

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 décembre 2009

Présidence de M. NEU
Juges : M. Abrecht et Mme Di Ferro Demierre
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

K. _____, à Lausanne, recourante, représentée par la protection juridique
L. _____, à Lausanne

et

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

Art. 17 LPGA; 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. **a)** K._____ (ci-après: la recourante), née en 1965, a travaillé pour la Préfecture de Lausanne en tant qu'employée de bureau qualifiée, puis en tant qu'employée administrative, du 1^{er} juillet 1990 au 31 mars 2007.

b) Le 26 janvier 2005, la recourante a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, au motif que l'épilepsie et les migraines oculaires dont elle souffrait l'empêchaient de poursuivre une activité professionnelle à plein temps.

Le 21 septembre 2005, le SMR a rendu un rapport d'examen qui se fondait sur les rapports médicaux suivants:

- Rapport médical du 7 février 2005 du Dr Y._____, spécialiste FMH en ophtalmologie et en chirurgie ophtalmologique,
- Rapport médical du 7 février 2005 du Dr J._____, spécialiste FMH en neurologie,
- Rapport médical du 23 février 2005 du Dr F._____, médecin généraliste, et
- Rapport médical du 16 mars 2005 de la Dresse Q._____, médecin cantonal adjoint.

Selon le rapport du SMR, il convenait de retenir que les pathologies associées du ressort de l'AI dont souffrait la recourante étaient: un léger retard psychomoteur, une comitialité partielle avec rares généralisations secondaires, un état anxio-dépressif intermittent, une phobie sociale généralisée d'intensité légère à moyenne exophorie, une insuffisance de la convergence et de l'accommodation, un astigmatisme et des rachialgies sur scoliose dorsolombaire à convexité droite.

Ce rapport a conclu que l'incapacité de travail durable avait débuté le 17 novembre 2004, la capacité de travail exigible étant de 50%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Quant aux

limitations fonctionnelles, il préconisait l'absence d'activité avec lecture et ordinateur, l'alternance des positions ainsi que l'absence de stress.

Sur la base du rapport d'examen du SMR du 21 septembre 2005, l'OAI a rendu le 23 décembre 2005 et le 17 février 2006 deux décisions retenant un degré d'invalidité de 50% et accordant, ainsi, une demi-rente à la recourante dès le 1^{er} novembre 2005.

Par décision du 17 avril 2007, la CPEV, faisant siennes les conclusions du médecin cantonal adjoint, la Dresse Q._____, a reconnu à la recourante le droit à une pension d'invalidité complète.

B. **a)** Le 25 avril 2007, la recourante a demandé la révision de sa rente. Le 1^{er} mai 2007, l'OAI a invité la recourante à remplir un formulaire de demande de prestation. Par acte reçu le 14 mai 2007, la recourante a déposé une demande de révision de sa rente, au motif que son état de santé s'était aggravé en raison du travail exercé et du fait que ses yeux ne supportaient plus la lumière.

b) L'OAI a invité les Drs J._____, Y._____ et F._____ à se prononcer sur l'état de santé de la recourante, en particulier sur l'évolution de celui-ci depuis que le droit à une demi-rente d'invalidité avait été reconnu à l'intéressée, ceci par décisions des 23 décembre 2005 et 17 février 2006.

 Le Dr J._____ a fait état, dans son rapport du 5 juin 2007, d'une aggravation de l'état anxio-dépressif de la recourante avec épuisement, dans un contexte professionnel très défavorable. En outre, il signalait que la recourante souffrait d'une pathologie ophtalmologique, qui provoquait des céphalées intenses venant aggraver son état dépressif. Il a cependant précisé que l'état neurologique de la recourante était stable; mais qu'à son sens, il lui était impossible de reprendre une activité professionnelle, même à visée occupationnelle, l'intéressée se trouvant dans l'incapacité totale de poursuivre son activité habituelle depuis le 29 novembre 2006.

Le Dr Y._____, dans son rapport du 6 juin 2007, a rapporté que, d'un point de vue ophtalmologique, l'état de santé de la recourante était stationnaire. Cependant, de ce point vue, l'atteinte à la santé était telle qu'à son sens, l'intéressée était dans l'incapacité totale de reprendre son activité habituelle, ce depuis le 26 novembre 2006, et que seule une activité ne requérant que peu de travail oculaire pouvait être exigée de sa part.

Dans un rapport du 18 juin 2007, le Dr F._____ a retenu ce qui suit:

"Pronostic: D'entente avec le médecin cantonal adjoint, le Dr J._____ et le Dr Y._____, une poursuite de l'activité n'est plus réaliste avec le temps, malgré les efforts conjoints de la patiente et des médecins traitants. L'absence de solution à l'interne, les limitations ophtalmologiques, psychiques et constitutionnelles ne permettent pas d'envisager un reclassement professionnel. L'essai d'un poste aménagé à 50% n'a pas tenu à moyen terme."

Selon le Dr F._____, la recourante était en incapacité totale de poursuivre son activité habituelle depuis le 29 novembre 2006.

c) Suite à ces rapports médicaux, le SMR a rendu un avis médical, daté du 25 août 2008, résumant les avis médicaux précités et concluant, à la différence de ces derniers, qu'il n'y avait pas d'évidence d'une réelle aggravation de l'état de santé. Selon le SMR, la capacité de travail de la recourante demeurait ainsi de 50% dans son activité habituelle, sous réserve de l'utilisation d'une informatique performante permettant d'ajuster la grandeur des caractères à la mauvaise acuité visuelle.

d) Par projet de décision du 9 octobre 2008, l'OAI, se basant sur l'avis médical du SMR du 25 août 2008, a considéré qu'une capacité de travail de 50% était toujours exigible aussi bien dans l'activité d'employée de commerce que dans toute autre activité moyennant l'utilisation de moyens informatiques adaptés à l'état de santé. Il concluait ainsi que le

degré de l'invalidité était demeuré inchangé, ce qui justifiait un refus d'augmentation de la rente d'invalidité.

Représentée par la protection juridique L._____, la recourante a fait valoir, par courrier du 13 novembre 2008, ses objections contre le projet de décision de l'OAI du 9 octobre 2008, lui reprochant de ne tenir compte que du seul avis médical du SMR du 25 août 2008, sans justifier son refus de prendre en considération les avis des Drs J._____, Y._____ et F._____. Elle a requis un complément d'instruction sous forme d'une expertise médicale multidisciplinaire compte tenu de la multiplicité de ses souffrances et de leur imbrication.

Invité par l'OAI à répondre aux objections de la recourante, le SMR a rendu, le 6 janvier 2009, un avis médical déniait toute pertinence aux arguments développés par la recourante dès lors que l'absence d'aggravation de la santé pouvait être déduite des rapports des médecins traitants en ce sens que:

- Le Dr J._____ avait fait état d'une stabilisation de la problématique neurologique, le surplus sortant de son champ de compétence (rapport du 5 juin 2007),
- Le Dr Y._____ avait attesté que les troubles asthénopiques avec exophorie étaient connus depuis 2000 au moins, sans aggravation (rapport du 6 juin 2007),
- Le Dr F._____ avait indiqué que le status était superposable à celui décrit dans son rapport de 2005 (rapport du 18 juin 2007).

Le SMR en a conclu qu'il avait disposé, à la date de son précédent avis, de suffisamment de renseignements médicaux pour affirmer que l'état de santé de la recourante ne s'était pas aggravé.

e) Faisant siens les avis médicaux du SMR du 25 août 2008 et du 6 janvier 2009, l'OAI a rendu, le 31 mars 2009, une décision de refus d'augmentation de la rente d'invalidité au motif que le degré de l'invalidité de la recourante était demeuré inchangé, une capacité de travail de 50% demeurant exigible aussi bien dans l'activité d'employée de commerce

que dans toute autre activité, moyennant l'utilisation de moyens informatiques adaptés à son état de santé.

C. **a)** Par acte de son mandataire du 29 avril 2009, la recourante s'est pourvue contre la décision de l'OAI du 31 mars 2009 devant le tribunal de céans. A l'appui de son recours, elle a produit un rapport du Dr Y._____ du 22 avril 2009 et du Dr J._____ du 23 avril 2009. Selon le Dr Y._____, l'état de santé oculaire de la recourante était stable depuis quelques années, celle-ci souffrant d'une fatigue oculaire extrême avec gêne à la lumière ainsi que de trois problèmes altérant la coordination de ses yeux. En ce qui concerne sa capacité de gain, ce médecin retenait ce qui suit:

"il est donc difficile, dans ces conditions, d'obtenir une place de travail, étant donné que toute activité demandant une vision de près (ordinateur, lecture, écriture) s'avère très difficile. Cette difficulté devient insurmontable pour cette patiente, tout le problème réside dans le fait que les symptômes ne sont pas "mesurables" mais j'ai tendance à croire cette patiente qui, de toute bonne foi, n'arrive pas à surmonter son handicap, étant probablement un peu limitée."

Le Dr J._____ constatait quant à lui que la situation épileptologique était bien stabilisée. Dans le cadre d'un retard psychomoteur, la recourante présentait des altérations neuropsychologiques qu'il aurait convenu d'étayer par un bilan; elle présentait un état anxio-dépressif indéniable. Le Dr J._____ a conclu ce qui suit:

"Par conséquent, il est nécessaire que soit organisé un examen multidisciplinaire de la part de l'OAI avec les médecins compétents des différentes spécialités concernées pour prendre compte de l'entière des problèmes qui ont justifié la mise en incapacité complète de travail de la patiente et ce tant de la part du médecin adjoint du médecin cantonal que des différents praticiens qui l'ont examinée et suivie au cours de ces dernières années."

En substance, la recourante a conclu, principalement, au renvoi de son dossier à l'OAI afin de mettre en œuvre une expertise médicale multidisciplinaire aux fins de déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible dans une activité adaptée et de statuer à

nouveau sur les prestations dues en sa faveur et, subsidiairement, à l'allocation d'une rente d'invalidité entière.

b) Dans sa réponse du 4 juin 2009, l'OAI a rappelé que la valeur probante d'un avis médical ne dépendait pas de sa forme mais de son contenu, en particulier de son argumentation. À son sens, l'avis de la Dresse Q._____ reconnaissant une invalidité totale était lacunaire, en raison du fait qu'il ne décrivait aucun status, ne mentionnait aucun diagnostic ni n'expliquait en quoi l'état de la recourante se serait aggravé.

Les rapports du Dr J._____ pouvaient être écartés dès lors qu'ils fondaient une aggravation de la santé de la recourante sur son état anxio-dépressif, constatation qui, de l'aveu même de ce médecin, échappait à ses compétences. Quant aux rapports des Drs Y._____ et F._____, aucun d'entre eux n'avait retenu d'aggravation de la santé de la recourante, l'état de santé de la recourante ayant au contraire été qualifié de stationnaire.

En définitive, l'OAI a constaté que le seul élément médical plaidant en faveur d'une aggravation tenait à l'état anxio-dépressif de la recourante, tel qu'attesté par le Dr J._____, sans toutefois que l'intéressée ait bénéficié d'un suivi particulier, ni qu'une incapacité de travail ait été attestée par un spécialiste en psychiatrie. Il a conclu au rejet tant de la requête d'expertise que du recours au fond.

E n d r o i t :

1. 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 à l'AI (art. 1^{er} 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 s. LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) 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). Au vu de la valeur litigieuse, la présente cause relève de la compétence d'une cour composée de trois magistrats (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

Interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, le recours est recevable en la forme.

2. La recourante conteste le refus d'augmentation de sa rente, reprochant à l'OAI de ne pas avoir effectué de complément d'instruction sous forme d'une expertise pluridisciplinaire, neurologique, ophtalmologique, orthopédique ainsi que psychologique et de s'être ainsi fondé sur un simple avis médical du SMR dépourvu de valeur probante suffisante.

a) Selon l'art. 17 LPGA, lorsque 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Selon l'art. 87 al. 3 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.01), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

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; 105 V 156, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

c) 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. Lorsque 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, consid. 3a, et les références citées).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées). En particulier, la

jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un service médical régional au sens de l'art. 69 al. 4 RAI a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (TF I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2; I 523/02 du 28 octobre 2002, consid. 3).

Au sujet des constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

3. a) En l'espèce, la recourante a déposé le 25 avril 2007 une demande de révision de sa rente d'invalidité tendant à l'octroi d'une rente entière pour cause d'aggravation de son état de santé. L'OAI est entré en matière sur cette demande, reconnaissant implicitement le caractère vraisemblable d'une telle aggravation, mais a dénié toute péjoration sur le fond, se fondant sur une synthèse des avis médicaux versés au dossier effectuée par le SMR.

b) La valeur probante des rapports médicaux versés au dossier n'a à juste titre pas été remise en cause par l'intimé, le SMR s'étant exclusivement fondé sur ceux-ci, sans avoir procédé lui-même à un examen médical de l'intéressée.

Cela étant, on ne saurait partager la lecture, respectivement la synthèse qu'en fit le SMR, ni donc adhérer à ses conclusions. Si l'état de

santé de l'assurée a pu être qualifié de stationnaire par certains médecins - ainsi les Drs Y._____, F._____ et J._____ -, une telle appréciation ne peut être isolée de son contexte, ni de la globalité des considérations médicales émises. C'est en effet chacun dans leur spécialité que ces médecins se sont prononcés, tout en retenant qu'une telle approche unidisciplinaire ne suffisait pas à rendre compte de la complexité manifeste du cas de l'assurée, respectivement à prendre la réelle mesure de son incapacité de travail, déjà considérée comme totale par certains, ni à se prononcer en pleine connaissance de cause sur la capacité de travail résiduelle effective de l'intéressée. Ainsi, c'est unanimement que les médecins qui ont examiné et suivi l'intéressée ont relevé l'imbrication comme la gravité des atteintes sur le plan global, rejoignant en ceci, dans les faits, l'avis du médecin cantonal adjoint, la Dresse Q._____, certes non motivé mais ayant conduit la CPEV à l'octroi d'une rente fondée sur une invalidité totale. C'est tout aussi unanimement que les mêmes médecins ont renvoyé l'office intimé à la nécessité de mettre en œuvre une expertise multi-disciplinaire, singulièrement de compléter les approches sur le plan somatique par des investigations sur le plan psychique.

Il résulte de ce qui précède que seule une évaluation et une appréciation globales de l'état de santé de l'assurée permettait de fonder un degré d'invalidité avec pertinence. Ayant fait fi du renvoi de l'ensemble des médecins traitants à la nécessité de compléter l'instruction du cas sur le plan médical par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, le SMR et avec lui l'office intimé n'étaient pas fondés - faute d'avoir clarifié le cas sur le plan médical de manière à permettre une constatation exacte et complète des faits pertinents - à retenir l'absence de péjoration de l'état de santé, partant à rendre la décision de refus de révision du cas dont est recours.

c) En conclusion, un complément d'instruction sous forme d'une expertise pluridisciplinaire concertée, neurologique, ophtalmologique, orthopédique et psychiatrique doit être mis en œuvre afin d'évaluer l'état de santé de l'assurée dans sa globalité,

respectivement de prendre la mesure d'une aggravation de celui-ci, comme de la capacité de travail résiduelle de l'intéressée.

Il n'est pas opportun que l'autorité de recours ordonne elle-même une expertise judiciaire, ni qu'elle suspende la cause le temps que l'intimé complète l'instruction, tâche qui lui incombe au premier chef (art. 57 LAI et 69 RAI). Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne violant ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008), la solution en l'occurrence la plus expédiente consiste à admettre le recours pour le motif exposé ci-dessus, à annuler la décision attaquée et à renvoyer l'affaire à l'intimé pour qu'il procède au complément d'instruction, dans le sens des considérants, puis rende une nouvelle décision fondée sur une approche globale du cas de l'assurée.

4. L'admission du recours conduit à l'allocation de dépens en faveur de la recourante, représentée par une assurance de protection juridique (art. 61 LPGA et 55 al. 1 LPA-VD; TF 9C_475/2009 du 23 octobre 2009). Fixés selon l'importance et la complexité de la cause, il convient de les arrêter à 1'500 francs, à la charge de l'autorité qui succombe. Bien que déboutée, celle-ci ne supportera pas d'émolument judiciaire, les frais de justice restant à la charge de l'Etat (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 31 mars 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office afin qu'il statue à nouveau, après avoir mis en

oeuvre une expertise pluridisciplinaire neurologique, ophtalmologique, orthopédique et psychologique.

III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à K._____ la somme de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens.

IV. Le présent arrêt est rendu sans frais.

Le président:

Le greffier:

Du

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

- Protection juridique L._____ (pour K._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier: