides de la lignée psychotique.

Diagnostic (ICD-10)

- Episode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.10)
- Douleurs chroniques
- Probable trouble de la personnalité à investiguer (F 60.9)

Discussion et prise en charge

Il s'agit d'une patiente connue pour des douleurs chroniques qui présente une péjoration d'un état dépressif alors qu'elle a des problèmes professionnels et un conflit avec sa seconde fille. Elle met en avant un sentiment de culpabilité par rapport à sa fille. Son histoire de vie pourrait suggérer un trouble de la personnalité sous-jacent. Elle est suivie par le Dr P._____ qui la traite par des benzodiazépines et du Deroxat. Nous proposons de compléter l'investigation psychopathologique, en particulier l'axe II, de revoir le traitement avec la patiente, et d'observer l'évolution.

(...)"

Par courrier du 25 février 2006, le Dr P._____ a informé l'OAI qu'il soutenait la demande de révision de rente formulée par l'assurée, celle-ci présentant une aggravation de son état de santé et une incapacité de travail à 100 % depuis le 13 septembre 2005, "vraisemblablement encore de longue durée".

Dans son rapport médical du 12 avril 2006, le Dr P._____ a indiqué que sa patiente souffrait de fibromyalgie et d'un état anxiodépressif profond et que son état de santé était stationnaire. Il a toutefois précisé que, depuis septembre 2005, elle avait développé une dépression sévère. La fibromyalgie est floride, résistante au AINS. Elle est traitée par antidépresseurs, antalgiques, myorelaxants et physiothérapie. Une psychothérapie est en cours. L'assurée a été hospitalisée du 8 mai au 26 mai 2005 à l'Unité du rachis et réhabilitation de l'Hôpital I._____. Au cours de ce séjour, il y a eu une légère amélioration des plaintes somatoformes, sans amélioration de la capacité de travail, qui, selon l'avis

du praticien et celui de la Dresse M. _____ de l'Hôpital I. _____, reste conditionné à son état dépressif. L'assurée est suivie par le S. _____ de Morges pour entretien et suit un groupe de gestion de la douleur une fois par semaine. Le médecin a réservé son pronostic et indiqué que le traitement médicamenteux consistait en la prise quotidienne de 3 x 1 comprimé de Deroxat, 5 mg de Valium, ½ comprimé de Zolpidem, 1 Dalmadorm et 3 x 20 gouttes de Tramadol. Le Dr P. _____ a notamment joint à son rapport le rapport de fin d'hospitalisation établi par la Dresse M. _____ le 26 mai 2006.

Dans ce rapport, la Dresse M. _____ confirme la prise en charge intensive et multidisciplinaire de l'assurée dans le cadre de l'Unité du rachis et réhabilitation de l'Hôpital I. _____ du 8 mai au 25 mai 2006. Les diagnostics retenus sont : fibromyalgie et état anxio-dépressif récidivant et très probables troubles de la personnalité. La Dresse M. _____ relève que la palpation des points habituels de la fibromyalgie est douloureuse (14 points/18). Elle indique que l'assurée a beaucoup apprécié la prise en charge hospitalière qui lui a permis de se détendre et apprendre quelques exercices visant l'assouplissement. Elle se sent d'ailleurs beaucoup plus libre dans ses mouvements tout en précisant que les douleurs restent les mêmes, ce qui conduit à admettre que le pronostic émis avant l'hospitalisation s'est révélé juste dans ce cas de douleurs chroniques persistantes sans substrat organique. Le suivi psychologique a permis de mettre en évidence des signes de dépression moyens à sévères chez une patiente qui reste isolée chez elle et qui n'a plus de ressources pour se mobiliser et réintégrer le circuit professionnel. De ce point de vue le suivi psychiatrique semble indispensable.

Dans leur rapport médical du 19 juin 2006, les Drs L. _____ et T. _____ de l'Hôpital psychiatrique C. _____ ont posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée :

- Episode dépressif sévère sans symptôme psychotique
- Syndrome douloureux chronique

Les psychiatres ont indiqué que l'incapacité de travail de l'assurée était de 100 % depuis le 13 septembre 2005 pour une durée indéterminée. Selon eux, son état est stationnaire, sa capacité de travail ne peut pas être améliorée par des mesures médicales et il y a lieu à un examen médical complémentaire. L'assurée est suivie par la Policlinique W._____ depuis octobre 2005 en raison de la péjoration de son état dépressif. Lors du dernier examen, le 17 avril 2006, elle a présenté une mimique triste, une perte d'appétit, une anhédonie, une aboulie, une asthénie, un trouble du sommeil. Pas d'idées suicidaires ni de symptômes psychotiques florides. La prise en charge psychothérapeutique implique la participation de l'assurée à des modules cognitivo-comportementaux : apprivoiser la dépression, gestion des émotions, restructuration cognitive, stop aux dépendances, avec un suivi ambulatoire et un soutien psychopharmacologique à la Policlinique W._____ ainsi qu'un traitement médicamenteux avec un anxiolytique et un antidépresseur. Les psychiatres ont précisé ne pas pouvoir se prononcer sur le pronostic de cette patiente. Dans l'annexe au rapport médical, ils ont indiqué que l'activité exercée précédemment n'était plus exigible, qu'il y avait une diminution de rendement et qu'une autre activité n'était pas non plus exigible.

Dans son avis médical du 15 novembre 2006, le Dr V._____ du SMR estime que, sur le plan somatique, aucune atteinte organique invalidante ne peut être retenue. Le status ostéo-articulaire est normal hormis 14/18 points de fibromyalgie positifs. Seules les douleurs, élément subjectif sans substrat organique, ont augmenté. Sur le plan psychiatrique, il relève que le rapport des Drs L._____ et T._____ (réd : du 19 juin 2006) de l'Hôpital psychiatrique C._____ fait état d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et d'un syndrome douloureux chronique. Le Dr V._____ considère qu'il s'agit des mêmes diagnostics que ceux rapportés par les Drs D._____ et R._____ du même hôpital en date du 5 septembre 2000. Il souligne encore que, si le rapport actuel rend compte de constatations objectives (tristesse, perte d'appétit, anhédonie, aboulie, asthénie, troubles du sommeil, pas d'idées suicidaires), celui de 2000 faisait exactement état des mêmes symptômes

avec en plus la présence d'idéations suicidaires, qui ne sont plus présentes actuellement. Relevant que les psychiatres de l'Hôpital C._____ estimaient déjà en 2000 que l'incapacité de travail de l'assurée était de 100 %, il conclut qu'il n'y a aucun changement de diagnostic, aucune atteinte organique invalidante, aucun changement dans la symptomatologie psychiatrique et aucun changement dans la capacité de travail estimée par les psychiatres, de sorte qu'on ne peut que constater l'absence d'aggravation de l'état de santé tant physique que psychique de l'assurée.

Le 1^{er} décembre 2006, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision maintenant la rente d'invalidité à 50 %.

Par courrier du 5 décembre 2006, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI, en faisant valoir qu'elle était totalement incapable de reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit, que son état restait très instable et qu'elle n'avait plus été en mesure de travailler depuis le 13 septembre 2005.

Le 31 janvier 2007, la Dresse Z._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a adressé à l'Hôpital psychiatrique C._____ un courrier concernant l'hospitalisation de l'assurée. Indiquant qu'elle suivait cette patiente depuis le mois de novembre 2006 à la demande de son médecin traitant, elle a exposé que celle-ci avait déjà été hospitalisée en 2001, également très déprimée et avec des idées suicidaires et qu'elle s'était opposée à l'hospitalisation proposée par son médecin de famille en novembre 2006, ne voulant pas laisser seule sa fille cadette, gymnasienne. Elle a précisé qu'elle avait posé le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen à grave (F33.3), accompagnés d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), ainsi que de troubles obsessionnels compulsifs (F42.2).

Par décision du 6 février 2007, l'OAI a refusé d'augmenter la rente AI de l'assurée pour le motif qu'il n'y avait aucune atteinte organique invalidante, que les diagnostics quant à son état psychique étaient

inchangés et que, dans la mesure où seules les douleurs, élément subjectif sans cause organique, avaient augmenté, on ne pouvait considérer que l'aggravation de son état de santé était avérée.

B. Par acte du 8 mars 2008, l'avocat Jean-Marie Agier, agissant pour le compte de l'assurée, a recouru contre la décision de l'OAI du 6 février précédent

Par réponse du 25 juillet 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans ses déterminations du 29 novembre 2007, l'avocat Jean-Marie Agier a requis la mise en œuvre de mesures d'instruction, à savoir les déterminations de la Dresse Z._____ relatives à l'aggravation alléguée de l'état de santé psychiatrique de sa mandante depuis le mois de septembre 2005 et la production du dossier de la cause pendante devant la cour de céans entre l'assurée et l'assureur perte de gain de son dernier employeur.

Par lettre du 17 décembre 2007, l'OAI a informé le juge instructeur qu'il renonçait à se déterminer.

Par courrier du 15 janvier 2008, Me Jean-Marie Agier a requis l'audition des Drs P._____ et Z._____.

Le 22 janvier 2008, le juge instructeur a informé les parties que, lorsque l'audition de médecins était requise, la pratique du tribunal consistait à les inviter à répondre à un questionnaire écrit. Un délai au 19 février 2008 a été imparti aux parties pour qu'elles adressent leur liste de questions.

Par lettre du 6 février 2008, Me Jean-Marie Agier a informé le juge instructeur que sa mandante déliait du secret médical les deux

médecins dont elle requérait l'audition et a déposé la liste de questions suivante :

- "1. En quoi l'aggravation de l'état de santé de Madame N. _____ intervenue au mois de septembre 2005, consiste-t-elle ?
2. Pourquoi dites-vous que l'aggravation en question a eu pour conséquence que Madame N. _____ n'a plus eu, depuis le 13 septembre 2005, aucune capacité de travail ?
3. Avez-vous au sujet de la maladie présentée par Madame N. _____ et les conséquences de cette maladie sur sa capacité de travail, d'autres remarques à formuler ?

Dans le délai prolongé, l'OAI a informé le juge instructeur qu'il souhaitait que les médecins de la recourante répondent aux questions suivantes :

- En quoi consiste précisément l'aggravation de l'état de santé de la recourante de septembre 2005 (évolution du status psychiatrique, diagnostics) ?
- Quelles ont été les répercussions de cette aggravation sur la capacité de travail de la recourante ? Pourquoi ?
- Quelles sont les limitations fonctionnelles ?

Par courrier du 14 mai 2008, la Dresse Z. _____ a répondu en ces termes :

"(...) J'ai vu ma patiente la dernière fois mercredi 7 mai.

1. L'aggravation de l'état de ma patiente a nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique pendant le mois de février 2007. L'état dépressif s'est intensifié et est devenu chronique depuis que je la connais. Il y a de moins en moins de jours pendant lesquels elle se sent bien et capable d'entreprendre quelque chose. A l'hôpital on a posé le **diagnostic trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2)**.
2. L'état de santé de Mme N. _____ est extrêmement fluctuant. Il y a de rares jours pendant lesquels elle se sent capable de sortir et d'entreprendre quelque chose. Mais pendant la plupart du temps, elle souffre de douleurs invalidantes qui rendent tout mouvement pénible. Quel patron serait d'accord d'employer quelqu'un qui ne peut pas vous assurer sa présence pour tous les jours ? Elle souffre au moins une à deux fois par semaine de si fortes douleurs qu'elles rendent toute activité professionnelle impossible.
3. Le travail qu'elle a effectué pendant de nombreuses années dans une boulangerie industrielle demande un grand effort physique. Il y a des planches lourdes à manipuler. Elle changeait d'un milieu chaud (fours) vers un environnement glacial (frigos). Ses poignets lui faisaient constamment mal et elle n'avait plus

de force dans sa main droite. Elle a été plusieurs fois opérée à droite, mais son côté gauche commence à présenter les mêmes problèmes.

Elle a fait sa scolarité en Espagne et y a terminé une formation de coiffeuse, mais elle ne dispose pas de connaissances suffisamment étendues en français pour pouvoir par exemple assumer un travail dans un bureau.

(...)"

Le 30 mai 2008, le Dr P. _____ a répondu comme il suit aux questions posées :

"(...)

Madame N. _____ souffre depuis des années de fibromyalgie et d'un profond état dépressif. Dans l'année 2005 Madame N. _____ a été investiguée à multiples reprises pour une symptomatologie douloureuse liée à ses angoisses pour finalement accepter un suivi auprès d'un psychiatre, la Doctoresse Z. _____ à (...), dès le mois d'octobre 2006.

Pour avoir accompagné cette personne dans ses plaintes et sa souffrance psychique depuis avril 1997 je peux témoigner de l'évolution malheureuse de la santé psychique et mentale de cette personne.

Je rejoins l'avis de ma consoeur la Doctoresse Z. _____ qui la juge moralement totalement incapable de retravailler en signalant toutefois que je n'ai plus revu ma patiente depuis mars 2007, à sa sortie d'un séjour en milieu psychiatrique.

Pour des raisons économiques Madame N. _____ a renoncé à me consulter mais suivi semble-il ses consultations chez sa psychiatre.

(...)"

Le 23 juillet 2008, Me Jean-Marie Agier s'est déterminé sur les réponses écrites des médecins de la recourante et a précisé ses conclusions. Il a conclu, avec suite de frais et dépens, à la réforme de la décision entreprise en ce sens qu'il est dit que pour l'aggravation de son état de santé intervenue le 13 septembre 2005, Madame N. _____ a droit à une rente d'invalidité entière, la cause étant renvoyée à l'office AI pour que ce dernier fixe le début du droit à cette rente entière.

Par courrier du 11 août 2008, l'OAI a déclaré n'avoir rien à ajouter à ses précédentes écritures et maintenir ses conclusions en leur entier.

E n d r o i t :

1. a) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est recevable à la forme (art. 60 al. 1 LPGA, [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi, sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que 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 1 consid. 1.2), en l'espèce la décision du 6 février 2007. Par conséquent, les modifications de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, ne sont pas applicables au présent cas, qui doit être examiné au regard des normes légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

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 (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 (art. 7 LPGGA).

Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA 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 (art. 6 LPGGA in fine).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

b) Selon l'art. 16 LPGGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGGA, lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à 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. La révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner

une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (art. 87 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01]).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon les articles précités. 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, 113 V 273 consid. 1a; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente. En outre, une modification peu importante des données statistiques de caractère général ne peut mener à révision (ATF 133 V 545). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision ne se justifie que lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (TAss, AI 42/1995 du 9 février 1995). Le point de savoir si un changement important s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'il se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; 125 V 368 consid. 2 et la référence citée).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; 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 aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 351, consid. 3a; 122 V 157, consid. 1c et les références).

L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise présentée par une partie peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (cf. ATF 125 V 351, consid. 3b).

Ainsi, selon une jurisprudence constante, 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 confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients;

ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un experts qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc). Il convient cependant de relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

5. a) La recourante soutient que son état de santé psychique s'est péjoré à un point tel qu'elle ne dispose plus d'aucune capacité de travail dans quelque activité que ce soit depuis le 13 septembre 2005. Elle en veut pour preuve les avis médicaux de son médecin traitant et des spécialistes en psychiatrie qui l'ont suivie depuis la fin de l'année 2005.

Pour sa part, l'OAI fonde son refus d'allouer à la recourante une rente entière d'invalidité sur l'avis médical émis par le Dr V. _____ du SMR le 15 novembre 2006. Celui-ci considère en substance que le diagnostic posé par les Drs L. _____ et T. _____ de l'Hôpital psychiatrique C. _____ du 19 juin 2006, à savoir épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et syndrome douloureux chronique, se superpose à celui qui avait été émis par les Drs D. _____ et R. _____ du même hôpital en date du 5 septembre 2000. Il souligne qu'à l'époque déjà, les psychiatres estimaient l'incapacité de travail de la recourante à 100 % et faisaient état d'idéations suicidaires, ce qui n'est plus le cas actuellement. Estimant que seules les douleurs, élément subjectif, ont augmenté, alors que les constatations objectives sont les mêmes (à savoir : tristesse, perte d'appétit, anhédonie, aboulie, asthénie et troubles du sommeil), le Dr V. _____ conclut qu'il n'y a pas de changement de diagnostic, aucune atteinte organique invalidante, aucun changement dans la symptomatologie psychiatrique ni dans la capacité de travail estimée par les psychiatres, de sorte qu'il ne peut que constater l'absence d'aggravation de santé tant physique que psychique de la recourante.

b) Il n'est pas contesté que, lorsqu'il a accordé une demi-rente AI à la recourante en novembre 2002, l'intimé s'est fondé sur le diagnostic de fibromyalgie avec comorbidité psychiatrique, sous la forme d'un état anxio-dépressif profond, tel que posé par le Dr P._____ et les Drs D._____ et R._____ de l'Hôpital psychiatrique C._____ (cf. avis médical du Dr J._____ du SMR du 10 avril 2002). Au demeurant, on observe que cette décision, bien qu'antérieure à l'ATF 130 V 352, est conforme aux exigences posées par le Tribunal fédéral dans cet arrêt pour que soit reconnu au trouble somatoforme douloureux, respectivement à la fibromyalgie, le caractère de pathologie invalidante ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, à savoir notamment la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, telle un état dépressif majeur. Cela étant, même si, à première vue, le diagnostic posé par le médecin traitant de la recourante et les psychiatres qu'elle a consultés depuis la fin de l'année 2005 paraît le même que précédemment, à savoir fibromyalgie et état dépressif profond, on observe que sont apparus, en sus, des troubles obsessionnels compulsifs (cf. lettre de la Dresse Z._____ du 31 janvier 2007). Dans leur rapport du 23 janvier 2006, qui se référait à une consultation du 17 octobre 2005, les Drs L._____ et G._____ de l'Hôpital psychiatrique C._____ évoquaient d'ailleurs déjà un "probable trouble de la personnalité à investiguer". De même, dans son rapport de fin d'hospitalisation, la Dresse M._____ de l'Unité du rachis et réhabilitation de l'Hôpital I._____ où a séjourné la recourante du 8 au 26 mai 2006 retient de "très probables troubles de la personnalité". A cela s'ajoute qu'il ressort de l'ensemble des rapports médicaux établis tant par le Dr P._____, que la Dresse Z._____ et les psychiatres de l'Hôpital psychiatrique C._____ que le trouble anxio-dépressif profond dont souffre la recourante n'est plus seulement récurrent, mais est devenu chronique. En soi, ces éléments permettent déjà d'admettre que l'état psychique de la recourante pouvait non seulement s'aggraver, mais qu'il s'est effectivement péjoré. Ce constat est confirmé par le rapport médical établi le 19 juin 2006 par les Drs L._____ et T._____ de l'Hôpital psychiatrique C._____ qui indiquent que l'incapacité de travail de la recourante est de 100 % depuis le 13 septembre 2005 pour une durée

indéterminée et qu'elle est suivie depuis le mois d'octobre 2005 par la Polyclinique W. _____ en raison de la péjoration de son état dépressif, étant précisé que cette prise en charge psychothérapeutique implique sa participation à des modules cognitivo-comportementaux, à savoir : "apprivoiser la dépression, gestion des émotions, restructuration cognitive, stop aux dépendances", avec un suivi ambulatoire, un soutien psychopharmacologique et un traitement par antidépresseurs et anxiolytiques. Ce traitement consiste, selon le rapport du 12 avril 2006 du Dr P. _____, en la prise quotidienne de 3 x 1 comprimé de Deroxat, 5 mg de Valium, ½ comprimé de Zolpidem, 1 Dalmadorm et 3 x 20 gouttes de Tramadol.

Or, il apparaît que ni le suivi important décrit dans le rapport du 12 juin 2006, ni le traitement médicamenteux n'ont permis une amélioration de l'état de santé psychique de la recourante, puisque celle-ci a commencé un suivi psychothérapeutique avec la Dresse Z. _____ en novembre 2006 et a finalement dû être hospitalisée à l'Hôpital psychiatrique C. _____ au début de l'année 2007 (cf. lettre de la Dresse Z. _____ du 31 janvier 2007). De ces éléments, on ne peut que déduire une péjoration importante de l'état de santé de la recourante, respectivement de l'intensité de l'affection psychique, malgré l'introduction d'un suivi tant médicamenteux que psychothérapeutique plus intense. De surcroît, cette péjoration a singulièrement eu des conséquences importantes sur la capacité de gain de la recourante (art. 17 LPGA et ATF 130 V 343). En effet, cette dernière, qui a travaillé en qualité de caissière à mi-temps pour la société Q. _____ depuis le 1^{er} décembre 2001 sans absences de plus de quelques jours jusqu'en juillet 2005 (cf. questionnaire de l'employeur du 24 août 2005), a été licenciée le 22 novembre 2005 avec effet au 31 janvier 2006 en raison d'absences médicales récurrentes.

Dans ces conditions, les pièces versées au dossier permettent à l'autorité judiciaire d'apprécier en pleine connaissance de cause tant la situation médicale et personnelle de l'intéressée que la chronologie des événements. Ainsi, il y a lieu de retenir que les rapports et avis émanant

des différents médecins et psychiatres qui ont suivi la recourante s'avèrent pleinement probants s'agissant de la période juridiquement déterminante. Ils sont en effet parfaitement convaincants, tant par un exposé clair et précis du contexte personnel de l'assurée que par l'appréciation de la situation médicale, de sorte que leurs conclusions, dûment motivées et exemptes de contradictions, répondent aux exigences posées par la jurisprudence rappelée au considérant 4 ci-dessus. A l'inverse, l'argumentation du Dr V._____ du SMR n'apparaît pas concluante lorsque ce médecin, sans avoir examiné ou même rencontré la recourante, ni au demeurant disposer des compétences d'un spécialiste de la psychiatrie, se borne à considérer qu'aucun changement n'est intervenu, ni de diagnostic, ni de la symptomatologie psychiatrique, ni de l'incapacité de travail et de gain de la recourante, contrairement à ce qu'attestaient pourtant dans leurs nombreux rapports, tant le médecin traitant que les psychiatres qui se sont succédés depuis le mois d'octobre 2005.

Compte tenu des considérations factuelles et juridiques qui précèdent, il y a lieu d'admettre que, du fait de la dégradation significative de son état de santé psychique et des conséquences de celle-ci sur sa capacité de gain, l'incapacité de travail invalidante de la recourante est totale depuis le 13 septembre 2005, respectivement qu'elle est demeurée telle à tout le moins jusqu'à la date déterminante à laquelle la décision attaquée a été rendue.

En conséquence, la décision entreprise doit être réformée en ce sens que la recourante a droit, compte tenu de l'incapacité totale de travail résultant de l'aggravation de son état de santé dès le 13 septembre 2005, à une rente entière de l'assurance-invalidité (art. 28 al. 2 bis LAI, tel qu'en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004).

c) Subsiste la question de la date à compter de laquelle l'accroissement du droit aux prestations, respectivement l'augmentation de la rente, doit prendre effet.

A teneur de l'art. 88a RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 88 bis al. 1^{er} RAI précise quant à lui que l'augmentation de la rente prend effet au plus tôt, si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue (let. b).

En l'espèce, une procédure de révision d'office a été initiée par l'OAI le 21 juin 2005, comme le prévoyait la décision d'octroi d'une demi-rente rendue le 20 novembre 2002. Par courrier du 28 octobre 2005, après instruction du cas sur le plan médical, l'intimé a informé l'assurée qu'il maintenait ce droit à une demi-rente, l'intéressée étant rendue attentive au fait qu'une nouvelle procédure de révision d'office interviendrait quatre ans plus tard et qu'elle avait la faculté de demander qu'une décision sujette à opposition soit rendue, ce qu'elle n'a pas requis. Par courrier du 13 décembre 2005, la recourante a avisé l'OAI de la perte de son emploi pour raisons médicales, avis que l'intimé a reçu comme une demande de nouvel examen du cas et à la suite duquel il a ouvert la procédure de révision à l'origine de la présente procédure.

Ainsi, il y a lieu de considérer que la décision dont est recours ne résulte pas d'une procédure de révision d'office, mais tient à la demande de révision telle que formulée par l'assurée le 13 décembre 2005. A teneur de l'art. 88bis al. 1 let. a RAI précité, c'est au plus tôt dès le mois de décembre 2005 que l'augmentation de la rente disputée devrait prendre effet. Toutefois, à la lettre de l'art. 88a RAI, l'incapacité totale de travail, telle qu'elle sera retenue à compter du 13 septembre 2005, devait durer trois mois sans interruption notable pour ouvrir le droit à l'accroissement des prestations. En conséquence, il y a lieu de retenir que c'est dès le premier mois à compter duquel la recourante comptabilisait

trois mois d'incapacité totale de travail, soit à dès le mois de janvier 2006, que l'augmentation de la rente doit prendre effet.

6. En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis et la décision entreprise réformée dans le sens du considérant ci-dessus.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice à la charge de l'intimé débouté (art. 52 LPA-VD).

L'OAI versera à la recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un avocat employé par une organisation d'aide aux personnes handicapées, une indemnité à titre de dépens, qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr. (art. 55 LPA-VD; ATF 126 V 11 consid. 2; 122 V 278; TF I 358/99 du 18 février 2000).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 6 février 2007 par l'OAI est réformée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est octroyée à N. _____ à compter du 1^{er} janvier 2006.
- III.** La cause est renvoyée à l'OAI pour qu'il fixe le montant de la rente à servir à N. _____.
- IV.** L'OAI versera à N. _____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.
- V.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Marie Agier, Fédération suisse pour l'intégration des handicapés, Place Grand-Saint-Jean 1, 1003 Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, Avenue du Général Guisan 8, 1800 Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, Effingerstrasse 20, 3003 Berne,

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).

La greffière :