

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 décembre 2009

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Bonard et Pittet, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

G._____, à [...], recourante,

et

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

Art. 57 al. 1 let. f LAI; 43 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. a) G. _____ (ci-après: l'assurée), née le [...] 1982, présente une diparésie des membres inférieurs et un discret hémisyndrome spastique droit, consécutifs à une hémorragie cérébrale ayant entraîné une hydrocéphalie dans la période néonatale.

Elle a bénéficié de mesures professionnelles financées par l'AI de 2001 à 2005, au terme desquelles elle est porteuse d'un CFC d'employée de bureau, obtenu en juillet 2003, et d'un Diplôme d'assistanat administratif et médical, obtenu en avril 2005.

b) Le 20 juillet 2005, la division administrative de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a établi un rapport final dont il ressort ce qui suit:

"En date du 15.04.2005, l'assurée prénommée est donc arrivée au terme des mesures de formation professionnelle initiale que nous lui avons octroyées, et qui l'ont amenée à l'obtention du Diplôme d'assistanat administratif et médical (niveau 1), titre qui s'ajoute au CFC de bureau obtenu en juillet 2003.

Munie de ce bagage, notre assurée est désormais apte à trouver un poste administratif, soit dans un cabinet médical, soit dans un établissement hospitalier ou médico-social, soit encore auprès d'une assurance.

Dans de tels emplois, sa capacité de gain se situe dans une fourchette allant de fr. 3'600.- brut par mois (salaire minimum d'une secrétaire médicale) à fr. 4'000.- brut par mois (salaire moyen pour une employée de bureau avec CFC, âgée de 23-24 ans, selon normes de la SEC), soit une moyenne de fr. 3800.- brut par mois x 13 = fr. 49'400.- annuels."

c) Le 28 novembre 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a rendu une décision dont la teneur était la suivante:

"Nous nous référons aux mesures professionnelles précédemment octroyées par décision du 23 octobre 2000.

Vous avez accompli avec succès un CFC de bureau ainsi qu'un diplôme d'assistanat administratif et médical (niveau 1), ce dont nous vous félicitons.

- En effet, vous avez effectué un apprentissage d'employée de bureau sanctionné par un CFC en juillet 2003. Par la suite, vous avez débuté une formation auprès de l'Ecole Minerva en vue de l'obtention du certificat d'assistanat administratif et médical (niveau 1) que vous avez terminée avec succès.
- Vous êtes actuellement en mesure de trouver un poste administratif soit dans un cabinet médical, soit dans un établissement hospitalier ou médico-social, soit encore auprès d'une assurance. Dans une telle activité, vous êtes en mesure de réaliser un revenu annuel de Fr. 49'400.-.
- Lorsque l'assuré n'a pu acquérir de connaissances professionnelles suffisantes à cause de son invalidité, le revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide correspond en pour-cent, selon son âge, aux fractions suivantes de la médiane, actualisée chaque année, telle qu'elle ressort de l'enquête de l'Office fédéral de la statistique sur la structure des salaires. En ce qui vous concerne, le revenu réalisable sans invalidité est de Fr. 56'400.-.

Nous constatons que votre réadaptation professionnelle est achevée et que, de ce fait, vous réalisez un revenu qui exclut le droit à la rente."

d) Le 19 décembre 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant notamment à l'octroi d'une rente d'invalidité.

Par décision du 22 février 2006, l'OAI, constatant que la précédente demande de prestations s'était terminée par décision du 28 novembre 2005 et que l'assurée ne faisait valoir aucun fait nouveau dans sa nouvelle demande, a refusé d'entrer en matière sur celle-ci.

L'assurée a fait opposition contre cette décision par courrier du 3 mars 2006, en exposant que malgré ses efforts de suivre une scolarité normale et les deux formations effectuées (employée de bureau et secrétaire médicale), elle n'était acceptée ni comme stagiaire ni à plus forte raison comme employée, d'une part parce qu'elle était très lente et d'autre part parce qu'elle était très vite fatiguée.

Par décision sur opposition du 16 octobre 2007, l'OAI a rejeté l'opposition formée contre sa décision du 22 février 2006, au motif que

l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, n'ayant produit à l'appui de sa demande ni certificat ou rapport médical ni autre indice permettant d'établir une quelconque aggravation.

B. a) Le 31 mars 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes.

Invitée à produire un rapport médical détaillé rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité, l'assurée a produit deux rapports médicaux de la Dresse J._____, médecin associé au Service de Neuropsychologie et Neuroréhabilitation de l'hôpital C._____, des 27 juin 2007 et 25 janvier 2008.

Dans un avis SMR du 11 juin 2008, le Dr W._____ a proposé d'interroger la Dresse J._____ au moyen des formulaires d'usage.

b) Dans un rapport médical du 15 août 2008 adressé à l'OAI, la Dresse J._____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de status post-hydrocéphalie post-hémorragique avec diparésie des membres inférieurs, trauma après la naissance (le 8 octobre 1982). Invitée à se prononcer sur l'incapacité de travail, elle a indiqué que celle-ci devrait être évaluée dans un stage professionnel.

c) Le 7 mai 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité, au motif qu'il ressortait des investigations médicales qui avaient été entreprises que la capacité de travail de la recourante était entière dans l'activité de secrétaire médicale.

L'assurée a contesté cette décision par courrier du 19 mai 2009, en se référant aux conclusions du rapport d'évaluation établi en date du 6 septembre 2007 par la coopérative N._____ ensuite d'un stage effectué du 23 juillet au 6 septembre 2007 auprès de cette coopérative, dont il ressort notamment que son taux d'activité maximum est de 50%, que le temps dont elle a besoin est triplé par rapport à une

personne qui n'aurait pas un tel handicap et que le marché du travail est trop exigeant par rapport à ses capacités physiques.

d) Le 17 juillet 2009, l'OAI a rendu une décision de refus de rente identique à son projet de décision du 7 mai 2009, considérant qu'il était ressorti des investigations médicales entreprises que la capacité de travail de l'assurée était entière dans l'activité de secrétaire médicale et qu'elle ne présentait donc aucun préjudice économique pouvant lui ouvrir le droit à des prestations sous forme de rente.

Dans un lettre d'accompagnement également datée du 17 juillet 2009, l'OAI a précisé qu'il avait accordé à l'assurée un délai au 15 juin 2009 pour produire un rapport médical apportant des éléments susceptibles de modifier son projet de décision du 7 mai 2009; or, ce document n'avait pas été produit et l'assurée n'avait pas rendu plausible la modification du projet de décision, qui devait dès lors être confirmé.

e) Dans une lettre du 28 juillet 2009 adressée à l'OAI, la Dresse J._____ a fait part de son incompréhension au sujet de la décision du 17 juillet 2009, en relevant qu'il était selon elle impossible, bien que l'assurée ait un certificat pour la reprise d'une activité professionnelle, qu'elle retrouve un travail dont les conditions soient adaptées au ralentissement de la motricité fine.

C. a) Par acte du 17 août 2009, l'assurée recourt contre la décision du 17 juillet 2009. Elle expose qu'elle a déposé le 25 mars 2008 une demande de rente d'invalidité, qui était motivée et soutenue par un rapport de la coopérative N._____ du 6 septembre 2007 concluant que son état de santé n'était pas compatible avec une activité professionnelle régulière. Cette requête a été rejetée par l'OAI au motif que le rapport en question n'a aucune valeur médicale et une échéance a été fixée à l'assurée pour lui permettre de présenter un rapport médical plausible. L'assurée expose avoir ainsi fait une demande de complément d'information ayant une valeur médicale auprès de la Dresse J._____, hôpital C._____, qui a accepté par téléphone de fournir un tel document;

toutefois, le rapport demandé n'a pas pu être fourni dans le délai imposé. La recourante fait valoir que la décision de refus de rente prononcée le 17 juillet 2009 a finalement été motivée non par un avis médical, mais par l'absence d'un rapport médical, dont la présentation dans le délai imparti était hors de son contrôle. La recourante conclut ainsi à ce qu'un délai supplémentaire lui soit accordé en attendant de pouvoir présenter un rapport médical plausible, afin d'éviter de devoir déposer une nouvelle demande de rente.

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

b) Quatre semaines avant l'échéance du délai imparti à l'OAI pour déposer sa réponse au recours, la recourante a produit le 1^{er} octobre 2009 "tous les courriers qui sont en [s]a possession"; elle a prié le Tribunal de prendre note que des évaluations neuropsychologiques et physiques auront lieu les 9 et 12 octobre 2009 et a annoncé qu'elle ferait parvenir au Tribunal les rapports qui en découleraient.

c) Dans sa réponse du 15 octobre 2009, l'OAI indique qu'il a soumis le dossier de la recourante au SMR pour appréciation et qu'il se rallie à l'avis médical du SMR (Dr F. _____) du 9 octobre 2009, produit en annexe et dont la teneur est la suivante:

"Cette assurée de 27 ans présente une diparésie des membres inférieurs et un discret hémisyndrome spastique droit, consécutifs à une hémorragie cérébrale ayant entraîné une hydrocéphalie dans la période néonatale.

Elle a bénéficié de mesures professionnelles financées par l'AI de 2001 à 2005. Au terme de celles-ci, elle est porteuse d'un CFC d'employée de bureau et d'un Diplôme d'assistantat administratif et médical. Ces formations ont pu apparemment s'effectuer à plein temps. En début de formation en 2001, le rendement était estimé à 60 à 80% (cf. rapport intermédiaire du 24.01.2001, M. _____). Le rapport final du 20.07.2005 (K. _____) atteste une capacité de gain calculée sur une activité présumée à plein temps.

Du point de vue médical toutefois, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles n'ont jamais été établies. Dans son rapport du 15.08.2008, la Dresse J. _____ ne se prononce pas, estimant que 'l'incapacité de travail devrait être évaluée dans un stage professionnel'. Dans son rapport du 28.07.2009, ce même médecin

estime qu'il est impossible, bien que la patiente ait un certificat pour la reprise d'une activité professionnelle, qu'elle retrouve un travail dont les conditions soient adaptées au ralentissement de la motricité fine'. On ne sait pas si cette impossibilité relève uniquement de l'atteinte à la santé, ce qui semble difficilement explicable, ou également des conditions actuelles du marché du travail. Il n'est par ailleurs fait état d'aucune aggravation récente de l'état de santé.

Dans cette situation, il me semble arbitraire de présumer une capacité de travail et un rendement entiers sans qu'ils soient médicalement attestés. C'est pourquoi je suggère de proposer au Tribunal la mise sur pied d'une expertise neurologique afin de définir les limitations fonctionnelles et de déterminer la capacité de travail exigible dans un poste administratif et dans une activité adaptée s'il y a lieu."

L'OAI préavise dès lors pour la mise en oeuvre d'une expertise neurologique.

d) Le 10 novembre 2009, la recourante adresse au Tribunal une copie d'un bilan ergothérapeutique du 12 octobre 2009 ainsi qu'un rapport établi le 22 octobre 2009 par le Service de Neuropsychologie et Logopédie de l'hôpital O._____ sur la base d'un bilan neuropsychologique effectué les 12 et 15 octobre 2009. Il ressort du rapport du 22 octobre 2009 que l'examen neuropsychologique met en évidence une atteinte dans plusieurs fonctions cognitives qui sont incompatibles avec un rendement à 100% dans le marché du travail normal.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la

décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Ce délai ne court pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA).

En l'espèce, le recours interjeté le 17 août 2009 contre la décision du 17 juillet 2009 l'a été en temps utile auprès du tribunal compétent et est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01] et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

2. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 *in fine* LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente (soit au quart d'une rente entière), un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

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

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 261, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

c) Il incombe à l'assureur – en l'espèce l'OAI – de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA) lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité (art. 57 al. 1 let. f LAI). Ainsi, lorsqu'un avis médical est nécessaire pour évaluer l'état de santé de la personne assurée et déterminer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler, l'OAI doit selon les cas recueillir les avis médicaux de médecins qui ont déjà examiné l'assuré, faire examiner l'assuré par son service médical régional (art. 59 al. 2bis LAI) ou recourir aux services d'un expert indépendant (art. 44 LPGA et 59 al. 2bis LAI).

3. a) En l'espèce, il est constant que la recourante présente une atteinte à la santé en raison de laquelle elle a bénéficié de mesures professionnelles financées par l'AI de 2001 à 2005. Dans sa décision présentement attaquée du 17 juillet 2009, l'OAI a retenu – comme il l'avait déjà fait dans sa première décision du 28 novembre 2005 (cf. lettre A.c

supra) - que, comme la recourante avait terminé une formation d'employée de bureau et de secrétaire médicale, elle pouvait mettre à profit une capacité de travail entière dans l'activité de secrétaire médicale et ne présentait donc aucun préjudice économique pouvant lui ouvrir le droit à des prestations sous forme de rente (cf. lettre B.d supra).

Or, comme le Dr F._____ l'a exposé dans son avis médical SMR du 9 octobre 2009, auquel l'OAI s'est rallié (cf. lettre C.c supra), la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante n'ont jamais été établies du point de vue médical, alors même que des indices existaient que la capacité de travail de la recourante était probablement restreinte en raison de son handicap (rapport médical de la Dresse J._____ du 15 août 2008, cf. lettre B.b supra; rapport d'évaluation de la coopérative N._____ du 6 septembre 2007, cf. lettre B.c supra). Ces indices ont d'ailleurs entre-temps été corroborés sur le plan médical par le rapport établi le 22 octobre 2009 par le Service de Neuropsychologie et Logopédie de l'hôpital O._____ (cf. lettre C.d supra). Dans ces conditions, force est de constater que, pour reprendre la formule du Dr F._____, il était "arbitraire de présumer une capacité de travail et un rendement entiers sans qu'ils soient médicalement attestés" (cf. lettre C.c supra). L'OAI aurait bien plutôt dû compléter l'instruction par des investigations médicales permettant de définir les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible de la recourante dans la profession apprise et le cas échéant dans une activité adaptée.

b) Reconnaissant le caractère lacunaire de l'instruction sur le plan médical, l'OAI préavise pour la mise en oeuvre d'une expertise neurologique.

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire; un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la

procédure, ni le principe inquisitoire; il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3; RAMA 1993 n° U 170 p. 136; 1989 n° K 809 p. 206).

En l'espèce, le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales et est codifié à l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. aussi art. 57 al. 1 let. f LAI; ATF 117 V 282, consid. 4a; RAMA 1985 n° K 646 p. 235, consid. 4) – apparaît la solution la plus opportune, en l'absence de toute circonstance particulière qui justifierait que la Cour de céans procède elle-même aux mesures d'instruction nécessaires.

4. a) En définitive, il y a lieu d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

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'AI 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 1000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, la recourante obtient gain de cause et n'aura donc pas à supporter de frais judiciaires. Ceux-ci ne peuvent pas non plus être mis à la charge de l'OAI; en effet, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat, ni donc de l'OAI en tant qu'organisme chargé de tâches d'intérêt public. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante a procédé sans l'assistance d'un mandataire et n'a donc pas dû engager de frais pour défendre ses intérêts (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 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 17 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cette autorité pour complément d'instruction et nouvelle décision.

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

Le président:

Le greffier:

Du

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

- G. _____,
- 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: