

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 septembre 2011

Présidence de M. NEU

Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard

Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre :

M. _____, à Yverdon-les-Bains, recourante,

et

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

Art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. M. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1948, mariée et mère de 4 enfants aujourd'hui majeurs, est au bénéfice d'un quart de rente de l'assurance-invalidité depuis le 25 septembre 2003, fondé sur un degré d'invalidité de 42.5%.

La décision initiale d'octroi de cette rente rendue le 8 mai 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) retenait en substance qu'en raison d'une atteinte à la santé physique, l'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle de nettoyeuse, mais disposait d'une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée.

L'OAI se fondait sur le rapport d'expertise du 31 janvier 2005 du Dr R. _____, rhumatologue, qui avait diagnostiqué une gonarthrose bilatérale bi-compartmentale de stade Kellgren III, des lombalgies basses chroniques communes, des discopathies lombaires modérées en L1-L2, L2-L3 et L5-S1, une spondylose lombaire et hyper cyphose dorsale, un syndrome métabolique avec diabète de type II non-insulino requérant, une hypertension artérielle, ainsi qu'une hyperlipidémie et une obésité. Ce spécialiste estimait la capacité de travail à 70% dans une activité permettant le changement de positions, sans port de charges en porte-à-faux avec le rachis lombaire, ne nécessitant pas de marcher sur une distance dépassant un kilomètre, évitant la position debout statique pendant une durée prolongée, et ne nécessitant pas d'accroupissements ou d'agenouillements.

Sur le plan psychiatrique, l'OAI avait également mis en œuvre une expertise, confiée au Dr Q. _____. Ce psychiatre avait posé le diagnostic de dysthymie (F 34.1 selon la CIM 10), mais ne s'était pas prononcé clairement sur les conséquences de cette atteinte sur la capacité de travail, évoquant tout au plus un pronostic réservé en raison de la difficulté de l'intéressée à s'adapter à un environnement

professionnel différent (cf. rapport d'expertise du Dr Q._____ du 12 novembre 2005). Le Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR), auquel ce rapport d'expertise avait été soumis, avait estimé que cette atteinte n'était pas invalidante au motif que le diagnostic de dysthymie correspondait, selon la définition de la CIM-10, à une «atteinte comportant au moins deux années de dépression constante ou constamment récurrente dont les épisodes ne sont pas d'une sévérité ou d'une durée suffisante pour répondre aux critères d'un trouble dépressif récurrent léger» (cf. avis médical du SMR du 29 novembre 2005). L'OAI s'était rallié à l'appréciation du SMR.

Saisi d'un recours contre la décision du 8 mai 2007, le Tribunal des assurances du canton de Vaud avait confirmé cette décision par arrêt du 28 décembre 2007 (AI 227/07- 4/2008).

B. Le 25 février 2008, l'assurée a fait état d'une aggravation de son état de santé, et a transmis à l'OAI un rapport médical du 12 février 2008 du Dr X._____, rhumatologue, qui constatait une nette aggravation de la gonarthrose depuis 2005. Ce médecin attestait une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée de 30%.

Le rapport précité a été soumis au SMR, qui a cependant estimé que le tableau clinique décrit par le Dr X._____ était identique à celui existant en 2005, malgré l'aggravation de l'image radiologique de la gonarthrose constatée par ce médecin (cf. avis médical du SMR du 29 avril 2008).

Le 23 juin 2008, la Dresse S._____, psychiatre traitant de l'assurée, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent et attesté une incapacité de travail à 100%, quelque soit l'activité envisagée. Elle précisait suivre l'assurée depuis le 19 mai 2008.

Dans un rapport du 14 octobre 2008, la Dresse S._____ a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent existant depuis 2000. Elle constatait un abaissement important de l'humeur, une diminution de

l'intérêt et du plaisir, une perte d'énergie, de l'angoisse, des troubles du sommeil et la peur de l'avenir.

C. Par avis médical du 13 janvier 2009, le SMR a estimé, au vu du rapport médical de la Dresse S._____, qu'il convenait de mettre en œuvre un examen psychiatrique.

Cet examen a été effectué le 12 février 2009 au SMR par le Dr A._____. Dans son rapport du 25 février 2009, ce psychiatre a retenu le diagnostic de dysthymie (F.34.1 selon la CIM-10) non invalidante. Selon lui, tant l'expertise du Dr Q._____ de novembre 2005 que les rapports médicaux de la Dresse S._____ de juin et octobre 2008 relevaient les symptômes de tristesse liée à l'état de santé de l'assurée, d'irritabilité, de troubles du sommeil pouvant aller jusqu'à l'insomnie et de perte d'intérêt pour les activités de la vie quotidienne. Depuis 2005, l'évolution était stationnaire, excepté une légère amélioration de l'irritabilité signalée par la psychiatre traitante avec l'introduction d'un antidépresseur. Pour le Dr A._____, cette symptomatologie réactionnelle correspondait à une dysthymie (humeur dépressive chronique réactionnelle) d'une intensité qui ne suffisait pas à retenir un trouble dépressif.

D. Par préavis du 8 avril 2009, l'OAI a informé l'assurée du maintien de son droit à un quart de rente, au motif que son état de santé ne s'était pas modifié de manière significative depuis la décision initiale d'octroi de rente du 8 mai 2007.

Le 18 mai 2008, l'assurée, représentée par l'organisation de défense des personnes handicapées "Pro infirmis", a émis les objections suivantes:

- Il existait manifestement un désaccord quant au diagnostic entre les différents psychiatres l'ayant examinée; en effet, là où la Dresse S._____ retenait un trouble dépressif récurrent depuis 2005, le Dr A._____ posait le diagnostic de dysthymie d'intensité insuffisante pour retenir un trouble dépressif.

- Tant la Dresse S. _____ que le Dr Q. _____ émettaient un pronostic défavorable sur l'évolution de son état de santé.

- L'OAI avait omis de prendre en compte la jurisprudence relative aux personnes proches de l'âge de la retraite et d'évaluer ses possibilités concrètes de retrouver un emploi sur un marché du travail équilibré.

E. Le 14 septembre 2009, l'OAI a rendu une décision dans laquelle il a nié l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, et maintenu par conséquent le droit à un quart de rente. Dans un courrier du même jour, il a exposé que les objections de l'intéressée n'étaient pas de nature à modifier cette décision.

F. Par acte du 10 octobre 2009, M. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle fait grief à l'office intimé d'avoir suivi l'avis des médecins du SMR au détriment de ceux de ses médecins traitants, qui attestaient l'existence d'une aggravation de son état de santé.

Dans sa réponse du 14 janvier 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, estimant en substance que les rapports des médecins du SMR sont pleinement probants et mettent en évidence l'absence d'aggravation significative de l'état de santé de la recourante, tant sur le plan psychiatrique que somatique.

Dans leurs déterminations ultérieures, les parties ont maintenu leurs conclusions.

G. Par avis du 29 avril 2010, les parties ont été informées qu'une expertise médicale judiciaire allait être mise en œuvre et confiée au Centre d'expertise médicale de Nyon (ci-après: le CEMed). Un délai au 14

mai 2010 leur était imparti pour s'opposer, le cas échéant, à la désignation de l'expert et déposer leur liste de questions. Les parties ont déclaré ne pas s'opposer à ce que l'expertise soit confiée au CEMed; seul l'OAI a produit un questionnaire à l'attention des experts.

L'expertise bidisciplinaire a été effectuée par les Drs G._____, psychiatre, et F._____, rhumatologue, qui ont procédé à des examens cliniques les 23 et 30 septembre 2010 au CEMed, en présence d'un interprète.

Dans leur rapport du 14 mars 2011, les experts ont retenu les diagnostics de «gonarthrose bilatérale avancée, aggravée depuis 2009, probable tendinopathie des deux épaules depuis fin 2009, dorsolombalgies depuis 2005 au moins», entraînant les limitations fonctionnelles suivantes: «gonarthrose bilatérale: pas de travail debout, pas de déplacement fréquent, pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de travail en hauteur; tendinopathie: limitations des mouvements répétés des membres supérieurs, ou contre résistance, en rotation surtout à l'externe, ainsi qu'au-dessus du plan de travail; dorsolombalgies: mêmes limitations que pour les genoux, pas de flexions antérieures répétées du tronc, et charges en porte à faux». Dans une activité respectant ces limitations, la capacité de travail de l'assurée était, selon les experts, de 60%, avec une diminution de rendement de 20%, soit une capacité résiduelle de travail de 48% dès juillet 2009 (mi-2009).

Leur appréciation était motivée comme suit:

"Sur le plan rhumatologique on retient que Madame M._____ se plaint essentiellement de ses deux genoux, le droit surtout, et ceci depuis 2002 au moins. Bien que l'anamnèse soit difficile en raison du manque de collaboration, il semble que ces douleurs se soient aggravées depuis le courant de l'année 2009 avec restriction plus importante du périmètre de marche et augmentation de la prise d'antalgique. D'autre part, Madame M._____ signale également des douleurs des deux épaules qui la gênent dans les activités

ménagères astreignantes et des douleurs partout qui correspondent à un tableau de fibromyalgie.

En ce qui concerne les épaules, l'examen clinique est non évaluable vu le manque de collaboration et l'examen radiologique de février 2010 est normal. Il s'agit donc tout au plus de tendinopathie chronique des deux épaules.

Concernant les genoux, la situation est plus sérieuse. Il existe indiscutablement une gonarthrose tricompartmentale bilatérale, dont le récent examen radiologique atteste d'une progression par rapport au cliché de 2005.

On relève encore un diabète et une obésité.

En conclusion, la pathologie principale est une gonarthrose tricompartmentale bilatérale, prédominant aux compartiments tibial interne et fémoro-rotulien, cliniquement plus marquée à droite (boiterie d'appui et raccourcissement de la phase d'appui à la marche, varus plus marqué, mobilité globale et flexion plus limitées), ayant progressé sur les clichés radiologiques entre 2001, 2005 et actuellement.

Ces atteintes dégénératives et les douleurs qu'elles peuvent générer, favorisées par le trouble axial des membres inférieurs (varus des genoux) et l'excès pondéral, entraînent des limitations fonctionnelles objectives concernant le périmètre de marche, la station debout prolongée, l'agenouillement, voire le portage et le levage de charges. Ces limitations peuvent être partiellement réduites par une perte de poids volontaire, des traitements conservateurs médicamenteux, de la physiothérapie ou des infiltrations (non tentées jusqu'à maintenant), la chirurgie orthopédique (ostéotomie de valgisation) pourrait aussi améliorer cette situation. Celle-ci n'est cependant pas exigible et pour l'heure l'intéressée ne peut pas en accepter l'idée.

En ce qui concerne les épaules, les plaintes et limitations décrites sont difficiles à corrélérer avec un substrat organique bien établi, les radiographies récentes de février 2010 étant peu contributives avec un status ostéoarticulaire quasi normal pour l'âge. D'autre part, l'examen clinique se heurte à des résistances à la mobilisation active et passive, ainsi qu'à une faible collaboration lors des tests contre résistance.

Une tendinopathie sous-jacente des deux épaules est possible, qui serait potentiellement également incapacitante, avec des limitations pour les mouvements répétés des membres supérieurs, ou contre résistance, en rotation surtout externe, ainsi qu'au-dessus du plan de travail.

Des dorsolombalgies sont également évoquées, qui sur un plan objectif peuvent être mises en relation avec les troubles statiques constatés à l'examen clinique, et discrètement dégénératifs du rachis, démontrés par les radiographies standards. Les limitations qui en résultent recoupent celles concernant l'atteinte des genoux, complétées de celle des flexions antérieures répétées du tronc, et charges en porte à faux.

Enfin, l'examen clinique permet de mettre en évidence la présence de tous les points douloureux pathognomoniques d'une fibromyalgie et de tous les signes de non organicité selon Waddell. Ces constats ne permettent pas de retenir une incapacité de travail objective.

Les autres plaintes ostéoarticulaires, évoquées lors de l'anamnèse ou alléguées lors de l'examen clinique, n'ont pas de substrat suffisant ou probant permettant de leur conférer un caractère incapacitant.

Le diabète, l'hypertension, l'obésité sont quant à elles susceptibles d'altérer la capacité de travail si elles ne sont pas traitées et que la compliance aux traitements n'est pas suffisante, ce qui est cependant exigible. En elles-mêmes, elles ne sont pas à considérer comme incapacitantes.

La capacité de travail s'est modifiée en raison essentiellement de la gonarthrose bilatérale qui s'est clairement aggravée. L'activité de nettoyeuse ou de manutention exercée auparavant n'est plus possible.

[...]

Une activité adaptée qui respecte les limitations est possible à 50%, un temps plus important augmenterait trop les douleurs et la fatigabilité, avec nécessité de pauses de plus en plus fréquentes, finalement avec une capacité en termes de temps et rendement pas plus importante, le repos compensateur n'étant pas suffisamment long pour la reprise du lendemain.

