

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 janvier 2015

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mmes Pasche et Dessaux
Greffier : M. Cloux

* * * * *

Cause pendante entre :

K. _____, à [...] (VS), recourante,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE VAUD, à Vevey,
intimé.

Art. 8 al. 1, 17 et 61 let. c LPGA; art. 4 al. 1, 28 al. 1 LAI; art. 72 al. 1^{bis} RAI

E n f a i t :

A. Le 23 février 2004, K. _____ (dont le nom jusqu'au 20 avril 2011 était [...]; ci-après : l'assurée) a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité pour adultes, alléguant qu'elle se trouvait en dépression depuis le mois de décembre 2002.

Par décision du 14 mars 2006, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après : l'OAI) lui a octroyé une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2004, puis une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2005.

Par décision du 7 janvier 2010, l'OAI a constaté l'absence d'une modification du degré d'invalidité de l'intéressée propre à influencer le droit à la rente et confirmé son droit à une demi rente.

Par arrêt du 16 juin 2011 (CASSO/AI 39/10 - 349/2011), la Cour de céans a admis le recours interjeté contre cette décision, annulé cette dernière et renvoyé la cause à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants. Dans cet arrêt, la Cour a en particulier retenu les faits suivants :

"(...) Dans un rapport du 17 septembre 2003, le Dr W. _____, chef de clinique à l'hôpital de [...], a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, et pronostiqué une évolution très lentement favorable, en considérant nulle la capacité de travail.

Par lettre du 30 mars 2004, le Dr C. _____ a indiqué à l'OAI qu'il avait mis K. _____ en arrêt de travail pour état dépressif à la suite d'un problème de mobbing dans la banque où elle travaillait, mais que cette situation ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée.

Dans un rapport médical AI du 8 avril 2004, les Drs B. _____ et M. _____ diagnostiquent un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique. Ils mentionnent une incapacité de travail totale dès le 25 février 2003, Ils exposent en outre que K. _____ se plaint de troubles du sommeil, d'angoisses et de tristesse et préconisent un traitement antidépresseur et une psychothérapie. Dans l'annexe à ce rapport remplie le même jour, ces médecins ont répondu que l'activité exercée jusqu'alors n'était

plus exigible, mais que la capacité de travail au même poste pouvait être améliorée.

Dans un rapport complémentaire du 19 mai 2005 destiné à l'AI, les Drs E. _____ et M. _____ ont constaté que l'évolution clinique de K. _____ depuis mars 2004 restait stationnaire, son état étant "moins symptomatique" mais "fragile sur le plan émotionnel", qu'une reprise de travail pouvait être envisagée dès juin à 50 %, avec une réévaluation pour une reprise à 100 % après trois mois, et qu'alors, une symptomatologie anxieuse et dépressive empêchait une reprise du travail à 100 %, sans qu'il existe au plan psychiatrique des limitations fonctionnelles.

B. Dans un questionnaire pour la révision de la rente rempli le 5 avril 2006, K. _____ a indiqué n'avoir pas encore repris une activité professionnelle, en précisant qu'elle avait toujours peur ou pas confiance.

Dans un rapport médical sur formulaire AI du 5 octobre 2006, les Drs L. _____ et G. _____, respectivement cheffe de clinique-adjointe et médecin-assistant à l'Hôpital psychiatrique de [...], ont posé le diagnostic de "trouble dépressif récurrent, épisode actuellement moyen, avec syndrome somatique", avec répercussions sur la capacité de travail, et celui de difficultés avec le conjoint, sans de telles répercussions. Ils estiment l'incapacité de travail totale depuis le 25 février 2003 et relèvent en outre ce qui suit :

"Constatations objectives

Cette patiente fait son âge. L'hygiène vestimentaire et personnelle sont correctes. Elle est bien, orientée aux quatre modes. Dans au moins deux entretiens, la patiente explose dans des crises d'angoisse importante, avec accès de pleurs, tachypnée, jusqu'au besoin de vomir, réaction qui nous fait penser à certains traits histrioniformes. Sur le plan de la thymie, nous remarquons une humeur fortement déprimée, mais sans l'apparition d'idées suicidaires. La patiente décrit une perte d'énergie et une fatigue importante, avec un sentiment de dévalorisation et de culpabilité par rapport à son fils. Nous ne remarquons pas de symptômes de la lignée psychotique."

Ces praticiens ont indiqué avoir réintroduit un traitement antidépresseur et précisé que, sous traitement antidépresseur et avec une psychothérapie de soutien, une amélioration de la symptomatologie était envisageable.

Sur avis médical SMR du 15 mai 2007, une expertise psychiatrique a été mise en oeuvre en la personne de la Dresse N. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a déposé son rapport le 19 novembre 2007, après avoir lu le dossier AI et vu en consultation K. _____ les 14 août, 3 et 10 septembre 2007. Après une anamnèse complète, ainsi qu'un exposé des plaintes et données subjectives de l'assurée et de son status clinique, l'expert a diagnostiqué un "trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen F33.1 présent depuis février 2003" et un "trouble de la personnalité

sans précision F60.9 présent depuis le début de l'âge adulte. La Dresse N. _____ mentionne en outre ce qui suit :

“Appréciation du cas et pronostic

Cette expertisée présente un état dépressif récurrent depuis 2003. Par contre, il ressort de l'anamnèse qu'elle présentait, très probablement un trouble de personnalité antérieur qu'il est difficile aujourd'hui de préciser. Par contre, ce trouble de la personnalité rend l'expertisée très vulnérable lorsqu'elle est confrontée à ce qu'on appelle couramment l'adversité. Elle est en effet incapable de se remettre en question et utilise des mécanismes très projectifs pour essayer de les comprendre ce qui ne lui permet pas de trouver des solutions pour s'y adapter et apprendre à “faire avec”. Cette stratégie a bien évidemment ses limites que l'expertisée a atteintes ces dernières années en devant faire face à des pressions professionnelles et privées, qu'elle a gérées à sa façon et avec des conséquences dommageables pour elle. Aujourd'hui, elle reste enfermée dans son système projectif et attend que le monde se rende compte des injustices dont elle pense avoir été victime.

L'expertisée a de la peine à faire confiance, elle doit maîtriser le maximum de choses et son traitement en fait partie, c'est pourquoi il lui est extrêmement difficile de s'en remettre aux décisions des médecins qu'elle vit comme unilatérales et qu'elle essaie de trouver d'autres moyens thérapeutiques, tout en se rendant compte qu'ils sont insuffisants ce qui l'amène à reprendre des suivis traditionnels pour un temps. Je ne pense pas qu'il faille voir là-dedans un refus de soins mais plutôt une difficulté pathologique à assumer sa maladie. Par ailleurs, l'expertisée semble présenter une tolérance très limitée aux médicaments et présenter des effets secondaires importants qui n'aident en rien à sa prise en charge dans un contexte déjà difficile.

En conclusion, je dirais que le trouble de personnalité n'a pas empêché l'expertisée de vivre normalement et que l'état dépressif qu'elle présente, à lui seul, entraînerait une incapacité de travail de 50%. Par contre, l'état dépressif a aggravé les manifestations du trouble de personnalité qui vient lui-même compliquer et, dans les faits, aggraver les conséquences du trouble dépressif.”

L'experte N. _____ a constaté que K. _____ était totalement incapable de travailler en raison de troubles psychiatriques qu'elle présente.

Dans un avis médical SMR du 11 décembre 2007, le Dr F. _____ a estimé que ce rapport d'expertise psychiatrique ne faisait état d'aucun élément objectif pour une aggravation de l'état de santé et que l'assurée avait arrêté tout traitement psychotrope et tout suivi psychiatrique, si bien qu'il estimait que la capacité de travail était toujours de 50%.

Dans un rapport établi le 30 mars 2009 à l'intention de l'OAI, le Dr P. _____ a exposé notamment :

“Pour l'instant, le travail psychothérapeutique s'est fixé comme objectif une redéfinition de la relation conjugale (probablement une séparation définitive). Nous n'avons que brièvement évoqué

l'incapacité de travail. Pour la patiente, il lui paraît impossible actuellement d'envisager une activité professionnelle. Sur le plan médical, le vécu persécutoire est tel qu'il rend, pour l'instant, illusoire une activité professionnelle. J'ignore si des tests psychologiques ont été pratiqués, si non, ils me paraissent indispensables dans ce cas de figure. La complexité de cette situation rend nécessaire, à mon avis, la collaboration d'un centre d'expertise."

Par avis médical SMR du 9 juin 2009, le Dr J. _____ a constaté que la Dresse N. _____ n'avait pas mis en évidence d'éléments probants pour une aggravation de l'état de santé, que le Dr P. _____ avait décrit un état qui paraissait superposable à ce qu'il était lors de l'expertise en novembre 2007 et que l'exigibilité du suivi psychiatrique persistait, une révision devant être prévue à une année.

Le 12 juin 2009, l'OAI a informé l'assurée de son intention de poursuivre le versement d'une demi-rente d'invalidité.

Par décision du 7 janvier 2010, l'OAI a constaté que le degré d'invalidité de K. _____ n'avait pas changé au point d'influencer le droit à la rente, si bien qu'elle continuait à bénéficier de la même rente à 50% qu'auparavant.

C _____ Par acte du 30 janvier 2010, K. _____ a recouru contre cette décision, en indiquant que l'OAI n'avait pas suffisamment tenu compte de certains éléments soulignés dans le rapport du Dr M. _____ à l'époque, concernant ses troubles de la personnalité, et avait plutôt basé sa décision sur la dépression qui n'était que leur manifestation.

Elle a produit une attestation du 25 février 2010 où le Dr P. _____ a indiqué avoir pris connaissance de l'expertise établie par la Dresse N. _____ de novembre 2007, être d'accord avec elle sur le plan clinique, mais ne pas partager ses appréciations au sujet du trouble de la personnalité de l'assurée, qui présente selon lui une personnalité paranoïde qui la conduit à prendre des décisions basées sur une analyse biaisée de la réalité (idées quasi délirantes non bizarres, impliquant des situations rencontrées dans la réalité mais interprétées comme malveillantes et toujours sur un mode soupçonneux). Selon le Dr P. _____, cet aspect du problème psychiatrique de K. _____ méritait plus d'attention et devait être réexaminé; le diagnostic de "trouble de la personnalité sans précision", tel que décrit dans l'expertise, ne reflétait pas la réalité clinique de l'expertise et son handicap.

Dans une lettre du 20 mai 2010, K. _____ a indiqué être suivie par le Dr Q. _____, qui a diagnostiqué une dégénérescence au niveau des cervicales avec rétrécissement du canal rachidien occasionnant des douleurs lancinantes et des céphalées encore plus aiguës que par le passé, perturbant son sommeil et nécessitant des séances fréquentes pour lui débloquent le dos. L'assurée exprimait son incompréhension de voir l'OAI ne pas suivre l'avis des médecins traitants et même de son propre expert, qui avait conclu à une incapacité totale et de ne pas avoir ordonné une nouvelle expertise à laquelle de nombreux courriers faisaient pourtant référence. Elle a

produit un certificat médical établi par le Dr Q._____ indiquant être consulté depuis le 29 juin 2009 pour les affections chroniques suivantes

"1) syndrome cervico-brachial et irritatif de C8 à gauche
2) syndrome cellulo-myalgique des ceintures scapulaires et pelvienne
3) céphalées cervicogènes
4) syndrome lombo-sciatique irritatif gauche, surmonté occasionnellement de paresthésies du territoire distal de S1."
(...)"

En droit, la Cour de céans a considéré que les divers diagnostics posés par les médecins étaient divergents, ne décrivaient pas l'évolution de l'état de santé de la recourante et étaient insuffisamment documentés, de sorte qu'il n'était pas possible de savoir si l'état de santé de la recourante s'était modifié ou non depuis la décision du 14 mars 2006. La cause a par conséquent été renvoyée à l'OAI pour qu'il mette en oeuvre une expertise psychiatrique, voire pluridisciplinaire s'il l'estimait nécessaire, compte tenu des affections somatiques dont faisaient état la recourante et son médecin traitant, le Dr Q._____.

B. Dans un rapport du 9 août 2011, le Dr D._____ a indiqué que l'assurée avait séjourné à l'hôpital de [...] du 5 au 9 août 2012 à la suite d'une fracture du 3^e métatarsien du pied gauche et qu'elle avait subi une intervention chirurgicale sur les 2^e et 3^e métatarsiens de ce pied le 5 août 2011.

Le 14 novembre 2011, le Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed), agissant sur mandat de l'OAI, a convoqué l'assurée pour le 8 décembre 2011 afin de procéder à deux examens médicaux. La veille de ces examens, l'assurée a laissé un message téléphonique au CEMed, exposant qu'elle se trouvait en Tunisie et ne se présenterait dès lors pas. Elle a confirmé cela au cours d'un entretien téléphonique tenu avec le CEMed le jour de l'expertise.

Par courrier du 12 janvier 2012, le CEMed a convoqué l'assurée une nouvelle fois pour le 9 février 2012. Elle a été examinée par les Drs X._____, psychiatre, et S._____, rhumatologue, qui ont rendu

un rapport d'expertise pluridisciplinaire le 18 mai 2012. Ce rapport, qui rappelle les éléments figurant au dossier de l'assurée depuis le 6 novembre 2002 et comprend un exposé de l'évolution de la situation par cette dernière, indique notamment ce qui suit :

"(...) Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan rhumatologique on se trouve face à deux problèmes principaux, d'une part les suites d'une fracture du pied à gauche et d'autre part des cervicobrachialgies présentes depuis de nombreuses années et ayant tendance à s'intensifier anamnestiquement.

K. _____ est régulièrement suivie pour les suites post-fractures de métatarsiens à gauche, elle a été ostéosynthésée début août, elle a ensuite présenté une algodystrophie de Südeck comme complication en octobre 2011 qui a été traitée lege artis par calcitonine et bisphosphonates. L'évolution est lentement favorable mais subsiste encore des douleurs à la mise en charge ainsi que parfois des douleurs au repos.

A l'examen clinique on note une restriction de mobilité des articulations métatarso-phalangiennes 1 à 3 avec douleurs à la mobilisation. Le bilan radiologique ressenti montre une bonne consolidation, toutefois une vis dans le 2^{ème} rayon dépasse légèrement en direction du 1^{er} rayon ce qui pourrait gêner, il est prévu d'ôter le plus rapidement possible cette vis à distance de l'algodystrophie.

On peut raisonnablement admettre que la problématique de la fracture et de l'algodystrophie constitue un problème passager qui va spontanément se résoudre en 12 mois au maximum. A partir de juillet 2012, on pourra considérer que vraisemblablement l'assurée sera revenue à un état à l'état (sic) antérieur.

Concernant les cervicobrachialgies et scapulalgies, prédominant à gauche, l'examen clinique ne montre pas de restriction de la mobilité de la colonne cervicale et le status neurologique des membres supérieurs est rigoureusement normal. La radiographie de la colonne cervicale montre une discrète discarthrose en C5-C6. En résumé il n'y a donc pas d'élément pour une atteinte radiculaire vraie, il s'agit plutôt de douleurs irradiées sur des troubles dégénératifs modérés selon la radiographie et ne traduisant pas cliniquement par une restriction de mobilité.

Les lombalgies dont elle se plaint ne constituent pas non plus un motif d'incapacité de travail, à l'examen clinique il y a une discrète restriction de la mobilité, mais pas de signe de souffrance radiculaire des membres inférieurs. Le bilan radiologique ne montre qu'un discret pincement discal L5-S1 postérieur. En conséquence sur le plan rhumatologique, on ne peut pas retenir un motif d'incapacité de travail à long terme en relation avec les cervicalgies et les lombalgies.

Nous rappelons que K._____ est au bénéfice d'une formation universitaire supérieure, elle serait donc tout à fait à même d'exercer un métier sédentaire, où elle serait assise à un bureau ou susceptible d'effectuer de petits déplacements à l'intérieur d'un local. Pour une activité de type, même suite à la fracture du pied, il lui est possible de travailler et ceci à 100%.

Sur le plan psychique notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, de trouble phobique, ni de syndrome douloureux somatoforme persistant.

Depuis son départ en Valais fin 2006, K._____ décrit une certaine stabilisation de son état, notamment grâce au soulagement des tensions avec son ex-mari. Elle se plaint cependant de la persistance d'une humeur fluctuante avec des abaissements réguliers. K._____ explique cette situation par des événements vécus comme des profondes injustices, notamment le verdict de 2002, le conflit avec son employeur et son licenciement la même année ainsi que les infidélités de son ex-mari. En parallèle, K._____ décrit une diminution de l'énergie à l'origine d'une fatigue régulière ainsi que des difficultés de concentration et de l'attention.

Ces plaintes subjectives présentent cependant quelques incohérences avec la présentation de K._____ à l'examen psychiatrique actuel ainsi qu'avec des éléments de son anamnèse. Sans signe important de fatigue ou de manque d'énergie, K._____ participe ainsi activement à un examen d'une durée de plus de deux heures et décrit de manière authentique son plaisir à passer du temps avec des jeux d'échecs sur l'ordinateur qu'elle joue pendant une heure, la lecture et des marches en montagne durant toute une journée ou des rencontres avec ses enfants.

Malgré la description parfois dramatique d'un cortège de symptômes anxieux, elle continue également de mener une vie active en restant capable à surmonter régulièrement ses peurs, par exemple pour des déplacements en transports publics, des rencontres en ville de Lausanne ou de Sion ainsi que des voyages seule en Tunisie et en Inde. En parallèle, K._____ ne souffre pas d'idée de culpabilité ou de dévalorisation ni de perturbation du sommeil indépendant de ses douleurs corporelles. En l'absence d'élément objectivable en faveur d'une diminution de l'appétit chez une expertisée souffrant d'un surpoids depuis plusieurs années, les éléments objectivables de l'examen actuel ainsi que de l'anamnèse ne permettent ainsi pas de retenir des symptômes dépressifs dépassant le degré de sévérité d'un épisode léger à moyen, qui se présente dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent existant depuis 2003.

Ce trouble dépressif récurrent s'inscrit dans le contexte d'une structure de personnalité marquée par une labilité et hyperexpressivité émotionnelle s'accompagnant d'une tendance à l'égoïsme à l'origine d'une attitude de référence à soi-même. Face aux situations vécues comme des injustices, K._____ peut se montrer rancunière avec une fixation sur un rôle de victime. Malgré cette structure de personnalité, K._____ a été capable de s'intégrer avec succès dans la vie professionnelle en Suisse en travaillant pour différents employeurs pendant plusieurs années sur

des postes à responsabilité. En parallèle, elle fonde une famille et continue à mener une vie sociale active dans un cadre psychosocial avec des relations proches et stables. En dépit des éléments anamnétiques laissant penser à un trouble de la personnalité comme la description d'un abus sexuelle (sic) entre l'âge de 6 à 11 ans, d'une ambiance familiale conflictuelle ainsi que d'une menace de suicide à 16 ans, l'anamnèse de K._____ ne permet pas de retenir une perturbation de la constitution caractérologique suffisamment sévère voire extrême et persistante depuis l'adolescence ou l'âge de jeune adulte, comme demandées pour un tel diagnostic.

Puisque ses attitudes de référence à soi-même restent insuffisamment prononcées, son anamnèse ne permet pas de constater une tendance envahissante à interpréter des actions impartiales comme hostiles, ni de préoccupation par des explications sans fondement chez une expertisée qui continue à nouer des relations après sa crise en 2002. Au contraire, son licenciement semble s'expliquer par un réel conflit avec ses supérieurs de l'époque, suivi par l'impossibilité à retrouver un travail équivalent à cause de son casier juridique (sic). La tendance de K._____ à surévaluer sa propre importance est ainsi une manifestation de sa tendance à l'égoïsme correspondant à des traits de personnalité histrionique et émotionnellement labile. Plusieurs événements de sa vie témoignent ainsi d'une tendance à réagir avec impulsivité comme ses tentatives de suicide en 2003. En conséquence, nous avons retenu une accentuation des traits pathologiques de personnalité au lieu d'un trouble de la personnalité sans pression, diagnostic qui ne tient pas suffisamment compte de la claire tendance de K._____ à un fonctionnement histrionique et émotionnellement labile ni de son bon fonctionnement pendant des années.

Depuis sa crise fin 2002 début 2003 avec décompensation sur un mode dépressif initialement sévère, ses traits de personnalité histrionique et émotionnellement labile paraissent plus prononcés et montrent ainsi un certain épuisement des ressources d'adaptation de K._____ face aux conséquences de son licenciement, sa condamnation ainsi que le conflit avec son ex-mari infidèle. En parallèle, elle continue cependant à mener une vie sociale active marquée par des activités comme les voyages dans différents pays ainsi que des rencontres avec ses enfants et ses amis. Depuis sa dernière hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de [...], selon K._____ en 2004, elle continue ainsi à faire face aux exigences de la vie quotidienne en menant une vie indépendante, notamment depuis son déménagement en Valais en 2006, et passe volontiers son temps avec diverses activités. En conséquence, K._____ ne présente pas d'épuisement complet de ses ressources d'adaptation, mais l'échec de toutes reprises de travail depuis 2004 s'explique également par l'adoption d'un rôle de victime et d'invalidité maintenu par la fixation sur l'idée d'une compensation financière pour les injustices subies.

Dans ce contexte, K._____ met en avant la description dramatique et théâtrale de divers symptômes subjectifs qui restent pourtant incohérents avec des éléments objectivables de son anamnèse ainsi que de l'examen psychiatrique actuel. En faisant abstraction de

l'adoption d'un rôle de victime et d'invalidé qui correspond à une attitude sans valeur de maladie, les éléments objectivables de l'anamnèse de K. _____ ainsi que de l'examen psychiatrique actuel montrent la persistance de ressources personnelles compatibles avec la reprise d'une activité professionnelle à un taux de 50 % comme déjà préconisé en 2004. En même temps, l'anamnèse ne permet pas de constater la date d'une amélioration manifeste de l'état psychique chez une expertisée qui continue à souffrir d'une fragilité psychique due à l'association d'un trouble dépressif récurrent à une accentuation de traits pathologiques de personnalité.

Cependant, K. _____ pourrait bénéficier d'une adaptation de son traitement avec introduction d'un antidépresseur à un dosage efficace, par exemple du Ciprexal comme en 2004, accompagné d'un suivi psychothérapeutique régulier afin d'améliorer sa gestion des émotions et de stabiliser son humeur. Au vu des descriptions cliniques documentées dans les rapports de 2004, 2007 et 2010, nous ne pouvons en conséquence pas constater une aggravation ni une amélioration durable de l'état psychique de K. _____ qui paraît superposable à celui décrit par le Dr M. _____ en mai 2005. En tenant compte de la persistance d'une fragilité émotionnelle de K. _____ dans le cadre de son trouble dépressif récurrent compliqué par une accentuation des traits histrioniques et émotionnellement labile de personnalité, la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée déjà retenue en mai 2005 nous semble ainsi toujours justifiée. (...)

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, sans syndrome somatique (F33.10), existant depuis 2003.
- Accentuation des traits histrioniques et émotionnellement labile de personnalité (Z73.1), existant depuis au moins 2003.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail Depuis quand sont-ils présents ?

- Cervicalgies et cervico-brachialgies gauches dans un contexte de cervicarthrose modérée C5-C6.
- (...)

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Sur le plan rhumatologique

Pas de limitation dans l'activité sédentaire et qualifiée pour laquelle elle est formée.

Sur le plan psychique et mental

Dans le cadre de son trouble dépressif récurrent s'accompagnant d'une accentuation de traits histrioniques et émotionnellement labile de personnalité, K. _____ souffre d'une diminution de ses

ressources d'adaptation et d'une fragilité émotionnelle à l'origine d'une diminution de sa résistance au stress et de sa tolérance à la frustration.

Sur le plan social

Dans le cadre de son accentuation de traits histrioniques et émotionnellement labile de personnalité, K._____ montre également une sensibilité aux blessures narcissiques à l'origine d'une diminution d'affronter des conflits personnels sans rupture de la relation.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Sur le plan rhumatologique, pas d'incapacité de travail

Sur le plan psychique, la fragilité émotionnelle de K._____ entraîne une diminution de sa tolérance à la frustration ainsi que de sa résistance au stress à l'origine d'une fatigabilité accrue et des difficultés au plan relationnel, notamment des situations vécues par l'assurée comme des injustices.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Sur le plan rhumatologique, capacité de travail de 100%.

Sur le plan psychique, oui à 50 %.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Sur le plan rhumatologique, oui et ceci à plein temps.

Sur le plan psychique, oui à 50%.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui dans quelle mesure ?

Sur le plan rhumatologique, pas de diminution du rendement.

Sur le plan psychique, non pour une activité exercée à 50 %.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sur le plan rhumatologique, on peut retenir une incapacité de travail transitoire suite à la fracture du pied, et ceci au plus tard jusque mi-janvier 2012.

La récupération fonctionnelle totale peut être attendue dans l'espace d'une année après la fracture (puisque compliquée d'une algodystrophie de Südeck), soit fin juillet 2012, néanmoins l'assurée exerçant une profession sédentaire et qualifiée il me paraît tout à fait envisageable qu'elle l'exerce déjà à l'heure actuelle et ceci depuis mi-janvier 2012.

Sur le plan psychique, en février 2003, K._____ souffre d'une crise psychique nécessitant une hospitalisation à l'hôpital psychiatrique

de [...] justifiant ainsi une incapacité de travail complète en février 2003.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur le plan rhumatologique, déjà répondu au point 2.5.

Sur le plan psychique, dans son rapport du 19.05.2005, le Dr M._____ décrit une patiente moins symptomatique qui reste fragile sur le plan émotionnel, mais qui peut reprendre une activité professionnelle à 50 % à partir de juin 2005. Depuis, K._____ continue à souffrir d'une labilité émotionnelle n'ayant cependant plus entraîné de décompensation psychique. Elle fait ainsi preuve de ressource d'adaptation diminuée mais partiellement préservée en continuant à mener une vie indépendante et active malgré une présentation dramatique et théâtrale d'un cortège de symptômes subjectifs aux examens, En faisant abstraction de ces éléments subjectifs, les éléments objectivables de son anamnèse ainsi que de l'examen psychiatrique actuel correspondent à la persistance d'une capacité de travail de 50 % depuis le rapport du Dr M._____ en mai 2005.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel ?

Dans le cadre de l'accentuation des traits de personnalité histrioniques et émotionnellement labile, K._____ souffre de difficultés au plan interpersonnel avec notamment une diminution de sa tolérance à la frustration et une tendance à se sentir facilement blessée, notamment face aux situations vécues comme des injustices. Dans ce cadre, la reprise de travail dans une activité ne nécessitant pas de contacts interpersonnels soutenus mais offrant un cadre professionnel soutenant et valorisant serait souhaitable.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants

1. la possibilité de s'habituer à un rythme de travail

2. l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social

3. la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons ?

Théoriquement, la reprise d'un travail à 50 % dans une activité mettant en valeur les expériences et compétences de K._____ dans un cadre valorisant est exigible. En même temps, l'assurée s'est cependant installée dans un rôle de victime et d'invalidé en ayant adopté une attitude marquée par la fixation sur une compensation pour des injustices subies dans le passé à travers une rente entière. Malgré des ressources d'adaptation préservées, elle se montre ainsi actuellement peu encline à faire l'effort raisonnablement exigible afin de reprendre une activité

professionnelle adaptée à 50 % et le succès de toutes mesures de réinsertion semble ainsi peu probable.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

2.1 *Si oui par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)*

Sur le plan rhumatologique, pas d'indication.

Sur le plan psychique, le traitement médicamenteux de K._____ peut clairement être qualifié d'insuffisant au vu d'un traitement antidépresseur se limitant à 50 mg de Trittico par jour. K._____ pourrait ainsi bénéficier de l'introduction d'un traitement antidépresseur efficace, par exemple sous forme de Cipralex 10 mg par jour ayant été bien toléré en 2004 ainsi que d'un accompagnement psychothérapeutique régulier.

2.2 *A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?*

Sur le plan psychique, un tel traitement, pourrait permettre à K._____ une stabilisation au plan affectif et une meilleure gestion des émotions ainsi que le développement de stratégies plus fonctionnelles afin de faire face aux situations conflictuelles potentielles. Théoriquement, ces démarches pourraient ainsi permettre à K._____ une reconstruction progressive de ses ressources d'adaptation avec une amélioration de sa tolérance au stress et à la frustration dans le but d'une augmentation progressive de son taux de travail.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré(e) ?

Sur le plan rhumatologique, pas d'indication.

3.1 *Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ?*

Sur le plan psychique, K._____ pourrait bénéficier d'une reprise de travail dans une activité mettant en valeur ses compétences dans un cadre valorisant lui permettant d'influencer activement sa charge de travail en fonction de sa labilité émotionnelle.

3.2 *Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour) ?*

Sur le plan psychique, à 50 %.

3.3 *Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?*

Sur le plan psychique non pour une activité exercée à 50 %. (...)"

Le 25 juin 2012, le Dr V._____, médecin au Service médical régional AI Suisse romande (ci-après : SMR), a établi un rapport médical ayant notamment la teneur suivante :

Nous avons organisé une expertise rhumato-psychiatrique Cemed qui se déroule le 09.02.12 après le rdv manqué du 08.12.11 Elle détermine comme diagnostics : *1/ ayant une répercussion sur la CT* un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, sans syndrome somatique (F33.10), existant depuis 03 ; accentuation de traits histrioniques et émotionnellement labiles de la personnalité (Z73 1) depuis 03 , *2/ sans répercussion sur la CT* : lombalgies basses communes, cervico-brachialgies G dans un contexte de cervicarthrose modérée C5-C6.

En raison des constatations psychiatriques, et plus particulièrement d'une fragilité psychique due à l'association d'un trouble dépressif récurrent et à l'accentuation de traits pathologiques de la personnalité (histrioniques et émotionnellement labiles), la CT exigible est estimée à 50% comme déjà constatée en 05 (hormis la période transitoire de la fracture du pied de juil. 10 au 15.01.12). L'expert psychiatre ne constate ni amélioration, ni aggravation durable de l'état psychique. L'état est superposable à celui décrit en mai 05. Il conseille une adaptation de traitement accompagnée d'une psychothérapie Dans son activité de secrétariat (activité sédentaire), *les LF sont les suivantes rhumatologiques* : aucune ; *psychiques* baisse des ressources d'adaptation, des résistances au stress, tolérance à la frustration, fragilité émotionnelle.

Nous suivons ces avis cet examen revêt une pleine valeur probante, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, basée sur les critères de la CIM-10, elle se fonde sur des examens complets, prenant en considération les plaintes exprimées. L'expert établit ses conclusions après avoir pris une pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical est claire et les conclusions de l'expert sont bien motivées (cf p15 à 18).

Au total, nous suivons les avis des experts Cemed qui sont jugés convaincants au regard des atteintes décrites et du métier qu'exerçait l'assurée. Révision à 2 ans sous conditions de suivi et de traitement permettant d'espérer une amélioration. (...)"

Dans un avis médical du 27 mars 2013, ce praticien a rectifié son précédent avis qui contenait une erreur en ce sens que la capacité de travail de l'assurée était de 50 %, sous réserve d'une période transitoire allant du mois de juillet 2011 (et non pas 2010) jusqu'au 15 janvier 2012 à la suite à la fracture de trois métatarsiens du pied gauche.

Par courrier du 9 avril 2013, l'OAI a informé la recourante d'un projet de décision ayant pour objet d'élargir temporairement son droit à la

rente par l'octroi d'une rente entière du 1^{er} juillet 2011 au 30 avril 2012 (soit trois mois après l'amélioration du 15 janvier 2012), seul le droit à une demi-rente demeurant ouvert à compter du 1^{er} mai 2012.

Par lettre du 23 avril 2013, l'assurée a contesté ce projet de décision et soulevé diverses critiques à l'encontre de l'expertise.

Le 9 juin 2013, elle a transmis à l'OAI un rapport de sortie établi le 3 juin 2013 par les Drs T._____ et I._____, respectivement médecin-chef et médecin-assistant à l'hôpital universitaire de Bâle. Il ressort de ce rapport que l'assurée a été hospitalisée du 27 mai au 5 juin 2013 et qu'elle a en particulier subi une arthrodèse du Lisfranc du pied gauche le 28 mai 2013.

Le Dr V._____ a rendu un nouvel avis médical le 17 juin 2013 ayant notamment la teneur suivante :

"(...) Nous recevons un courrier du 09.06.13 de l'Universitätspital de [...] : l'assurée est à nouveau opérée de son pied G pour une arthrodèse du Lisfra le 28.05.13. Une rééducation est prévue pendant 6 semaines à l'issue en p2. L'IT est totale pour des raisons somatiques depuis le 28.05.13. L'aggravation est transitoire. Une consolidation est normalement prévue dans ce type d'intervention. La situation est non stabilisée.
Au total, merci de nous faire parvenir les rapports intermédiaires à 3 mois de l'Universitätspital de [...] en leur demandant de bien préciser l'état de santé, la CT exigible, ainsi que les LF

Nous reverrons le dossier ultérieurement dès que nous disposerons des éléments demandés. (...)"

Par lettre du 20 juin 2013, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il poursuivait l'instruction de son cas et que le médecin qui la suivait serait réinterrogé dans le courant du mois de septembre 2013. Un nouveau projet de décision serait alors rendu tenant compte de l'aggravation de son état de santé. L'OAI a demandé à l'assurée de lui communiquer tout changement de médecin traitant ou d'établissement autre que l'Universitätspital de [...]. Il a finalement précisé que la décision chiffrée relative à la rente entière temporaire octroyée pour la période du 1^{er} juillet

2011 au 30 avril 2012, selon son projet de décision du 9 avril 2013, lui parviendrait prochainement.

Le 8 juillet 2013, l'assurée a déposé un recours pour déni de justice auprès de la Cour de céans.

Par lettre du 12 juillet 2013, elle a confirmé à l'OAI que le service orthopédique de l'hôpital universitaire de [...] continuerait le suivi de son pied opéré par le Professeur T. _____ et qu'elle ne manquerait pas de l'informer de tout changement.

Le 25 juillet 2013, l'OAI a rendu une décision confirmant la teneur de son projet du 9 avril 2013, dans les termes suivants :

"(...) Résultat de nos constatations :

Suite à l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances du 16 juin 2011 qui annulait notre décision du 7 janvier 2010, nous avons complété l'instruction de votre dossier et présentons le présent projet de décision.

Il ressort du complément d'instruction effectué que votre capacité de travail exigible dans toute activité est toujours de 50% hormis la période transitoire de la fracture du pied que vous avez subie en juillet 2011. Il n'a été constaté ni amélioration ni aggravation durable de l'état psychique. L'état de santé est superposable à celui décrit en 2005.

La période transitoire durant lequel votre incapacité de travail et de gain est totale s'étend de juillet 2011 au 15 janvier 2012, date de l'amélioration.

Le degré d'invalidité est donc de 100% pour une période limitée de juillet 2011 à avril 2012 soit 3 mois après l'amélioration.

Dès le 1^{er} mai 2012, l'incapacité de travail et de gain étant de 50%, le degré d'invalidité est de 50% comme avant votre accident.

Notre décision est par conséquent la suivante :

- Du 1^{er} juillet 2011 au 30 avril 2012 (3 mois après amélioration du 15 janvier 2012 selon l'art. 88 al. 1 RAI) 2011 (sic) le droit à une rente entière est ouvert (degré d'invalidité 100%).
- Dès le 1^{er} mai 2012 retour à une demi-rente tel qu'auparavant (degré d'invalidité de 50%).

(...)"

Statuant par décision du 21 août 2013 sur le recours de l'assurée pour déni de justice, la juge unique de la Cour des assurances sociales a rayé la cause du rôle par suite de retrait du recours.

C. Par acte du 20 août 2013, K._____ (ci-après : la recourante) a recouru contre la décision de l'OAI du 25 juillet 2013, concluant implicitement à l'octroi d'une rente entière sans limitation de temps. Elle soutient en substance que son état de santé ne s'est pas maintenu mais péjoré, la fracture de son pied ayant entraîné une dégradation de son état physique (aggravation des céphalées et des douleurs dorsales; pertes d'équilibre) et nécessité une troisième intervention chirurgicale sur son pied gauche réalisée le 28 mai 2013 par le Prof. T._____. Elle émet diverses critiques contre l'expertise du CEMed du 9 février 2012, relevant que les examens psychiatrique et rhumatologique n'ont duré qu'une heure par matière et que le rapport d'expertise n'a été finalisé que le 18 mai 2012. Selon elle, il est illusoire de croire que les médecins rémunérés par l'OAI aient d'autres missions que de défendre les intérêts de leurs mandants, ce dont attesteraient les "omissions, interprétations et erreurs" contenues dans le rapport d'expertise. Les conclusions de l'expert rhumatologue seraient par ailleurs infirmées par celles du Prof. T._____. La recourante conteste également les constatations ressortant du volet psychiatrique de l'expertise, soutenant que le rapport d'expertise minimise les efforts "colossaux" qu'elle doit accomplir dans sa vie quotidienne en exposant qu'elle mènerait une vie indépendante. Il ne tiendrait en outre pas compte du fait que les voyages qu'elle a effectués avaient un but médical. Alléguant que divers médecins ont conclu à ce qu'elle souffrait d'une incapacité de travail totale (Dr M._____ par rapport médical du 5 octobre 2006, dont les conclusions seraient confirmées par une expertise rendue par la Dresse N._____ en 2007; Dr P._____ par rapports médicaux des 30 mars 2009 et 25 février 2010), elle demande que leurs conclusions soient prises en compte. La recourante a produit diverses pièces relatives à l'instruction et à la notification de la décision litigieuse.

Répondant le 25 octobre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a en particulier soutenu avoir tenu compte des avis des Drs M._____, N._____ et P._____. Selon lui, la recourante n'a par ailleurs soulevé aucun argument remettant en cause la valeur probante de l'expertise qui avait été conduite. L'OAI a produit son dossier.

Dans sa réplique du 17 novembre 2013, la recourante a implicitement maintenu ses conclusions. Elle a critiqué une nouvelle fois les constatations et conclusions du CEMed et allégué que son pied gauche n'était pas complètement rétabli. Elle a requis l'audition de trois témoins et produit un CD-ROM contenant une documentation médicale établie par l'hôpital universitaire de [...], notamment un rapport du 30 août 2013.

Par duplique du 16 décembre 2013, l'OAI a intégralement maintenu sa position. Il a exposé avoir soumis les documents médicaux relatifs au pied de la recourante aux Drs V._____ et H._____, du SMR, qui ont rendu le 28 novembre 2013 un avis médical ayant notamment la teneur suivante :

"(...) Acte II : nous recevons un courrier du 09.06.13 de l'Universitätspsital de [...]: l'assurée est à nouveau opérée de son pied G pour une arthrodèse du Lisfranc le 28.05.13. Une rééducation est prévue pendant 5 semaines à l'issue en p2. L'IT est totale pour des raisons somatiques depuis le 28.05.13. L'aggravation est transitoire. Une consolidation est normalement prévue dans ce type d'intervention. La situation est non stabilisée. Notre avis SMR du 17.06.13 demandait les rapports à 3 mois de *l'Universitätspsital de [...]* en leur demandant de bien préciser l'état de santé, la CT exigible ainsi que les LF.

L'assurée communique le 12.07.13 que l'Hop. de [...] continuera le suivi du pied G opéré par le Prof. T._____. Elle prétend dans son courrier au juge du 08.07.13 que l'expertise Cemed ne serait pas impartiale, et que nous procédons par saucissonnage : nous rappelons que l'expertise intervenait essentiellement en 1^{ère} intention pour des raisons psychiques, et que l'assurée a été opérée dans un second temps le 28.05.13, et que nous devons statuer maintenant sur les CT rhumatologiques. Elle prétend que les conclusions de l'expertise sont battues en brèche par le Prof. T._____, alors que nous n'avons aucun écrit à ce sujet. Finalement, le jugement du 21.08.13 annonce un retrait du recours (cf. aussi note du 03.09.13). Puis, un nouvel acte de recours, assez vindicatif en accord avec La pathologie Z73.1 (cf. ci-dessus), intervient le 27.09.13 pour des raisons uniquement psychiques. Nous constatons cependant que la décision du 27.07.13 relative à

une augmentation temporaire de la rente était conforme à nos avis SMR antérieurs, et à l'avantage de l'assurée. Il reste l'évolution du pied G opéré en mai 2013 à traduire en termes de CT. Un RM de la policlinique de l'Universitätspital de [...] (cf. GED n°169 du 30.09.13), corrobore l'ostéosynthèse antérieure, et une IT de 100% du 28.05 au 30.08.13, soit 3 mois, ce que nous ne contestons pas. Il précise aussi que d'un point de vue médical, l'activité est encore exigible (cf. 1.7). Il prévoit un simple contrôle en déc. 13 et l'Ablation du Matériel d'Ostéosynthèse au printemps ou l'été 2014. Tout cela est finalement très rassurant ; nous considérons donc la situation comme stabilisée, et nous nous retrouvons avec une CT exigible de 50% pour des raisons psychiatriques, hors la période d'IT totale du 28.05 au 30.08.13. Pour le CD censé contenir des « radiographies et autres examens », vous demandez d'en prendre connaissance et de nous faire part de notre appréciation sur l'évolution de la situation. Nous répondons que ces radios sont tout à fait rassurantes concernant l'arthrodèse du Lisfranc réalisée à [...] et sont concordantes avec l'évolution positive, telle que décrite dans le RM de l'Universitätspital. Nous n'avons pas d'argument pour dire que la consolidation ne se passe pas bien. Nous pouvons considérer que les 50% pour raisons psychiques sont compatibles avec son métier de secrétaire, c'est-à-dire une activité déjà adaptée, sédentaire et semi-sédentaire, en position demie-assise comme spécifie au 1. 7 du RM l'Universitätspital : « d'un point de vue médical, l'activité est encore exigible » (...)"

L'OAI s'est rallié aux conclusions de ce rapport médical, soulignant que les médecins traitants du service d'orthopédie de l'hôpital universitaire de [...] avaient confirmé que la capacité de travail de la recourante - du point de vue de son affection au pied - était à nouveau totale dès le 1^{er} septembre 2013.

La recourante s'est déterminée le 8 janvier 2014, maintenant ses conclusions. Elle a allégué que le SMR n'était pas un service indépendant de l'OAI. Concernant l'expertise du CEMed, elle estime en substance que les experts n'ont pas cherché à préciser ni à cerner les troubles de la personnalité. Elle a requis la levée du secret médical et la production de l'intégralité des enregistrements de l'expertise.

L'OAI a produit deux rapports médicaux établis les 31 juillet et 4 septembre 2013 par l'Hôpital universitaire de [...], qui ont été reçus le 19 mars 2014. Il en ressort, en substance, que la recourante a été en incapacité de travail du 28 mai au 30 août 2013, que son activité professionnelle habituelle est exigible et que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse est prévue pour le printemps ou l'été 2014.

Se déterminant le 31 mars 2014, la recourante a exposé avoir constaté une nette amélioration de l'état de son pied, des douleurs persistaient dans toutes les articulations de son côté gauche, savoir de la cheville au poignet. Elle a en revanche allégué souffrir désormais d'un grave problème aux yeux, une inflammation de la macula empêchant presque toute vue de son oeil droit sans qu'on puisse lui faire de lunettes, les valeurs de l'astigmatisme variant continuellement. Elle a précisé être dans l'attente d'un rendez-vous auprès de l'Hôpital ophtalmique de [...], alléguant souffrir de maux de tête consécutifs à ce problème et éprouver des difficultés à lire ou rester cinq minutes devant un écran d'ordinateur. Elle a produit un rapport médical rendu le 25 mars 2014 par le Dr R._____, ophtalmologue, qui a en particulier posé le diagnostic d'une "Myopie, astigmatisme, statua après Lasik (0010G), à exclure: Kératectasie (OD), CNV myopique (00)".

Dans sa détermination du 24 avril 2014, l'OAI a relevé que l'affection oculaire invoquée par la recourante constituait le premier épisode du genre. Selon lui, ce problèmes n'étaient pas d'actualité lorsque l'expertise a été conduite en 2012, la recourante ayant alors fait état de parties d'échecs sur ordinateur d'une durée d'environ une heure et du visionnage de films. L'OAI relève en outre que le Dr R._____ a constaté une acuité visuelle correcte après correction et qu'aucune affection incapacitante n'est établie.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959; RS 831.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). La

compétence pour connaître des recours dans le domaine des assurances sociales échoit à une instance cantonale unique (art. 57 LPGA), le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours étant compétent (art. 58 al. 1 LPGA). Le moment pertinent est celui de l'enregistrement de la demande (art. 40 al. 3 RAI [règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RS 831.201]). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions de la partie recourante (cf. en particulier art. 61 al. 1 let. f LPGA).

b) Dans le cas d'espèce, le recours a été formé le 20 août 2013, moins de trente jours après le prononcé de la décision litigieuse du 25 juillet 2013, soit en temps utile. Il respecte par ailleurs les formalités prévues par la loi, de sorte qu'il est recevable.

2. La recourante ne conteste pas l'octroi d'une rente complète pour la période du 1^{er} juillet 2011 au 30 avril 2012, mais s'oppose à ce que ce droit soit par la suite ramené à une demi-rente, à l'instar de celle dont elle bénéficie depuis le 1^{er} septembre 2005. Est ainsi litigieux le droit de la recourante à recevoir, pour la période ultérieure au 30 avril 2012, une rente entière au lieu d'une demi-rente.

3. a) L'invalidité consiste en 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 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 a les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Par ailleurs, l'incapacité de travail comprend 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 celle perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6 LPGA).

En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité exigible de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si 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, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 (art. 16 LPGA).

b) 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Les principes d'une telle révision sont également applicables lorsque une décision de l'assurance-invalidité accorde une rente avec effet rétroactif mais prévoit en même temps l'augmentation, la suppression ou la réduction de cette rente (ATF 131 V 164 c. 2.2; TF 9C_600/2013 du 18 mars 2014 c. 6.1).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision; 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 133 V 545 c. 6.1; ATF 130 V 343 c. 3.5; ATF 113 V 273 c. la; cf. ég. ATF 112 V 371 c. 2b; ATF 112 V 387 c. lb). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003, c. 2.2 *in fine* et réf. cit.). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 c. 6.2 à 7). La survenance d'un changement important s'apprécie à l'aune de la situation prévalant lors de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente comprenant la constatation des faits pertinents, l'appréciation des preuves et la comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V108 c. 5; ATF 130 V 343 c. 3.5.2; ATF 125 V 368 c. 2 et réf. cit.; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 c. 2.1 et réf. cit.).

4. Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 c. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que 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 (ATF 125 V 351 c. 3a; pour le tout TF 9C_398/2014 du 27 août 2014).

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 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a et réf. cit.; TF 9C_899/2013 du 24 février 2014 c. 3.2). Le juge doit en outre avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 c. 3b/cc et réf. cit.; TF 4A_172/2013 du 1^{er} octobre 2013 c. 3.3 et réf. cit.). S'agissant des rapports rendus par les médecins sur mandat des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 c. 3b/ee et réf. cit.).

Par ailleurs, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Il faut au contraire établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage (TF 9C_573/2009 du 16 décembre 2009 c. 2.3).

5. a) Dans le cas d'espèce, la recourante met en cause l'indépendance des médecins du CEMed en raison des liens de cette institution avec l'OAI.

L'art. 72^{bis} al. 1 RAI, en vigueur depuis le 1^{er} mars 2012 prévoit la création de centres d'expertises médicales liés à l'Office fédéral de la santé publique (OFAS) par contrat, auxquels les expertises peuvent – et dans certains cas non réalisés en l'espèce doivent (al. 2) – être confiées. Le CEMed est l'un des cinq centres d'expertises de Suisse romande ayant conclu un tel contrat (pour la liste complète cf. le site Internet de la

plateforme d'attribution des mandats d'expertise par les OAI cantonaux et l'OFAS, www.suissemedap.ch). Dans l'ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a procédé à l'examen détaillé des garanties d'indépendance de ces centres, considérant en particulier que leurs liens avec l'administration n'étaient pas pertinents, seul l'expert-médecin - et non le centre d'expertise qui l'emploie - pouvant faire preuve de partialité (c. 1.3 et en particulier 1.3.3).

En l'occurrence, la recourante n'explique pas en quoi les experts-médecins X._____ et S._____ auraient agi de manière partielle à son égard et aucune pièce du dossier ne plaide dans ce sens. Dans son mémoire de recours, elle leur reproche certes une certaine froideur ("sous le regard glacial de l'expert"), sans toutefois que cela suffise à démontrer leur partialité. Ses arguments relatifs aux liens entre le CEMed et l'OAI étant au surplus sans pertinence, c'est en vain qu'elle se plaint d'un manque d'indépendance.

b) La recourante se plaint en outre du temps consacré par les experts à son examen clinique, soutenant que la faible durée de ces séances (soit à chaque fois une heure) ôterait tout crédit aux conclusions de l'expertise.

La durée de l'examen, qui n'est pas un critère de la valeur probante d'un rapport médical, ne saurait remettre en question la valeur du travail d'un expert, dont le rôle consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé de l'assuré dans un délai relativement bref (TF 9C_386/2010 du 15 novembre 2010 c. 3.2 et les arrêts cités).

Il s'ensuit que la recourante ne peut rien tirer de la durée des examens pratiqués durant l'expertise.

c) La recourante soutient par ailleurs que le rapport d'expertise comprendrait des omissions, notamment s'agissant des constatations et conclusions médicales antérieures des Drs P._____, M._____ et N._____.

On relèvera d'abord que c'est précisément en raison de rapports médicaux divergents, incomplets et insuffisamment documentés que la Cour, dans son arrêt du 16 juin 2011, a renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il ordonne une expertise. Celle-ci avait ainsi pour but d'établir une synthèse des troubles psychiques et somatiques de la recourante afin de permettre une appréciation globale de son état de santé et de l'incidence de ce dernier sur sa capacité de travail. Dans sa partie consacrée à l'analyse du dossier, le rapport d'expertise expose et discute notamment l'avis des praticiens précités, sur lequel les experts ont pris position.

Le rapport d'expertise échappe ainsi à la critique de la recourante sur ce point également.

6. Les conditions de la rente de la recourante ont été examinées pour la dernière fois par l'OAI dans sa décision du 14 mars 2006. Dans ce cadre, il s'est fondé sur les rapports médicaux du Dr M. _____ des 8 avril 2004 et 19 mai 2005, où ce médecin avait posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique et prononcé une incapacité de travail totale dès le 25 février 2003. Le 19 mai 2005, le Dr M. _____ a constaté que l'évolution clinique était stationnaire depuis le mois de mars 2004, l'état de la recourante étant "moins symptomatique" mais "fragile sur le plan émotionnel" et qu'une reprise de travail pouvait être envisagée dès le mois de juin à 50 %, avec une réévaluation pour une reprise à 100 % après trois mois. A ce moment, une symptomatologie anxieuse et dépressive empêchait une reprise du travail à 100 %, sans qu'il existe au plan psychiatrique des limitations fonctionnelles.

b) Pour rendre la décision litigieuse du 25 juillet 2012, l'OAI s'est fondé sur le plan psychiatrique développé dans l'expertise du Dr X. _____ du 9 février 2013.

L'expert a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, sans syndrome somatique et d'accentuation

des traits histrioniques et émotionnellement labile de personnalité. Il explique qu'en dépit des éléments anamnestiques laissant penser à un trouble de la personnalité comme la description d'un abus sexuel entre l'âge de six et onze ans, d'une ambiance familiale conflictuelle ainsi que d'une menace de suicide à seize ans, l'anamnèse de la recourante ne permettait pas de retenir une perturbation de la constitution caractérologique suffisamment sévère voire extrême et persistante depuis l'adolescence ou l'âge de jeune adulte, comme demandées pour un tel diagnostic. Selon l'expert, ce diagnostic ne tient en outre pas suffisamment compte de la claire tendance de la recourante à un fonctionnement histrionique et émotionnellement labile, ni de son bon fonctionnement pendant plusieurs années. Il ajoute que son anamnèse ne permet pas de constater une tendance envahissante à interpréter des actions impartiales comme hostiles, ni de préoccupation par des explications sans fondement chez une expertisée qui continue à nouer des relations après une crise survenue en 2002 et qu'au contraire, son licenciement s'expliquait par un réel conflit avec ses supérieurs de l'époque, suivi par l'impossibilité à retrouver un travail équivalent à cause de son casier judiciaire.

La Dresse N._____ a posé chez la recourante un diagnostic de trouble de la personnalité dans un rapport d'expertise rendu 19 novembre 2007. Elle n'y explique toutefois pas les motifs justifiant ce diagnostic, indiquant uniquement que la recourante "présentait très probablement un trouble de personnalité antérieur (à 2003) qu'il est difficile aujourd'hui de préciser" et que ce trouble la rend "très vulnérable lorsqu'elle est confrontée à ce qu'on appelle couramment l'adversité". Ces constatations, au demeurant très générales, sont lacunaires et ne sont confirmées par aucun autre avis médical, de sorte que l'on ne peut pas retenir ce diagnostic. La Dresse N._____ a au demeurant considéré que le trouble dépressif récurrent était à lui seul incapacitant à 50 %, mais sans objectiver l'incapacité de travail à 100 % résultant de la co-existence de ce trouble avec le trouble de la personnalité antérieur.

L'expert X._____ a d'ailleurs posé le diagnostic - convaincant - d'accentuation des traits histrioniques et émotionnellement labile de personnalité, vu la tendance de la recourante à surévaluer sa propre importance ce qui est une manifestation de sa tendance à l'égoïsme. Il a constaté plusieurs événements de la vie de la recourante témoignant d'une tendance à réagir avec impulsivité.

Tous les médecins ayant examiné la recourante ont en outre identifié un épisode dépressif récurrent, qu'ils ont qualifié d'épisode dépressif moyen sauf l'expert X._____, qui a retenu un épisode léger à moyen. Il a expliqué à cet égard que depuis sa dernière hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de [...] en 2004, la recourante continuait à faire face aux exigences de la vie quotidienne en menant une vie indépendante, notamment depuis son déménagement en Valais en 2006, et qu'elle passait volontiers son temps avec diverses activités. Il résulte en effet notamment de l'anamnèse que la recourante tient seule son ménage, va faire ses courses et a de bons contacts réguliers avec ses enfants. Elle regarde des vidéos et se déplace régulièrement. L'expert a considéré qu'elle ne présentait ainsi pas d'épuisement complet de ses ressources d'adaptation. Quant à l'échec de toutes reprises de travail depuis 2004, il l'a également expliqué par l'adoption d'un rôle de victime et d'invalidité maintenu par la fixation sur l'idée d'une compensation financière pour les injustices subies.

En faisant abstraction de l'adoption d'un rôle de victime et d'invalidité qui correspond à une attitude sans valeur de maladie, les éléments objectivables de l'anamnèse de la recourante ainsi que de l'examen psychiatrique actuel montrent selon l'expert la persistance de ressources personnelles compatibles avec la reprise d'une activité professionnelle à un taux de 50 % comme déjà préconisé en 2004. En revanche l'anamnèse ne permet pas de constater la date d'une amélioration manifeste de l'état psychique.

Cette conclusion n'est pas mise en doute par d'autres rapports médicaux, en particulier par les Drs L._____ et [...], qui n'ont pas

documenté leur appréciation. Il en va de même du Dr P._____. L'avis de la Dresse N._____, vu le diagnostic non retenu d'un trouble de la personnalité, ne permet pas non plus de s'écarter de l'expertise.

Aucune aggravation de l'état de santé psychique de la recourante n'est ainsi établie.

c) aa) Sur le plan somatique, l'experte S._____ a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies et cervico-brachialgies gauches dans un contexte de cervicarthrose modérée C5-C6. Elle a constaté que l'examen clinique ne montrait pas de restriction de la mobilité de la colonne cervicale et que le status neurologique des membres supérieurs était normal. La radiographie de la colonne cervicale montrait uniquement une discrète discarthrose en C5-C6. L'experte en a conclu qu'aucun élément ne permettait de retenir une atteinte radiculaire vraie, mais qu'il s'agissait plutôt de douleurs irradiées sur des troubles dégénératifs modérés selon la radiographie et ne se traduisant pas cliniquement par une restriction de mobilité.

bb) Les lombalgies constatées chez la recourante ne constituent pas non plus un motif d'incapacité de travail, l'experte ayant uniquement constaté une discrète restriction de la mobilité mais pas de signe de souffrance radiculaire des membres inférieurs, et le bilan radiologique ne montrant qu'un discret pincement discal L5-S1 postérieur.

cc) S'agissant du pied gauche de la recourante, l'experte a noté une restriction de mobilité des articulations métatarso-phalangiennes 1 à 3 avec douleurs à la mobilisation, le bilan radiologique ressenti montrant une bonne consolidation. Elle a indiqué en outre qu'une vis dans le 2^e rayon dépassait légèrement en direction du 1^{er} rayon ce qui pouvait entraîner une gêne, mais qu'il était prévu d'ôter le plus rapidement possible cette vis à distance de l'algodystrophie. Elle a retenu que la problématique de la fracture et de l'algodystrophie constituait un problème passager devant se résoudre spontanément en douze mois au plus. L'experte a retenu que la recourante était au bénéfice d'une

formation universitaire supérieure, et qu'elle était donc tout à fait à même d'exercer un métier sédentaire en position assise à un bureau ou d'effectuer de petits déplacements à l'intérieur d'un local. L'experte en a déduit qu'il était tout à fait envisageable que la recourante exerce un tel métier déjà au moment de l'expertise et ceci depuis la moitié du mois de janvier 2012.

La recourante a certes subi une arthroscopie le 28 mai 2013. Toutefois, cette intervention n'a entraîné qu'une incapacité de travail passagère selon les médecins de l'Hôpital universitaire de [...] qui mentionnent uniquement une telle incapacité de travail du 28 mai au 30 août 2013. Ces médecins ne mentionnent en particulier aucune incapacité de travail entre l'examen de la recourante par les experts en février 2012 et l'intervention du 28 mai 2013.

d) Par conséquent, il faut admettre que l'état de santé de la recourante, resté stable sur le plan psychiatrique, s'est aggravé sur le plan somatique pendant une courte période entre le mois de juillet 2011 et la moitié du mois de janvier 2012.

Le rapport d'expertise, qui comprend une anamnèse, fait état des plaintes de la recourante et procède d'un examen approfondi de son cas, est au surplus exempt de contradictions et présente des conclusions claires et convaincantes, qui ne sont mises en doute par aucun autre rapport médical. L'expertise est par conséquent pleinement probante.

e) S'agissant enfin des problèmes oculaires dont la recourante a fait état dans le cadre de la présente procédure, il y a lieu de relever ce qui suit.

aa) Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être

déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 c. 2.1; ATF 125 V 413 c. 1a; TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 c. 3.1). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question excédant l'objet de la contestation, pour autant que celle-ci remplisse certaines conditions (ATF 130 V 501 c. 1.2; ATF 122 V 34 c. 2a et réf. cit.). Il faut ainsi que cette question soit en état d'être jugée, qu'elle soit si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on puisse parler d'un état de fait commun, que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins, qu'elle n'ait fait l'objet d'aucune décision entrée en force et que les droits procéduraux des parties soient respectés (pour le tout cf. TF 195/2013 précité c. 3.1 et réf. cit.).

A défaut, les faits invoqués ayant une incidence sur la situation de l'assuré doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative.

bb) En l'occurrence, les troubles oculaires dont la recourante se plaint ne peuvent faire l'objet d'un examen dans la présente procédure, faute de lien avec ceux constatés par l'autorité précédente.

En effet, comme le relève l'intimé, que la recourante n'a mentionné aucune difficultés d'utilisation d'un écran après cinq minutes lors de l'expertise conduite le 9 février en 2012. Au contraire, elle a fait état de parties d'échecs d'environ une heure sur un ordinateur et du visionnage de films. Il n'est dès lors pas établi que la recourante ait souffert d'un trouble oculaire avant que la décision attaquée du 25 juillet 2013 ait été rendue.

Cet élément sort dès lors de l'objet de la contestation et ne peut pas faire l'objet d'un examen par la Cour de céans.

Au demeurant, même dans l'hypothèse inverse, le rapport médical du Dr R. _____ du 25 mars 2014 ne fait état d'aucune affection

incapacitante, de sorte qu'il ne permet pas de retenir une aggravation de l'état de santé de la recourante affectant son degré d'invalidité.

7. Vu le sort des griefs soulevés par la recourante contre l'expertise, ses réquisitions de preuve doivent être intégralement rejetées, la Cour disposant de tous les éléments utiles pour décider du sort de la cause. L'avis médical du Dr P. _____ ressort ainsi clairement des pièces au dossier. Celui du Dr U. _____ n'est quant à lui pas apte à modifier l'appréciation de la Cour, l'entier des affections de la recourante (y compris au pied gauche et aux yeux) étant déjà suffisamment documenté sur le plan médical. Enfin, le témoignage de l'amie de la recourante Z. _____, qui ne porte pas sur des constatations médicales, n'est pas utile pour déterminer l'état de santé de la recourante et les répercussions sur sa capacité de gain.

8. En définitive, c'est à bon droit que l'OAI, qui avait octroyé une rente entière à la recourante pour la période du 1^{er} juillet 2011 au 30 avril 2012, a réduit celle-ci à concurrence d'une demi-rente à compter du 1^{er} mai 2012.

Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée du 25 juillet 2013 confirmée.

9. a) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, dont le montant est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et devant se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

Les frais, arrêtés à 400 fr., sont ainsi mis à la charge de la recourante.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourant ayant agi seule et n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours de K. _____ du 20 août 2013 est rejeté.
- II.** La décision attaquée, rendue le 25 juillet 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument de justice, arrêté à 400 fr. (quatre cent francs suisses), est mis à la charge de K. _____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- K. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :