

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 novembre 2016

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Berthoud et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

F. _____, [...], recourante, représentée par Me Jean-Claude Perroud,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 17 LPGA, 28 LAI

E n f a i t :

A. a) F._____, née le [...] 1955, commerçante indépendante depuis le mois de mars 1980, puis devenue vendeuse en kiosque, a déposé une demande de prestations de l'AI sous forme de prise en charge d'un appareil acoustique le 27 décembre 1994, en indiquant présenter, quant au genre de l'atteinte, une surdité depuis plusieurs années. Par communication du 20 octobre 1995, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a admis la prise en charge de l'appareil acoustique sollicité, sous forme de prêt.

b) Le 7 janvier 2003, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI, en indiquant souffrir de douleurs aux mains, et avoir une capacité de travail de 50% depuis le 12 mai 2002.

Dans son rapport à l'OAI du 14 mai 2003, le Dr [...], spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant, a posé le diagnostic de tunnel carpien opéré à droite puis à gauche [réf. : en avril 2002, puis avril 2003].

A la suite d'un CT-scan de la colonne cervicale du 10 septembre 2003, la Dresse [...], spécialiste en radiologie, a posé la conclusion suivante :

« Discopathie sévère C5-C6 associée à une ostéosclérose des plateaux vertébraux et une néoformation des ostéophytes développée postérieurement vers l'espace épidual et vers les trous de conjugaison. C'est la racine C6 droite qui a certainement un conflit avec un ostéophyte développé dans l'espace épidual à partir des plateaux supérieurs C6, et qui se trouve dans un trou de conjugaison C5-C6 droit, sténosé par ces phénomènes dégénératifs.

Sténose moins importante du trou de conjugaison C5-C6 gauche ».

Le Dr D._____, spécialiste en médecine interne générale, nouveau médecin traitant, a écrit à l'OAI le 20 décembre 2003 que la situation de sa patiente ne se limitait pas à des problèmes de tunnel carpien, dans la mesure où il y avait également des douleurs cervico-

brachiales chroniques préexistantes qui se décompensaient à la suite de l'intervention, ainsi qu'un contexte socio-affectif difficile, entraînant un état dépressif et beaucoup d'anxiété. Le Dr D._____ suggérait dès lors la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.

Le Dr G._____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) ayant estimé par avis du 14 janvier 2004 qu'il convenait de mettre en œuvre une expertise, l'OAI a mandaté le Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après : COMAI) de [...]. Dans leur rapport du 8 juillet 2004, les Drs C._____, spécialiste en neurologie, et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) présent depuis l'âge de 18 ans environ ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'atteinte bilatérale persistante du nerf médian au niveau du tunnel carpien d'un degré moyennement important à droite et modéré à gauche, de cervico-dorso-lombalgies d'origine indéterminée et de brachialgies et « sciatalgies » droites d'origine indéterminée. Sous la rubrique « discussion » de leur rapport, les experts ont notamment relevé ce qui suit :

« Madame F._____, 49 ans, mariée, s'est d'abord formée comme jardinière d'enfants. Dès 1980, elle change d'activité et s'occupe d'une boulangerie avec son mari. Fin 2002, le couple doit remettre ce commerce, Monsieur présentant des problèmes cardiaques, un important état de stress et une dépendance à l'alcool. Pendant une année, Madame cesse toute activité puis reprend un emploi de vendeuse à 20 à 30% dans un magasin (tabac-journaux-photos) aux [...].

[...]

Sur le plan psychopathologique, Madame a présenté des épisodes dépressifs récurrents traités ponctuellement pendant plusieurs années par du Nirvanil. En outre, l'anamnèse familiale est chargée du côté paternel avec un diagnostic de trouble dépressif récurrent ; le père, le grand-père et un oncle se sont suicidés.

En juin 2003, Madame présente un nouvel épisode dépressif réactionnel à une rechute alcoolique de son mari et consulte un psychiatre. Elle cesse tout suivi après 5 consultations et s'adresse à son médecin traitant. Depuis l'automne 2003, Madame est placée sous Deanxit et Temesta, avec amélioration de son sommeil. De petites doses de Saroten sont également introduites début juin 2004 avec amélioration de la thymie. Actuellement le trouble dépressif est en rémission, mais l'expertisée présente une fragilité psychique ainsi qu'un terrain de vulnérabilité vu des antécédents tant personnels que

familiaux, ainsi sa capacité de travail peut être estimée de 60 à 70%. Le contexte conjugal et social (financier) joue un rôle non négligeable dans la symptomatologie de l'expertisée ».

Les experts ont ainsi estimé que la patiente pouvait travailler sur le plan physique à 100% avec un rendement de 100% dans une activité telle que celle exercée actuellement (vendeuse en boulangerie). Sur le plan psychique, l'activité adaptée à l'invalidité pouvait être exercée à raison de 5h à 5h30 par jour, sans baisse de rendement, estimant ainsi la capacité de travail dans une boulangerie de 60 à 70% depuis début 2003.

Le 3 août 2004, le Dr G. _____ du SMR a estimé que la capacité de travail, dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, était de 60 à 70%, depuis début 2003, pour des raisons psychiques. Quant aux limitations fonctionnelles, il a retenu ce qui suit : « Pas de port de charges lourdes. Vulnérabilité psychique avec fatigabilité, ruminations, difficultés de concentrations ».

Par décision du 26 novembre 2004, l'assurée s'est vu reconnaître le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} décembre 2004. Par décision du 11 février 2005, elle s'est vu reconnaître le droit à un quart de rente de janvier à novembre 2004. La motivation de ces décisions était la suivante :

« Après examen des différents documents portés à votre dossier, notamment le rapport d'expertise bi-disciplinaire, votre capacité de travail exigible est évaluée entre 60 et 70% dans une activité adaptée à votre état de santé, ceci depuis le début de l'année 2003. Les incapacités de travail liées à vos opérations du tunnel carpien étant de courtes durées, elles n'ont donc pas été prises en considération.

Dans une activité adaptée à votre état de santé soit sans port de charges lourdes, évitant les facteurs de stress et ne demandant pas trop de concentration, telle qu'employée d'usine au montage, dans la micro-soudure, opératrice ou encore employée au contrôle visuel, vous pourriez réaliser un salaire annuel moyen de Fr. 30'904.- à un taux d'activité de 60%.

Vous pourriez également reprendre votre ancienne activité de vendeuse en boulangerie en évitant toutefois le port de charges lourdes.

Afin de déterminer votre degré d'invalidité, ce salaire doit être mis en comparaison avec le salaire auquel vous pourriez prétendre aujourd'hui à 100%, sans invalidité, dans votre ancienne activité, soit un salaire annuel de Fr. 52'000.-, ce qui représente un degré d'invalidité de 40,5%.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité CHF 52'000.00

avec invalidité CHF 30'904.00

La perte de gain s'élève à CHF 21'096.00 = un degré d'invalidité de 40.50%

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit en janvier 2004, votre incapacité de travail et de gain est de 40% ».

c) Dans le cadre de la procédure de révision d'office du droit à la rente initiée en novembre 2005, l'assurée a indiqué que son état demeurait le même, avec des périodes d'aggravation.

Dans son rapport à l'OAI du 27 février 2006, le Dr D._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervico-brachialgies droites sur discopathie sévère C5-C6 et rétrécissement foraminal C5-C6 droit, de lombopyalgies sur scoliose dorso-lombaire et discarthrose L4-L5 et de douleurs du membre supérieur droit résiduelles après cure du tunnel carpien. Il a notamment joint à son rapport un courrier du Dr W._____ du 23 décembre 2004 à son attention, qui posait les diagnostics de cervico-brachialgies droites sur discopathie sévère C5-C6 et rétrécissement foraminal C5-C6 droit et de lombopyalgies sur scoliose dorso-lombaire et discarthrose L4-L5. Le Dr W._____ proposait en outre un traitement physiothérapeutique de réharmonisation musculaire associant des techniques d'étirement et de thérapie manuelle à distance.

Selon une fiche d'examen du dossier du 28 novembre 2006, il n'y avait pas lieu de modifier les prestations actuelles ; il convenait de maintenir le quart de rente, avec révision dans 3 ans.

d) Dans le cadre d'une nouvelle révision d'office du droit à la rente entreprise en décembre 2009, l'assurée a indiqué que son état de santé était toujours le même.

Dans son rapport médical à l'OAI du 19 janvier 2010, le Dr W._____ a posé les diagnostics de cervico-brachialgies droites dans un contexte de troubles dégénératifs cervicaux et rétrécissement foraminaux, de lombopalgies bilatérales dans un contexte de discarthrose L4-L5 et déconditionnement musculaire, et d'antélisthésis L4-L5 de degré I d'origine dégénérative. Il a estimé qu'en raison des douleurs, le travail de vendeuse dans un kiosque à journaux était rendu plus lent. L'activité habituelle était adaptée au handicap, mais il demeurait une limitation à 40%, estimant ainsi la capacité de travail de 50 à 60%.

L'employeur a indiqué le 26 janvier 2010 à l'OAI que l'assurée œuvrait pour son compte en qualité de vendeuse dans un kiosque depuis le 1^{er} octobre 2006 au taux de 50% sur l'année ; son salaire horaire de base s'élevait à 18 fr. 45.

Dans son rapport médical à l'OAI du 1^{er} février 2010, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant depuis le 27 octobre 2009, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail des cervico-brachialgies droites dans le contexte de troubles dégénératifs cervicaux avec rétrécissement foraminaux, de lombopalgies bilatérales dans le contexte de discarthrose L4-L5 et de trouble dépressivo-anxieux réactionnel et primaire. Il a estimé que la capacité de travail de sa patiente était de 50% depuis 2002-2003, sans changement, le port de charges de plus de 5 kilos et la station debout prolongée étant à éviter. Le Dr J._____ a joint à son envoi un rapport du 13 janvier 2010 du Dr W._____, qui faisait état d'une nette amélioration sur le plan fonctionnel, avec une disparition quasi complète des douleurs au niveau de la nuque et du bras et d'une amélioration de la douleur lombaire.

Le 8 juin 2010, le Dr Z._____ du SMR a estimé que l'état de l'assurée était stable.

Le 29 juin 2010, l'OAI a adressé une communication à l'intéressée aux termes de laquelle elle continuerait à bénéficier de la même rente d'invalidité (un quart de rente).

L'assurée a fait part de son désaccord avec cette communication à l'OAI le 20 juillet 2010, en faisant notamment état d'une inflammation des yeux et de différents traitements à suivre pour maintenir son état.

Par avis médical du 16 octobre 2010, le Dr Z. _____ du SMR a estimé que la situation restait stable, considérant que la capacité de travail de l'assurée dans toute activité était de 60-70% comme mentionné dans le rapport SMR du 3 août 2004 qui continuait à être d'actualité.

Par décision du 1^{er} décembre 2010, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de l'assurée, avec la motivation suivante :

« En date du 29.06.2010 nous vous avons fait parvenir une communication de maintien de votre quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 40% suite à la révision d'office ouverte en date du 01.12.2009.

Par courrier daté du 20.07.2010 vous contestez nos conclusions au motif que vous devez subir des traitements de physiothérapie, hypnose, médecine chinoise pour que votre état de santé ne s'aggrave pas.

Dans son rapport médical du 01.02.2010, le Dr J. _____ atteste d'un état de santé stationnaire, tout comme le Dr W. _____ dans son rapport du 19.01.2010. Il n'y a donc pas eu d'aggravation, ni de nouveau diagnostic. Les limitations fonctionnelles restent inchangées. Le Dr W. _____ indique encore que votre capacité de travail est évaluée à 60% et que votre activité est adaptée à votre atteinte à la santé.

D'autre part, vous poursuivez votre activité de vendeuse avec un salaire inférieur à votre capacité réelle de gain.

L'état de fait est dès lors identique à celui de notre décision initiale du 26.11.2004 ».

B. Par courrier du 1^{er} février 2011, l'assurée a informé l'OAI d'une péjoration de son état de santé, en faisant notamment état d'une sarcoïdose.

Invitée par l'OAI à rendre plausible l'aggravation alléguée, l'assurée a produit un rapport médical de son médecin traitant, le Dr J._____, qui a notamment fait état le 28 février 2011 d'une panuvéite granulomatose bilatérale dans le cadre d'une sarcoïdose systémique et d'importants troubles de la vue depuis le début du printemps 2010. Etait joint à cet envoi un rapport médical du 8 novembre 2010 du Dr M._____, spécialiste en pneumologie, qui posait les diagnostics de sarcoïdose de stade I avec atteinte oculaire bilatérale diagnostiquée en septembre 2010 et de goitre nodulaire euthyroïdien et faisait état de ce qui suit sous une rubrique « discussion et propositions » :

« Votre patiente présente une sarcoïdose de stade I sans répercussion clinique ou fonctionnelle sur le plan respiratoire actuellement, qui ne nécessiterait pas de traitement particulier s'il n'y avait pas d'atteinte d'autres organes. La suite de la corticothérapie doit donc être décidée par l'Hôpital ophtalmique, où la patiente est suivie, en fonction de l'évolution de l'uvéite. Il conviendrait par ailleurs de vérifier l'absence d'hypercalciurie par une récolte urinaire de 24h ; le cas échéant, la supplémentation vitamino-calcique devrait être stoppée.

Pour ma part, je préconiserais un suivi clinique et fonctionnel respiratoire aux 6 mois pendant 2 ans, période durant laquelle peuvent survenir des rechutes ; je me suis donc permis de fixer un contrôle le 3 mai 2011.

J'ai par ailleurs préconisé à la patiente de ne pas s'exposer au soleil ou de mettre, le cas échéant, de la crème solaire type "écran total" ».

Etait encore notamment joint un courrier du 9 février 2011 du Dr Q._____ au Dr K._____, tous deux spécialistes en ophtalmologie, le premier diagnostiquant une panuvéite granulomatose bilatérale, plus prononcée du côté gauche dans le cadre d'une sarcoïdose systémique diagnostiquée sur la base d'une histopathologie positive d'adénopathies médiastinales, ainsi qu'un status après biopsie d'adénopathies médiastinales par médiastinoscopie.

Invité par l'OAI à compléter un rapport médical, le Dr J._____ a posé le 30 mars 2011 les mêmes diagnostics que dans son rapport du 26 janvier 2010, avec la précision que s'était ajouté le diagnostic de panuvéite granulomateuse dans le cadre d'une sarcoïdose systémique existant depuis le printemps 2010, faisant état de troubles de la vue depuis le printemps 2010 avec fatigue et baisse de la concentration.

Dans son rapport à l'OAI du 22 avril 2011, le Dr K._____ a diagnostiqué une panuvéite granulomateuse dans le cadre d'une sarcoïdose, en précisant quant à la capacité de travail que sur le plan oculaire, lors du dernier contrôle du 4 octobre [2010], la vision était stable.

Dans un rapport médical du 15 juin 2011 au Dr K._____, le Dr Q._____ a constaté que depuis le dernier contrôle de mai 2011, la patiente avait augmenté la posologie immunosuppressive, ce qui avait permis de mieux contrôler l'inflammation intraoculaire et de permettre la disparition complète de l'œdème maculaire.

Dans son rapport du 13 juillet 2011 à l'OAI, le Dr Q._____ a relevé que l'activité exercée jusqu'ici était encore exigible dans le degré exercé jusqu'à maintenant.

Le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale, du SMR, a constaté par avis du 3 novembre 2011 qu'il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail notée dans les comptes rendus ophtalmologiques, en relevant que l'on pouvait toutefois penser qu'il y avait eu une incapacité de travail transitoire de juin à octobre 2010, date de la consultation du Dr K._____, qui notait que l'acuité visuelle était redevenue identique à 2004. Le Dr V._____ a encore noté que la dernière consultation avec le Dr Q._____ remontait au 15 juin 2011 et que ce dernier observait que la capacité de travail était identique à celle qu'elle était auparavant. Pour le Dr V._____, en l'absence de modification durable, la capacité de travail restait identique à celle constatée en 2004.

Par projet de décision du 14 juin 2012, l'OAI a refusé d'augmenter la rente de l'assurée.

L'assurée a fait part de ses objections à ce projet de décision le 26 juin 2012, en faisant pour l'essentiel valoir une péjoration de son état.

Par communication du 4 juillet 2012, l'assurée s'est à nouveau vu octroyer un appareil acoustique.

Le 12 juillet 2012, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'une révision du droit à la rente avait été initiée à la suite de son courrier du 1^{er} février 2011. Dans ce contexte, des rapports médicaux avaient été demandés aux Drs J._____ et K._____. Les renseignements obtenus avaient permis de constater une aggravation de son état ayant abouti à une incapacité de travail totale de juin à octobre 2010, ce qui ouvrait normalement le droit à une rente entière durant quelques mois. Par la suite, dès le 1^{er} novembre 2010, sa capacité de travail était à nouveau estimée entre 60 et 70%. Comme sa demande de révision n'avait été déposée que le 1^{er} février 2011, soit plus de trois mois après l'amélioration de son état de santé, l'aggravation ne pouvait pas être prise en considération.

Par décision du 31 août 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision, en reprenant les explications données le 12 juillet 2012 à l'assurée.

C. Par acte de son mandataire du 8 octobre 2012, F._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a conclu à sa réforme en ce sens que son degré d'invalidité est fixé en tenant compte d'une activité exigible maximale de 40%, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. En substance, la recourante fait valoir que l'intimé n'a pas tenu compte des rapports médicaux du Dr J._____ des 28 février et 30 mars 2011, dont il ressort selon elle que sa capacité de travail a diminué des suites de la sarcoïdose. Elle allègue ensuite que l'intimé ne saurait se fonder sur le rapport du Dr K._____ du 22 avril 2011, dans la mesure où celui-ci fait état de sa situation au 4 octobre 2010, soit avant le dépôt de sa demande de révision, le 1^{er} février 2011. Quant au Dr Q._____, elle estime qu'il ne s'est jamais prononcé formellement sur la capacité de travail, se contentant d'indiquer que l'activité exercée concrètement, soit selon elle au taux de 40%, pouvait encore être exigée.

La recourante se réfère pour le surplus à un rapport médical du 3 octobre 2012 du Dr Q._____, qu'elle produit, selon lequel sa maladie ophtalmologique était susceptible d'entraîner une fatigabilité oculaire et visuelle accrue, avec une perte de la capacité de travail de 10% au minimum et de 20% au maximum dans l'activité exercée actuellement, ce rapport confirmant selon elle l'appréciation du Dr J._____. Pour la recourante, l'OAI a statué sans prendre en considération tous les éléments en sa possession et sans prendre les mesures d'investigation qui s'imposaient. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, estimant que son état s'est également péjoré sur ce plan, ainsi que la mise en œuvre d'une audience publique.

Dans sa réponse du 26 novembre 2012, l'intimé relève que le rapport du Dr Q._____ du 3 octobre 2012 produit par la recourante est en contradiction avec celui établi le 13 juillet 2011. Il sollicite dès lors que ce médecin soit réinterpellé et conclut au rejet du recours, sous réserve de précisions de ce spécialiste.

D. Le 20 mars 2013, le Dr Q._____ a indiqué à la Cour de céans que la capacité de travail de l'assurée avait évolué entre juillet 2011 et octobre 2012, dans la mesure où l'inflammation de l'œil gauche observée initialement et traitée se traduisait par des résidus inflammatoires présents dans la loge vitrénne, ce qui pouvait interférer par intermittences avec la fonction visuelle en entravant l'axe visuel de l'œil gauche. Il était en outre d'avis que la maladie ophtalmique pouvait entraîner des conséquences psychiques par une fatigabilité accrue, et donc une sensation d'épuisement qui pouvait survenir plus précocement dans l'exercice de l'activité professionnelle. Il a également indiqué que les divergences entre son rapport du 13 juillet 2011 et celui du 3 octobre 2012 résidaient dans la fatigabilité oculaire que présentait la patiente, signalée par cette dernière comme étant croissante au cours du suivi clinique. Le Dr Q._____ relevait toutefois qu'objectivement, la situation visuelle était restée stable au cours du suivi avec une meilleure acuité visuelle qui s'était maintenue entre 80 et 100% de juillet 2011 à octobre 2012 à l'œil gauche.

Dans ses déterminations du 22 avril 2013, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours, en se référant à un avis du 15 avril 2013 du Dr X._____ du SMR, qui relevait que l'aggravation alléguée était subjective, la situation objective étant demeurée identique à celle qui prévalait avant l'atteinte oculaire.

Le 30 avril 2013, la recourante a exposé qu'elle ne disposait plus que d'une capacité de travail de 30% au maximum, justifiant l'octroi d'une rente entière.

Le 19 juin 2013, elle a contesté l'appréciation du Dr X._____ du 15 avril 2013, et produit un rapport du Dr J._____ du 19 juin 2013, selon lequel la symptomatologie de sa patiente était le reflet de son atteinte oculaire.

L'OAI a maintenu sa position dans ses déterminations du 8 août 2013.

E. Une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été confiée au Centre d'expertise N._____ (ci-après : Centre d'expertise N._____). Les Drs R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, O._____, spécialiste en rhumatologie, et P._____, spécialiste en médecine interne générale, ont adressé leur rapport le 22 août 2014 à la Cour de céans. Dans ce contexte, ils se sont adjoint les services du Dr S._____, spécialiste en ophtalmologie. Les experts ont retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'amblyopie de l'œil droit, de status après panuvéite granulomateuse sarcoïdique (3.6.10), de synéchies antéropostérieures droites à 7 heures, séquellaires d'un épisode d'uvéite, et de sclérose nucléaire et intumescence cristallinienne débutante du côté gauche. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont mentionné des lombalgies communes sur troubles dégénératifs étagés du rachis (dès 2003), une dysthymie (F34.1) depuis l'âge de 18 ou 20 ans, de l'arthrose nodulaire des doigts, un status après cure chirurgicale pour une ténosynovite du médius droit le 7 avril 2014, une sarcoïdose de stade 1,

un goitre nodulaire euthyroïdien, une obésité (BMI à 34.3) dès 2010, ainsi qu'une hypoacousie gauche appareillée. Les experts ont pour le surplus relevé ce qui suit sous le chapitre « synthèse et discussion » de leur rapport :

« Rappel de l'histoire médicale :

Madame F. _____ est une expertisée suisse de 59 ans, séparée de son mari depuis 2007, mère de deux enfants indépendants. Elle a été formée comme éducatrice de la petite enfance, après quelques années dans ce domaine elle a travaillé 22 ans dans une boulangerie-pâtisserie avec son mari et depuis 2003 dans un kiosque.

Elle a fait une demande AI il y a plus de 10 ans en raison de douleurs après cures de tunnel carpien gauche puis droit, l'ayant gênée dans son travail à la boulangerie du couple, commerce remis fin 2002. Puis elle a présenté des cervicalgies avec discopathie C5-C6 et plus tard des rachialgies suite à un accident. Les symptômes comportant une part socio-affective, une expertise pluridisciplinaire a été conduite en 2004, celle-ci a conclu à l'absence d'incapacité de travail sur le plan somatique, mais à des épisodes dépressifs récurrents justifiant une incapacité de 30 à 40%. Un quart de rente AI a été octroyé dès janvier 2004. Par la suite sont apparus des lombopalgies ; une incapacité de travail de 50% a été attestée, mais la comparaison des gains a fait que la rente n'a pas augmenté.

En 2011, Madame F. _____ fait une uvéite sarcoïdienne bilatérale, avec altération visuelle momentanée, mais bonne réponse au traitement de Prednisone et d'Imurek.

Il n'y a aucune altération fonctionnelle respiratoire.

Sur la base des rapports de spécialistes, l'AI ne reconnaît qu'une incapacité de travail totale de quelques mois, ce que conteste l'assurée, alléguant notamment une fatigue et des troubles de la concentration. D'autre part, il y a désaccord entre l'AI et son assurée sur l'interprétation d'un rapport de l'ophtalmologue universitaire, celui-ci indiquant que la capacité de travail a rejoint son taux antérieur. Suite au recours déposé par Madame F. _____, le Tribunal cantonal, Cour des assurances sociales, demande cette expertise pluridisciplinaire.

Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, c'est dans le cadre d'un bilan pour uvéite granulomateuse bilatérale diagnostiquée en juin 2010, qu'il est évoqué une sarcoïdose. Un CT-scan thoraco-abdominal fin août 2010 a montré des adénopathies homogènes dans le médiastin à droite et dans le hile droit, sans atteinte parenchymateuse pulmonaire sinon quelques fins granulomes millimétriques sous-pleuraux gauches. Il est à remarquer qu'il n'y avait pas d'atteinte hépato-splénique. Une médiastinoscopie effectuée le 29.09.2010 a confirmé le diagnostic de sarcoïdose et exclu une éventuelle tuberculose.

Sur le plan respiratoire, cette sarcoïdose de stade 1 est restée parfaitement asymptomatique, sans répercussion fonctionnelle. Il n'a jamais été fait état de toux, de dyspnée ou de douleurs thoraciques et les explorations fonctionnelles menées par le Dr M. _____ n'ont pas

mis en évidence de trouble ventilatoire ou de la diffusion. L'évolution favorable s'est confirmée sur le plan respiratoire. Il est à relever également qu'il n'a pas été diagnostiqué d'autres atteintes extrapulmonaires soit cutanée, cardiaque ou du système nerveux central. Compte tenu d'une certaine asthénie, de céphalées, il a été procédé, selon le dossier à une IRM cérébrale, semble-t-il revenue normale. La fonction hépatique est toujours restée normale. Il n'a pas été diagnostiqué d'hypercalcémie. Le traitement, en particulier la corticothérapie per os instituée entre la mi-octobre 2010 et la fin mars 2011, à dose dégressive, n'a pas été assortie de complications. Elle a été bien tolérée si l'on se réfère aux notes du dossier. Il en est de même du traitement d'Imurek introduit dès le 19.01.2012 et qui a permis le sevrage rapide de la corticothérapie.

Ainsi, sur le plan de la médecine interne, la sarcoïdose de stade 1 ne permet pas de retenir de limitations fonctionnelles. Par ailleurs, l'examen de ce jour s'inscrit parfaitement dans la norme, hormis un petit goitre décrit comme euthyroïdien. Il n'y a pas d'autres symptômes d'appel faisant suggérer une affection susceptible d'entraîner une asthénie. Pour rappel, un syndrome des apnées du sommeil a été exclu en 2011.

Sur le plan rhumatologique, l'expertisée se plaint de rachialgies de longue date avec notion de lombosciatalgies droites dès 2000. En novembre 2003, en raison de douleurs cervico-brachiales un scanner est effectué qui montre des troubles dégénératifs et une discopathie C5-C6. En 2004 le bilan radiologique met en évidence une discarthrose L4-L5.

Ces dernières années, Madame F. _____ a appris à mieux gérer les rachialgies. Elle fait de l'acupuncture, de la physiothérapie à sec et en piscine ainsi qu'une prise en charge personnelle avec des exercices physiques mais aussi de l'autohypnose. Avec les médicaments antalgiques et anti-inflammatoires cela lui permet de gérer son problème et globalement elle estime que sa situation est meilleure qu'il y a quelques années.

D'un point de vue objectif, on note une mobilité satisfaisante, pas de signe manifeste de trouble dégénératif ostéo-articulaire si ce n'est une arthrose nodulaire des doigts. On note actuellement une diminution de la mobilité du majeur droit, suite à l'opération récente d'un doigt à ressort. Sinon le bilan radiologique confirme les troubles décrits déjà précédemment sous forme de discarthrose cervicale et lombaire.

Suite à l'opération pour un syndrome du canal carpien droit en 2002, l'expertisée a toujours ressenti des troubles. L'examen neurologique spécialisé lors de l'expertise en 2004 a montré une persistance d'une atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien. Depuis lors, la situation ne s'est pas dégradée et l'expertisée n'annonce pas de gêne ou symptôme plus important, elle n'a pas consulté ou fait des traitements pour cela et ce problème n'est pas prédominant.

En conclusion, on retient avant tout des rachialgies communes sur des troubles dégénératifs étagés du rachis. Cela n'entraîne pas d'incapacité de travail significative et durable en qualité de vendeuse. Les douleurs de la main droite et la diminution de mobilité du médus sont temporaires, consécutives à l'intervention chirurgicale récente du 07.04.2014 et n'ont pas d'influence au long cours sur la capacité de travail.

Sur le plan ophtalmologique, Madame F. _____ présente les problèmes ophtalmologiques suivants :

- Amblyopie de l'oeil droit depuis l'enfance, secondaire à la présence d'une forte anisométrie (astigmatisme hypermétropique droit marqué).
- Status après panuvéite granulomateuse sarcoïdique (3.6.2010).
- Synéchies antéropostérieures droites à 7 heures, séquellaires d'un épisode d'uvéite.
- Sclérose nucléaire et intumescence cristallinienne débutante du côté gauche.

Actuellement, l'état oculaire de Madame F. _____ est stabilisé et il n'y a pas de traitement médicamenteux ou chirurgical à envisager dans un futur proche.

Suite aux épisodes inflammatoires intraoculaires qu'elle a présentés (panuvéite granulomateuse bilatérale), Madame F. _____ se plaint de photophobie relative, fatigabilité visuelle et difficultés de lecture, avec voile visuel devant l'œil gauche.

Le voile visuel peut être expliqué par un début de cataracte à l'œil gauche et la photophobie est un problème très clairement décrit chez des patients qui ont fait des uvéites, surtout à répétition.

La fatigabilité visuelle est un symptôme subjectif, souvent multifactoriel (facteur oculaire tel qu'uvéite, éventuel état dépressif ou effet secondaire de traitement médicamenteux). Le traitement immunosuppresseur peut notamment avoir des conséquences générales, une fatigabilité étant un des symptômes souvent mentionnés.

La symptomatologie décrite, soit photophobie, difficultés de lecture, fatigabilité visuelle et voile visuel monoculaire gauche, justifient la reconnaissance d'une diminution de rendement de 20%.

Sur le plan psychique, Madame F. _____ n'a pas d'antécédents personnels, mais se dit chroniquement déprimée depuis l'âge de 20 ans. Dans sa famille, plusieurs personnes se sont suicidées, notamment son père qui souffrait d'un trouble dépressif récurrent. Sa sœur cadette a également fait des épisodes de dépression ou burn out.

L'expertise psychiatrique effectuée en juillet 2004 a conclu à un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, présent depuis l'âge de 18 ans. Ce trouble a été traité par du Nirvanil — valnoctamide —, sédatif dont la commercialisation a été interrompue, ainsi que par du Deanxit et du Temesta. Il est décrit de courtes prises en soin psychothérapeutiques, aucune hospitalisation en milieu psychiatrique et aucune incapacité de travail d'ordre psychiatrique n'ont été nécessaires.

Les experts écrivent qu'actuellement le trouble dépressif est en rémission, mais l'expertisée présente une fragilité psychique ainsi qu'un terrain de vulnérabilité au vu des antécédents tant personnels que familiaux, ainsi sa capacité de travail peut être estimée de 60 à 70%. Le contexte conjugal et social (financier) joue un rôle non négligeable dans la symptomatologie de l'expertisée.

Depuis 2008, Madame F. _____ n'a plus aucun suivi psychiatrique, ni psychothérapeutique et n'en ressent pas le besoin. Elle prend actuellement du Saroten 50 mg et du Temesta 1 mg au coucher.

Les facteurs de stress auxquels l'expertisée a dû faire face sont : épisodes dépressifs récurrents de son père entre ses 10 et ses 20 ans ; suicide de son père à 20 ans ; autres suicides dans sa famille ; relation difficile avec son mari depuis 1995, avec de la violence verbale et même parfois physique en raison de l'alcoolisme et le trouble bipolaire dont souffre son mari ; dettes hypothécaires à hauteur de [...] francs, incluant un chalet et la boulangerie qu'elle exploitait avec son mari ; séparation d'avec son mari en 2007.

L'expertisée se plaint d'une symptomatologie dépressive chronique depuis l'âge de 18 ans et notamment depuis 2002 en lien avec ses problèmes conjugaux ainsi qu'une symptomatologie anxieuse :

- Humeur dépressive chaque jour mais fluctuante, durant d'une à plusieurs par jour ; se sent fatiguée en permanence et fatigable - elle l'attribue aux effets secondaires des médicaments immunosuppresseurs à l'antidépresseur et en partie aussi à la dépression chronique - est d'intensité de 8/10 ; cette fatigue lui enlève l'envie de faire les choses et provoquent un problème de concentration ; elle signale parfois des idées suicidaires par pendaison comme son père, elle n'a par contre jamais attenté à ses jours.

- Jusqu'en 2010 a souffert régulièrement d'angoisses d'intensité maximale de 9/10, durant plusieurs heures.

En ce qui concerne la personnalité, aucun trait de caractère pathologique n'a été mis en évidence.

La description des activités quotidiennes nous apprend qu'elle travaille à 50%, elle gère son ménage et ses tâches administratives, pratique son hobby de 6 à 8 heures par semaine, s'occupe de ses plantes, lit pendant environ 2 heures par jour, surfe sur internet, regarde la télévision, fait du vélo ou se promène régulièrement, donne des coups de main à des voisins ou dans une association de temps à autre. Elle est active socialement. Elle peut conduire jusqu'à deux heures de suite.

L'examen psychiatrique montre une femme légèrement déprimée (triste, pleure durant notre entretien). Il n'est constaté aucun trouble cognitif, ni de ralentissement, ni de fatigabilité.

Le dosage plasmatique de l'amitryptiline est en dessous de l'intervalle de référence (0.11 pour un minimum de 0.28 mmol/l) qui est compatible avec la faible posologie de 50 mg/jour.

En conclusion, le tableau clinique que présente cette expertisée est compatible avec une dysthymie à début précoce. Nous ne retenons pas de trouble dépressif récurrent, car la symptomatologie dépressive est d'intensité légère et chronique depuis ses 18 ans. Ce trouble de l'humeur persistant ne provoque aucune limitation fonctionnelle. Sa capacité de travail est donc complète sans diminution de rendement dans toute activité ».

Les experts ont retenu uniquement des limitations au niveau ophtalmologique, à savoir : photophobie relative, fatigabilité visuelle, difficulté de lecture et voile visuel devant l'œil gauche. Il en résultait une

baisse de rendement de 20%, l'exercice de l'activité habituelle demeurant par ailleurs exigible à plein temps.

Pour le surplus, les experts ont apporté les réponses suivantes aux questions de la recourante :

« 1. Pouvez-vous décrire l'entrave oculaire dont souffre Mme F. _____ ?

Suite aux épisodes inflammatoires intraoculaires qu'elle a présentés (panuvéite granulomateuse bilatérale), cette patiente se plaint de photophobie relative, fatigabilité visuelle et difficultés de lecture, avec voile visuel devant l'oeil gauche. Le voile visuel peut être expliqué par un début de cataracte à l'oeil gauche, la photophobie est un problème très clairement décrit chez des patients qui ont fait des uvéites, surtout à répétition. La fatigabilité visuelle est un symptôme subjectif, et souvent multifactoriel (facteur oculaire tel qu'uvéite, état dépressif, effet secondaire de traitement médicamenteux).

2. Depuis quand Mme F. _____ présente-t-elle cette entrave oculaire ?

Avant la panuvéite granulomateuse bilatérale inaugurale de juin 2010, cette patiente n'avait, à ma connaissance, pas ces symptômes visuels.

3. Pouvez-vous décrire en quoi l'entrave oculaire de Mme F. _____ est-elle gênante dans l'activité qu'elle exerce actuellement ?

Madame F. _____ travaille comme vendeuse/responsable dans un magasin (kiosque-souvenirs-photo).

Elle décrit que lorsqu'elle travaille une journée entière, sa fonction visuelle est altérée dès le début de l'après-midi (difficultés de lire les petits caractères). Une difficulté à la lecture va entraîner inmanquablement une fatigabilité visuelle.

4. Pouvez-vous décrire en quoi l'entrave oculaire de Mme F. _____ a-t-elle une influence sur sa santé psychique ?

Il n'y a actuellement pas d'atteinte psychique significative.

5. Le traitement que la maladie ophtalmique de Mme F. _____ induit a-t-il des conséquences sur sa santé physique et psychique ?

Tout traitement immunosuppresseur (Azarek 50 mg) peut avoir des conséquences générales, la fatigabilité étant un des symptômes souvent mentionnés.

6. Pouvez-vous évaluer en pourcentage l'entrave que provoque l'atteinte oculaire à la capacité de travail de Mme F. _____ ?

En raison des symptômes susmentionnés (photophobie, difficultés de lecture, fatigabilité visuelle et voile visuel monoculaire gauche), il peut être retenu sur le plan ophtalmologique une diminution de rendement de 20%.

7. Pouvez-vous décrire en quoi la sarcoïdose dont souffre Mme F. _____ a-t-elle une influence sur sa santé physique et psychique ?

Hormis les effets secondaires du traitement immunosuppresseur (Azarek), les patients souffrant de sarcoïdose systémique active présentent des symptômes spécifiques à l'organe qui est atteint, mais

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

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

Depuis le 03.06.2010.

9. Depuis quand la capacité de travail de Mme F. _____ est-elle entravée par la sarcoïdose ?

L'atteinte a eu probablement des incidences progressives, voire temporaires, sur la capacité de travail, au fil des épisodes d'uvéite, nécessitant à chaque fois une réadaptation de son traitement. Il n'est pas possible de donner une datation et des degrés d'incapacité précis.

10. Le traitement que la sarcoïdose de Mme F. _____ induit a-t-il des conséquences sur sa santé physique et psychique ?

La fatigabilité dont se plaint cette patiente peut très bien découler du traitement de la sarcoïdose.

11. Pouvez-vous évaluer en pourcentage l'entrave que provoque la sarcoïdose sur la capacité de travail de Mme F. _____ ?

Sur le plan ophtalmologique, 20% de diminution de rendement.

12. Pouvez-vous indiquer quelle est la capacité de travail actuelle de Mme F. _____, compte tenu de l'ensemble des atteintes psychiques et physiques (y compris ses problèmes psychiques et de dos qui ont limité sa capacité de travail à 60 % depuis le 1^{er} janvier 2004) dont elle souffre ?

20%, les autres experts ne reconnaissant pas d'incapacité de travail.

13. Est-ce que l'état de santé de Mme F. _____ risque de se péjorer à l'avenir ?

Actuellement l'état de santé de Madame F. _____ semble être stabilisé par le traitement immunosuppresseur, mais une réactivation de la sarcoïdose avec, potentiellement, d'autres épisodes d'uvéite, sont possibles ».

Le rapport d'expertise du 22 août 2014 a été communiqué aux parties pour déterminations.

Le 30 septembre 2014, l'OAI a constaté qu'à lecture des conclusions de l'expertise, il ne saurait être question d'une augmentation du quart de rente reconnu par la décision attaquée, la question d'une reformatio in pejus éventuelle semblant plutôt se poser.

Dans ses déterminations du 6 mars 2015, la recourante a relevé qu'il lui était donné raison, ainsi qu'aux Drs J. _____ et Q. _____, dès lors qu'une baisse de la capacité de travail de 20% au plan ophtalmologique était reconnue. Elle a par contre contesté le volet psychiatrique de l'expertise, en estimant que l'appréciation du

Dr R. _____ n'était pas un diagnostic qui aurait évolué ou changé depuis 2004, mais un nouveau diagnostic, en opposition avec celui retenu en 2004 par les médecins du COMAI de [...] et au demeurant non remis en question par le SMR ni l'AI. La recourante a encore déploré que l'expertise psychiatrique n'ait duré que 30 minutes, estimant que l'évaluation de l'intensité de symptômes dépressifs ne peut être faite en si peu de temps. Elle a également noté qu'à l'époque de son examen par le Dr R. _____, elle sortait de trois semaines d'arrêt maladie à la suite d'une opération du doigt, si bien qu'elle était reposée et spécialement bien disposée. Elle a ajouté que la justification des conclusions du Dr R. _____ n'était pas très « étoffée », et que rien n'était dit sur les raisons ayant amené ce médecin à ne pas évaluer les symptômes de la même manière que les experts de 2004, et sans préciser au demeurant pour quelle raison la dysthymie dont elle souffrirait n'entraînerait aucune incapacité de travail. La recourante s'est référée à cet égard à un arrêt de la Cour des assurances sociales du 14 juin 2014, AI 175/12 - 150/2014, en déduisant qu'une dysthymie n'implique pas forcément une capacité de travail pleine et entière. Elle a ajouté dans ce contexte trouver étonnant qu'elle n'ait pas fait état d'idées suicidaires en 2004, contrairement à 2014, et que le diagnostic soit plus « grave » en 2004, relevant au demeurant que sa situation sociale, affective et financière n'a pas changé depuis 2004. La recourante est encore d'avis que l'expertise du Centre d'expertise N. _____ ne remplit pas les critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante, estimant qu'un entretien de 30 minutes ne peut être considéré comme « complet » pour un psychiatre et que les conclusions de ce dernier sont lacunaires et déficientes. Pour elle, le fait que l'expertise du COMAI date d'il y a 10 ans ne lui confère pas moins de valeur probante que celle du Centre d'expertise N. _____, dans la mesure où les deux expertises retiennent un diagnostic chronique mais d'intensité différente depuis qu'elle a 18 ans, et non pas un trouble qui aurait évolué entre 2004 et 2014. La recourante a ainsi requis qu'une nouvelle expertise psychiatrique soit ordonnée.

Le 14 avril 2015, l'OAI a maintenu sa position.

Le 30 juin 2015, la recourante a produit un rapport du Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Pour elle, si la Cour ne devait pas suivre cet avis, il conviendrait de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Selon le rapport du 4 juin 2015 du Dr B._____, la recourante le consultait depuis le 23 mars 2015. Pour ce médecin, le diagnostic à retenir était celui de trouble dépressif récurrent. Il avait constaté lors du rendez-vous du 27 mars 2015 une symptomatologie incompatible avec une dysthymie, à savoir la présence d'idées suicidaires claires et organisées (image de pendaison, de se jeter sous un train). Cette symptomatologie était accompagnée d'une recrudescence de la fatigue, d'un sentiment d'être à bout et d'une forte envie de pleurer, la médication antidépressive (Cymbalta) ayant été augmentée de 30 à 60 mg, en conjonction avec un autre antidépresseur (Saroten). Le Dr B._____ a encore noté que l'anamnèse familiale s'avérait lourde concernant les troubles de l'humeur, ce qui devait rendre d'autant plus attentif à un diagnostic de troubles de l'humeur significatif chez l'assurée, au contraire d'une affection légère de type dysthymie. Une importante symptomatologie anxieuse était en outre relevée.

Le 25 août 2015, l'OAI a une nouvelle fois maintenu sa position. Il s'est pour le surplus référé à une appréciation du Dr T._____ du SMR du 14 juillet 2015, selon lequel l'expertise du Centre d'expertise N._____ semblait parfaitement justifiée.

Le 8 janvier 2016, la recourante a relevé que le Dr T._____ du SMR n'était pas psychiatre, et que l'avis du Dr B._____ avait dès lors une valeur largement supérieure à l'avis du Dr T._____, d'autant que le rapport du Dr B._____ rejoint l'appréciation du COMAI de 2004, selon laquelle elle présente des troubles dépressifs récurrents impliquant une incapacité de travail, et non pas une dysthymie. La requête de mise en œuvre d'une nouvelle expertise était renouvelée.

Le 1^{er} février 2016, l'OAI a une nouvelle fois conclu au rejet du recours.

Le 25 avril 2016, la recourante a indiqué être sous antidépresseurs depuis l'âge de 18 ans, et a requis l'audition du Dr B._____. Elle a en outre produit les pièces suivantes :

- le rapport du Dr D._____ à l'OAI du 20 décembre 2003 déjà au dossier faisant état d'un contexte socio-affectif difficile entraînant un état dépressif et beaucoup d'anxiété ;
- une attestation de suivi de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme selon laquelle elle a été suivie par une intervenante spéciale en alcoologie de cette fondation du 21 juillet 2005 au 19 juin 2006, et du 18 septembre 2007 au 25 mars 2008 ;
- des justificatifs de remboursement LAMAI dans lesquels la Dresse A._____ a indiqué « diagnostic et thérapie psychiatrique, thérapie individuelle » le 23 janvier 2007, puis le Dr J._____ le 20 juillet, 21 août, 4 septembre, 7 octobre, 10 novembre et 8 décembre 2009 ;
- l'extrait de 2000 à 2010 de [...] Assurances listant les différentes prestations dont elle a bénéficié durant cette période.

Le 16 août 2016, la recourante a maintenu sa requête de débats publics. Elle a derechef sollicité l'audition du Dr B._____, ainsi que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, en faisant valoir que les deux expertises au dossier, à savoir celle du COMAI et celle du Centre d'expertise N._____, étaient contradictoires.

Le 17 août 2016, la recourante a été informée que sur la base d'une appréciation anticipée des preuves, les mesures d'instruction requises étaient rejetées.

Le 13 septembre 2016, le Dr H._____ a établi une attestation selon laquelle sa patiente pouvait travailler à 40%, sans port de charge, avec une station debout limitée à 30 minutes, de même que la station assise, avec nécessité de changement de position toutes les trente minutes. Le Dr B._____ a pour sa part estimé le 14 octobre 2016 que la capacité de travail de sa patiente était limitée à 50%, en expliquant que l'assurée était souvent « à bout » et ne supportait plus sa situation (ennuis avec le locataire de sa boulangerie, récente perte de son travail, difficultés

à faire face aux demandes de l'office régional de placement [ci-après : ORP]). Durant ces phases de déstabilisation, l'assurée pouvait verbaliser des idées noires. Elle avait des ressources adaptatives très faibles et était souvent débordée par l'anxiété.

F. Une audience de débats a eu lieu le 15 novembre 2016, lors de laquelle le mandataire de la recourante a plaidé sa cause. Cette dernière s'est également exprimée.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte, pour le surplus, les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité d'un degré supérieur à un quart dans le contexte d'une procédure de révision (art. 17 LPGA), singulièrement sur le point de savoir

si son état de santé a subi une modification notable susceptible d'influencer son degré d'invalidité et, partant, son droit aux prestations.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (cf. art. 6 LPGA in fine).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et les réf. citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée).

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 citées ; cf. aussi, entre autres, TF 9C_323/2015 du 25 janvier 2016 consid. 5.1).

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

des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3 p. 13 ; 117 V 198 consid. 4b p. 200 ; TF 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2 ; TF 9C_226/2013 du 4 septembre 2013).

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

Lorsque la recourante s'est adressée à l'OAI en février 2011, elle a mentionné souffrir d'une sarcoïdose. Son médecin traitant, le Dr J._____, a précisé que sa patiente présentait une panuvéite intervenant dans le cadre de la sarcoïdose systémique, avec d'importants troubles de la vue depuis le début du printemps 2010 (cf. rapport du 28 février 2011). La sarcoïdose avec atteinte oculaire a également été constatée par le Dr M._____, qui a précisé qu'elle n'avait toutefois pas de répercussion clinique ou fonctionnelle sur le plan respiratoire (cf. rapport du 8 novembre 2010).

Il n'est pas contesté que la panuvéite bilatérale dans le cadre d'une sarcoïdose constitue une atteinte nouvelle. S'agissant des répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail de l'assurée, le Dr K. _____ a estimé que la vision était stable lors de son contrôle du 4 octobre 2010 (cf. rapport du 22 avril 2011). En outre, le Dr Q. _____ a relevé le 15 juin 2011 que l'inflammation intraoculaire était mieux contrôlée avec une disparation complète de l'œdème maculaire. Il a pour le surplus noté le 13 juillet 2011 que l'activité exercée jusqu'ici demeurait exigible au même taux que celui exercé jusqu'à maintenant. Dans ces circonstances, l'intimé a maintenu le quart de rente par décision du 31 août 2012. Dans le cadre de son recours contre cette décision, la recourante fait pour l'essentiel valoir que sa capacité de travail a baissé des suites de sa sarcoïdose. Dans la mesure où la recourante a produit une pièce nouvelle en recours, à savoir un rapport du 3 octobre 2012 du Dr Q. _____, qui soutient que la maladie ophtalmologique est susceptible d'entraîner une fatigabilité oculaire et visuelle accrue, avec une perte de capacité de travail de 10% au minimum et de 20% au maximum dans son activité habituelle, le Dr Q. _____ a été invité à préciser la capacité de travail de sa patiente. Le 20 mars 2013, ce spécialiste a indiqué que l'état de l'intéressée avait évolué entre juin 2011 et octobre 2012, avec une situation demeurée toutefois objectivement stable au cours du suivi avec une meilleure acuité visuelle qui s'était maintenue entre 80 et 100% de juillet 2011 à octobre 2012 à l'œil gauche.

Devant les divergences d'interprétation des rapports médicaux au dossier en lien avec l'atteinte oculaire, et dès lors que la situation globale de l'assurée n'avait plus fait l'objet d'un examen pluridisciplinaire depuis l'expertise de juillet 2004 du COMAI, une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été mise en œuvre. Les Drs R. _____, O. _____, P. _____ et S. _____ ont établi leur rapport le 22 août 2014. A cet effet, ils se sont livrés à une étude circonstanciée des points importants, en pleine connaissance du dossier, ont effectué des examens complets, ont listé les plaintes de l'assurée, posé son anamnèse et décrit le contexte médical avec soin, pour livrer une appréciation motivée, précise et dénuée de contradiction de la situation médicale de la recourante, dans une

perspective pluridisciplinaire. Le rapport d'expertise du Centre d'expertise N. _____ remplit dès lors les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître pleine valeur probante. Il n'y a au demeurant pas lieu de s'en écarter : il est en effet constant que le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire. Or cette dernière ne contient pas de contradictions, aucune surexpertise n'en infirme les conclusions et aucun élément au dossier n'est propre à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des experts. Du reste, la recourante ne la conteste que très partiellement, à savoir uniquement en tant qu'elle a trait au volet psychiatrique.

Au plan somatique, les experts ont retenu avec effet sur la capacité de travail les diagnostics d'amblyopie de l'œil droit, de status après panuvéite granulomateuse sarcoïdique (3.6.10), de synéchies antéropostérieures droites à 7 heures séquellaires d'un épisode d'uvéite, et de sclérose nucléaire et intumescence cristallinienne débutante du côté gauche. Sans effet sur la capacité de travail, ils ont mentionné des lombalgies communes sur troubles dégénératifs étagés du rachis (dès 2003), une dysthymie (F34.1) depuis l'âge de 18 ou 20 ans, de l'arthrose nodulaire des doigts, un status après cure chirurgicale pour une ténosynovite du médius droit le 7 avril 2014, une sarcoïdose de stade 1, un goitre nodulaire euthyroïdien, une obésité (BMI à 34.3) dès 2010, ainsi qu'une hypoacousie gauche appareillée. Les constats des experts sont très largement superposables à ceux faits par le COMAI en 2004, s'agissant des atteintes somatiques, savoir qu'elles sont non incapacitantes, sous réserve de l'atteinte ophtalmologique. A cet égard, il n'est à juste titre pas contesté que la sarcoïdose de stade I est restée parfaitement asymptomatique au plan respiratoire et ne permet donc pas de retenir de limitations fonctionnelles sur le plan de la médecine interne, l'examen pratiqué par les experts s'inscrivant du reste dans la norme. Sur le plan rhumatologique, les experts ont fait état de rachialgies communes sur des troubles dégénératifs étagés du rachis, qui n'entraînaient pas d'incapacité de travail significative et durable comme vendeuse. Les douleurs de la main droite et la diminution de mobilité du médius étaient temporaires, consécutives à l'intervention chirurgicale subie le 7 avril 2014 et n'avaient

pas d'influence au long cours sur la capacité de travail. Par contre, sur le plan ophtalmologique, les experts ont constaté que l'état oculaire était certes stabilisé, mais que la symptomatologie décrite, à savoir une photophobie, des difficultés de lecture, une fatigabilité visuelle et un voile visuel monoculaire gauche, justifiait la reconnaissance d'une baisse de rendement de 20%. En cela, les experts ont rejoint la plus récente appréciation du Dr Q._____, et ont notamment relevé que le traitement immunosuppresseur pouvait avoir comme conséquence une fatigabilité. Il y a ainsi lieu de retenir que dans l'activité habituelle, la capacité de travail est entière avec une baisse de rendement de 20%. On relèvera pour le surplus que l'attestation du Dr H._____ du 13 septembre 2016 n'est nullement étayée, ce médecin affirmant sans explication que la capacité de travail de sa patiente est de 40% et listant des limitations fonctionnelles (pas de port de charge, pas de position assise et debout de plus de 30 minutes, nécessité de changement de positions toutes les 30 minutes). Cette attestation n'est dès lors pas propre à faire douter des conclusions de l'expertise du Centre d'expertise N._____.

Au plan psychiatrique, les experts du Centre d'expertise N._____, contrairement à ceux du COMAI, n'ont reconnu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. Pour sa part, la recourante se prévaut du rapport du Dr B._____ du 4 juin 2015 qu'elle a produit postérieurement à l'expertise du Centre d'expertise N._____ pour remettre en cause le caractère probant de celle-ci. Or la recourante n'a entrepris un suivi auprès du Dr B._____ qu'au mois de mars 2015, soit 7 mois après que soit rendu le rapport d'expertise du Centre d'expertise N._____, et près de 2 ans et demi après la décision du 31 août 2012. Elle a du reste déclaré à l'expert psychiatre avoir entrepris deux psychothérapies, l'une de trois mois en 2004, et l'autre de 6 mois en 2008, et n'avoir, depuis 2008, plus de suivi psychothérapeutique et ne pas en ressentir le besoin. Il résulte en outre des pièces qu'elle a produites le 25 avril 2016, et en particulier des justificatifs de remboursement LAMal, que la Dresse A._____ a facturé une fois une prestation de « thérapie psychiatrique » en 2007, et le Dr J._____ six prestations de ce type en 2009, sans qu'il n'y ait par ailleurs eu de suivi au plan psychiatrique par un

médecin psychiatre et/ou un psychologue. Ces prestations ont en outre été facturées plus d'une année avant que la recourante ne sollicite une augmentation de sa rente en raison de sa sarcoïdose. Quant à l'attestation de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, elle relate uniquement qu'entre 2005 et 2006, puis entre 2007 et début 2008, l'assurée a bénéficié du suivi d'une intervenante en alcoologie. Or elle-même n'a jamais souffert d'alcoolisme ; c'est son époux qui abuse de l'alcool. C'est du reste en réaction à une rechute alcoolique de son époux qu'en juin 2003, elle a présenté un nouvel épisode dépressif réactionnel et a consulté un psychiatre, selon les médecins du COMAI. Lesdits médecins ont bien constaté lorsqu'ils ont examiné l'assurée en 2004 que le trouble dépressif était *en rémission*, en précisant que le contexte conjugal (et social) jouait un rôle non négligeable dans la symptomatologie de l'expertisée. Or la recourante s'est séparée de son époux en 2007. Dès 2008, elle n'a plus eu de suivi psychiatrique – sinon un soutien ponctuel de son médecin traitant généraliste dans la deuxième partie de l'année 2009 – ni de suivi psychothérapeutique. L'expert du Centre d'expertise N._____ a listé que les facteurs de stress auxquels la recourante avait dû faire face étaient les épisodes dépressifs récurrents de son père entre ses 10 et ses 20 ans, le suicide de son père à 20 ans et les autres suicides de sa famille, ainsi que la relation difficile avec son mari depuis 1995 avec violence verbale et même parfois physique en raison de l'alcoolisme et du trouble bipolaire dont il souffre, les dettes hypothécaires à hauteur de [...] fr. et la séparation d'avec son mari en 2007. La recourante ne peut dès lors être suivie lorsqu'elle affirme que le fait que l'expertise du COMAI date de plus de 10 ans ne lui confère pas moins de valeur probante que celle du Centre d'expertise N._____. Cette dernière expertise intègre en effet le fait que depuis la séparation d'avec son époux en 2007, la recourante n'a plus rencontré de facteur de stress tels que ceux qui existaient jusque-là. L'expert psychiatre du Centre d'expertise N._____ a notamment constaté que jusqu'en 2010, elle avait régulièrement souffert d'angoisses d'intensité maximale, durant plusieurs heures. Du reste, par décision du 1^{er} décembre 2010, le quart de rente avait été maintenu. Postérieurement, et à tout le moins jusqu'à l'expertise Centre d'expertise N._____ de 2014, l'état au plan psychiatrique s'est amendé, la recourante n'ayant

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

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

ne sont pas de nature à attester d'une péjoration de l'état de santé dont l'intimé aurait dû tenir compte lorsqu'il a statué en 2012. Cela étant, les rapports du psychiatre traitant paraissent établir une péjoration de l'état de santé de la recourante, qui pourrait être de nature à conduire à une augmentation de sa rente. Ce point sort toutefois de l'objet du litige et devra faire l'objet d'une nouvelle instruction de la part de l'OAI lorsqu'il entreprendra la révision, d'office ou à la demande de l'assurée, du droit à la rente. Pour le surplus, la situation de la recourante est différente de celle ayant donné lieu à l'arrêt AI 175/12 - 150/2014 du 14 juin 2014 dont elle se prévaut ; il n'a en particulier pas été jugé dans cette affaire que la dysthymie était ou non incapacitante, mais uniquement constaté que les éléments médicaux au dossier étaient contradictoires et qu'il convenait dès lors d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé pour complément d'instruction.

Il y a dès lors lieu de constater que l'état de santé de la recourante n'a pas subi une modification notable susceptible d'influencer son degré d'invalidité et, partant, son droit aux prestations.

La recourante a désormais 61 ans. Suivant la jurisprudence (ATF 138 V 457), pour déterminer s'il est exigible d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il mette en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée (cf. art. 16 LPGA), il faut se placer au moment de la date de l'expertise médicale qui sert de fondement aux constatations de fait relatives à la capacité de travail. En l'espèce, la recourante a eu 59 ans au cours de l'année où a été réalisée l'expertise du Centre d'expertise N._____. Son âge ne saurait donc être considéré comme faisant obstacle à la reprise, respectivement à la poursuite, d'une activité.

Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire, pas plus que l'audition du Dr B._____ (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010, consid. 3.2 et les références citées). En effet, de telles mesures d'instruction ne seraient pas de nature à modifier les

considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 31 août 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de F._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Claude Perroud (pour F. _____), à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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 :