Sur le plan psychique notre examen n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, ni de trouble phobique.

En l'absence d'une perturbation sévère de l'environnement psychosocial qui est inchangée depuis de nombreuses années et marquée par des relations familiales proches et stables, nous n'avons pas retenu le diagnostic d'un trouble de la personnalité.

En réaction à l'aggravation de ses douleurs physiques ainsi qu'au diagnostic d'un diabète, Madame M. _____ décrit la survenue d'un trouble du sommeil à l'origine d'une fatigue pendant la journée s'accompagnant d'une irritabilité, ainsi que d'une humeur fluctuante avec des abaissements de l'humeur déclenchés par l'aggravation de ses douleurs. Dans ce contexte, elle présente une dépression chronique de l'humeur sans élément anamnétique permettant de retenir deux épisodes d'abaissement d'humeur séparés par une phase de rémission, comme demandé pour le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent.

Quant à la sévérité de cette dépression chronique de l'humeur, nous constatons quelques incohérences entre la description subjective de Madame M. _____ qui reste toujours évasive et les éléments objectivables de l'examen actuel et de son anamnèse. Contrairement aux plaintes subjectives, nous n'avons ainsi pas objectivé une diminution persistante de l'énergie avec des efforts minimes entraînant une fatigue importante chez une expertisée qui ne présente pas de signe important de fatigue ou de manque d'énergie au cours d'un examen d'une durée de 165 minutes, mais qui s'engage de plus en plus activement à l'entretien au cours duquel elle présente une rémission du ralentissement psychomoteur présenté au début. En parallèle, elle décrit un séjour de vacances d'un mois dans son pays d'origine où elle s'est rendue en voiture pendant un trajet de 1800 km afin de rencontrer les différents membres de sa famille. Ayant bien profité de ce séjour, Madame M. _____ se présente souriante par exemple lorsqu'elle parle de ses petits-enfants, ce qui n'est pas compatible avec une perte de l'intérêt et du plaisir typiquement observée lors d'un épisode dépressif. Sur la base des éléments objectivables de l'examen psychiatrique actuel et de l'anamnèse, la sévérité de la dépression chronique de l'humeur présentée reste en conséquence insuffisante

pour retenir un épisode dépressif léger ou moyen, mais correspond au diagnostic d'une dysthymie déjà retenu par les Drs Q._____ et A._____.

Quant à sa dysthymie, Madame M._____ pourrait bénéficier d'une prise régulière de l'antidépresseur prescrit par la Dresse S._____. On relèvera que le monitoring montre que les deux antidépresseurs prescrits sont indétectables.

Concernant le diagnostic d'une fibromyalgie, nous constatons que la dysthymie de Madame M._____ constitue un phénomène d'accompagnement des douleurs et ne justifie pas le diagnostic d'une comorbidité psychiatrique incapacitante. En parallèle, Madame M._____ ne présente pas de perte de l'intégration sociale sur toutes les manifestations de la vie (vacances en été 2010, bonne intégration dans la vie sociale de la famille, etc.), ni d'échec d'un traitement selon les règles de l'art, ni d'état psychique cristallisé.

En conclusion, les symptômes anxio-dépressifs de Madame M._____ s'expliquant dans le cadre d'une dysthymie n'atteignent pas le degré de sévérité pour justifier d'une maladie psychiatrique incapacitante."

Le rapport d'expertise judiciaire a été communiqué aux parties pour déterminations.

Le 1^{er} avril 2011, la fille de la recourante a déclaré que, contrairement à l'avis des experts judiciaires, sa mère n'avait plus de vie sociale, qu'elle ne sortait quasiment plus de chez elle, et que ce n'était qu'au prix de gros efforts et sur demande insistante qu'elle exécutait encore les actes courants de la vie, tels que se vêtir, se laver, ou aller chez le coiffeur.

Dans ses déterminations du 5 avril 2011, l'OAI s'est rallié à l'appréciation du SMR, celui-ci ayant adhéré sans réserve aux conclusions des experts du CEMed, dans un avis médical rendu le 1^{er} avril 2011.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent en principe à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions rendues par les offices AI – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 69 al. 1 LAI en dérogation à l'art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Est litigieux, en l'espèce, le degré d'invalidité de la recourante, celle-ci faisant valoir une aggravation de son état de santé depuis la décision initiale d'octroi de rente du 8 mai 2007.

a) A teneur de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Constitue un motif de révision n'importe quel fait propre à entraîner une modification du degré d'invalidité. Selon la jurisprudence rendue en application de l'ancien art. 41 LAI, applicable par analogie sous l'empire de l'art. 17 LPGA, il peut y avoir matière à révision soit en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé de l'assuré, soit en cas de modification notable des répercussions économiques d'un état de santé inchangé (ATF 113 V 273 consid. 1a et les références). Une

révision n'est admissible que si une modification effective s'est produite depuis qu'à été rendue la décision initiale et si cette modification influence le degré d'invalidité, partant le droit à la rente; il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente (ATF I 491/03 du 20 novembre 2003 consid 2.2 et les références citées).

La question de savoir si un changement significatif s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances prévalant au moment de la décision de révision – quand bien même l'une et l'autre de ces décisions aurait pris effet rétroactivement (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; ATF 112 V 371 consid. 2b; Fonjallaz, Invalidité et révision des rentes d'invalidité, thèse, Lausanne 1985, pp.69 et ss).

b) 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 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts

de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

d) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les

conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

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

3. a) En l'espèce, la recourante a fait valoir en février 2008 une aggravation de son état de santé; elle a produit des rapports médicaux attestant une aggravation de sa gonarthrose depuis 2005 (cf. rapport du 12 février 2008 du Dr X._____), ainsi que l'existence d'un trouble dépressif récurrent invalidant depuis 2000 (cf. rapports des 23 juin et 14 octobre 2008 de la Dresse S._____. L'office intimé a soumis ces rapports aux médecins du SMR, qui n'ont pas retenu d'aggravation de l'état de santé de l'assurée. Ils ont estimé en substance que la situation médicale sur le plan somatique était identique à celle de 2005, malgré l'aggravation de l'image radiologique de la gonarthrose constatée par le Dr X._____ (cf. avis médical du 29 avril 2008). Quant au diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par la Dresse S._____, il était, selon les médecins du SMR, insuffisamment documenté au vu de la

symptomatologie présentée par l'assurée qui correspondait selon la CIM-10 à une dysthymie non invalidante.

b) L'appréciation des médecins traitants et du SMR étant contradictoire et les avis médicaux au dossier insuffisants pour trancher la question de l'aggravation de l'état de santé de la recourante, une expertise judiciaire bidisciplinaire a été mise en œuvre.

Cette expertise, confiée au CEMed, a donné lieu au rapport du 14 mars 2011.

aa) Sur le plan somatique, les experts ont confirmé l'existence d'une nette aggravation de la gonarthrose bilatérale, constatée par le Dr Q._____. Ils ont estimé que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles objectivées lors de l'expertise, la capacité de travail résiduelle de l'assurée était de 60% avec une diminution de rendement de 20%, soit une capacité de travail résiduelle de 48% dès juillet 2009.

bb) Sur le plan psychiatrique, les experts ont écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent invalidant retenu par la Dresse S._____. Ils ont relevé à cet égard que les symptômes décrits par l'intéressée (troubles du sommeil, fatigue, abaissement de l'humeur en raison des douleurs, irritabilité) correspondaient à une dépression chronique de l'humeur. Les critères d'un trouble dépressif récurrent selon la CIM-10 n'étaient en revanche pas remplis; en particulier il n'y avait pas d'élément anamnestique permettant de retenir le critère de deux épisodes d'abaissement d'humeur séparés par une phase de rémission. Quant à la sévérité de la dépression chronique de l'humeur, ils ont constaté quelques incohérences entre la description subjective de l'intéressée d'une part et l'anamnèse ainsi que les éléments objectivés lors de l'examen d'autre part. Ils ont précisé ne pas avoir objectivé de diminution persistante de l'énergie au cours de l'examen qui avait pourtant duré plus de deux heures et demie. La recourante avait également évoqué un séjour d'un mois dans son pays d'origine en été 2010, où elle s'était rendue en voiture, effectuant ainsi un trajet de 1800 km, afin de rencontrer les

différents membres de sa famille. Elle avait également manifesté du plaisir en parlant de ses petits-enfants, ce qui n'était pas compatible avec une perte de l'intérêt et du plaisir propre à rendre compte d'un épisode dépressif. Sur la base de ces constatations, les experts ont conclu que la sévérité de la dépression chronique de l'humeur présentée par l'intéressé restait insuffisante pour retenir un épisode dépressif léger ou moyen, mais qu'elle correspondait au diagnostic de dysthymie.

cc) Les experts ont également retenu le diagnostic de fibromyalgie. Ils ont toutefois considéré que la recourante ne présentait pas de comorbidité psychiatrique; la dysthymie était un phénomène d'accompagnement des douleurs qui ne justifiait pas le diagnostic d'une comorbidité psychiatrique incapacitante. L'intéressée ne remplissait en outre pas les critères jurisprudentiels permettant de retenir le caractère invalidant de la fibromyalgie, à savoir un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Les experts ont retenu en particulier l'absence d'échec d'un traitement selon les règles de l'art, d'état psychique cristallisé, ou de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

c) Le rapport d'expertise du CEMed du 14 mars 2011 satisfait en tous points aux critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. supra, consid. 3d). En effet, ce rapport complet, fouillé et convaincant, a été établi par des spécialistes indépendants au terme d'un examen approfondi, et ses conclusions sont dûment motivées. Sur le plan somatique, les experts confirment l'aggravation de la gonarthrose déjà constatée par le Dr X._____ dans son rapport médical du 12 février 2008. S'agissant de la capacité de travail résiduelle de l'intéressée, il y a lieu de s'en tenir à l'évaluation motivée et convaincante des experts qui retiennent en définitive une

capacité de 48% dès juillet 2009 (époque à laquelle les douleurs se sont aggravées avec une restriction plus importante du périmètre de marche et une augmentation de la prise d'antalgiques) au détriment de l'avis somme toute peu étayé du Dr X. _____ du 12 février 2008, aux termes duquel la capacité résiduelle serait de 30% (cf. supra, consid. 2d). Sur le plan psychiatrique, l'avis des experts selon lequel la recourante ne présente pas un trouble dépressif mais, selon les critères reconnus de la CIM-10, une dysthymie, qui n'est en soi pas invalidante, est également bien étayé et convaincant. Fondé sur un examen clinique, il est en outre corroboré par l'avis des Drs Q. _____ et A. _____. A cet égard, seule la Dresse S. _____ est d'avis que l'intéressée souffre d'un trouble dépressif récurrent invalidant depuis 2000, Cet avis n'est cependant partagé par aucun des autres spécialistes ayant examiné la recourante et n'est guère motivé. Il ne sera par conséquent pas suivi (cf. supra consid. 2d). Il n'y a enfin pas lieu de s'écarter de l'appréciation dûment motivée des experts selon laquelle la fibromyalgie présentée par la recourante n'est pas invalidante. A cet égard, les seules déclarations de la fille de l'assurée selon lesquelles celle-ci n'a plus aucune vie sociale ne sont pas suffisantes pour retenir le critère de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie; il est en effet constant que la recourante conserve de bonnes relations avec sa famille et a passé des vacances en été 2010 dans son pays d'origine avec son époux et ses enfants.

En résumé, on retiendra, sur la base de l'expertise judiciaire pleinement probante, que la recourante présente une aggravation de son état de santé sur le plan somatique depuis juillet 2009 justifiant une diminution de sa capacité de travail, qui s'élève dès cette date à 48% dans une activité adaptée. Il en résulte que la décision attaquée, dans la mesure où elle nie toute aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la décision initiale d'octroi du quart de rente, n'est pas conforme au droit fédéral et doit être annulée.

4. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures

d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

En l'espèce, il convient de renvoyer le dossier à l'OAI pour qu'il procède sans délai à une nouvelle évaluation du préjudice économique de l'assurée et se prononce sur son degré d'invalidité compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 48% dans une activité adaptée dès le mois de juillet 2009. Au terme de son instruction, laquelle procèdera notamment d'une nouvelle appréciation du taux d'abattement (limitations fonctionnelles retenues par les experts, âge avancé, qualifications...), l'office rendra une nouvelle décision fixant la quotité du droit à la rente.

5. En définitive, le recours est admis et la décision du 14 septembre 2009, annulée. La cause est renvoyée à l'office intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

La recourante, qui obtient gain de cause, mais sans le concours toutefois d'un mandataire autorisé, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Il n'y a pas lieu de percevoir d'émolument judiciaire à la charge d'une autorité certes déboutée, mais agissant en vertu de prérogatives étatiques (art. 52 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 14 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, le

dossier étant renvoyé à cet office pour qu'il procède sans délai au sens des considérants, et rende une nouvelle décision.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière:

Du

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

- Mme M. _____
- 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).

La greffière :