

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 janvier 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

L._____, à Vevey, recourante, représentée par Me Kathrin Gruber,
avocate à Vevey,

et

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

Art. 17 al. 1 LPGA; art. 87 al. 3 RAI

E n f a i t :

A. L._____ (précédemment, avant son divorce: [...]), née en 1958, qui a travaillé en Suisse comme vendeuse, a déposé le 14 décembre 1999 une demande de prestations AI. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a traité cette demande et recueilli différents avis médicaux. En particulier, il a chargé un expert indépendant, le Dr Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie, d'effectuer une expertise psychiatrique (rapport du 28 novembre 2001).

Le 25 février 2002, l'OAI a communiqué à l'assurée un "projet d'acceptation de rente" mentionnant le droit, dès le 1^{er} décembre 1998, à une rente basée sur un degré d'invalidité de 50%. L'assurée a présenté des remarques et des objections, en se référant notamment à l'avis de son médecin, la Dresse J._____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie. Par décisions des 7 avril 2003 et 27 juin 2003, l'OAI a rendu une décision formelle reconnaissant à l'assurée le droit à une demi-rente depuis le 1^{er} décembre 1998.

L'assurée a formé opposition contre cette décision. Le 28 novembre 2005, elle a retiré son opposition. Les décisions lui reconnaissant le droit à une demi-rente AI sont entrées en force.

B. L'OAI a informé l'assurée - notamment par une lettre du 27 septembre 2006 - qu'il avait engagé une procédure de révision d'office du droit à la rente, parce qu'il avait été signalé une péjoration de l'état de santé psychique, et aussi parce qu'il était nécessaire "d'obtenir davantage d'informations médicales en lien avec la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux".

Dans ce cadre, sous la plume du Dr G._____, le Service médical régional de l'AI (ci-après: le SMR) a donné, le 1^{er} novembre 2007, l'avis suivant:

"Les diagnostics retenus par le Dr Q. _____ lors de son expertise de 2001 sont:

- Épisode dépressif chronique de degré léger
- Trouble somatoforme indifférencié de degré léger
- Personnalité passive-dépendante
- Fièvre méditerranéenne
- Stress psychosociaux

Ce dernier diagnostic n'est pas à la charge de l'institution. La capacité de travail est estimée de 50 à 60% de l'activité habituelle depuis 1996. Cette activité serait adaptée.

Le rapport d'examen SMR de janvier 2002 retient les diagnostics de:

- Lombosacralgies sur troubles statiques M54.2
- Fibromyalgie
- Episode dépressif léger

Le SMR, s'appuyant sur des rapports médicaux présents au dossier, estime alors que la capacité de travail est de 50% depuis mars 1996.

Après étude de ce dossier, je relève que cette assurée souffre d'une fièvre méditerranéenne qui est une affection chronique et de lombosacralgies sur troubles statiques qui avec l'âge ne sauraient s'amender.

Aucun des rapports médicaux antérieurs à la décision, ou expertise, ne reconnaît une pleine capacité de travail dans une profession adaptée. Le premier diagnostic retenu par le SMR est d'ordre somatique M54.2. De plus, nous estimons que la fièvre méditerranéenne aurait dû être retenue comme influençant la capacité de travail, le Dr [...], anesthésiste antalgiste de l'hôpital de Morges, écrivant à ce sujet le 06/04/1999: «La pelvipathie chronique liée à l'important status adhérentiel mis en évidence par la laparoscopie ... ». Nous estimons que les empêchements secondaires à ce problème devaient être inclus en 2002 dans l'appréciation de la capacité de travail [selon le] rapport d'examen SMR 17/01/2002, mais que la capacité de travail serait en fin de compte inchangée. Médicalement la décision initiale est justifiée par les pièces du dossier.

Cet avis a bénéficié d'un consilium avec la Dresse E. _____".

Le 23 avril 2008, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'elle allait continuer de bénéficier de la même rente (degré d'invalidité de 50%), le degré d'invalidité n'ayant pas changé au point d'influencer le droit à la rente.

C. Une nouvelle procédure de révision a été engagée et l'assurée a été invitée à remplir le questionnaire ad hoc (réponses du 28 mai 2009). Un rapport médical a été demandé au Dr B. _____, spécialiste FMH en

médecine générale et médecin traitant de l'assurée. Le 6 août 2009, il a fait état, en substance, d'une détérioration progressive de l'état de santé, avec une intensification des douleurs. Sur le plan psychique, il a indiqué que sa patiente se sentait "chroniquement épuisée, déprimée par sa situation, son inactivité forcée, la solitude, les soucis que lui cause son fils". Il n'a pas mentionné de traitement sur le plan psychiatrique, la médication actuelle étant en relation avec les troubles somatiques (colchicine, nisulid, codafalgan). A la rubrique "incapacité de travailler médicalement attestée de 20% au moins dans la dernière activité en tant que vendeuse", le Dr B. _____ a indiqué: "50% depuis 1996".

La Dresse J. _____, également interrogée, a expliqué le 11 janvier 2010 qu'elle n'avait pas revu l'assurée depuis octobre 2008; elle renvoyait à l'avis du Dr B. _____.

Le Dr I. _____, du SMR, a rédigé le 7 juin 2010 une note (contresignée par le Dr [...]), relevant que l'état de santé de l'assurée était stable et qu'il n'y avait pas de changement des limitations fonctionnelles (capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée: 50%). Il a ajouté les remarques suivantes:

"Nous n'avons pas trouvé des éléments objectifs pour valider le rapport médical du Dr B. _____, médecin traitant, du 6 août 2009; dans ce rapport il atteste une incapacité de travail de 100% dans toute activité. Par rapport à l'état dépressif majeur chronique, nous constatons que l'assurée ne reçoit pas de traitement ni psychotrope, ni anxiolytique ni antidépresseur. La fibromyalgie selon les critères de 1997 continue à être handicap[ante] à 50%. La fièvre méditerranéenne reste stable, déjà depuis plusieurs années, sous colchicine. Pour cette raison, nous considérons l'état stable".

Le 16 juin 2010, l'OAI a envoyé à l'assurée un préavis ("projet de décision") dans le sens d'un refus d'augmentation de la rente d'invalidité. La motivation est la suivante:

"Dans le cadre de la révision d'office de votre demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 50% ouverte en date du 1^{er} mai 2009, vous nous avez signalé une aggravation de votre état de santé. Vous êtes considérée comme une femme active à 100%. Selon les renseignements médicaux au dossier et après analyse de votre situation par un médecin conseil du SMR, il ressort qu'il n'y a pas

d'élément objectif attestant une aggravation de votre état de santé et que vous continuez à présenter une capacité de travail de 50% dans toutes activités. [...] La demande est rejetée. Vous continuez à bénéficier d'une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 50%".

L'assurée n'a pas fait de remarques. Le 30 août 2010, l'OAI lui a communiqué une décision formelle dont le contenu correspond à celui du préavis précité.

D. Par acte du 26 septembre 2010, l'assurée (agissant en personne) a déclaré recourir ("faire opposition") contre la décision du 30 août 2010 de l'OAI. Elle demande implicitement la réforme de cette décision, pour obtenir une rente plus importante, en faisant valoir que son état de santé s'est aggravé. Elle précise que la Dresse J._____ a mis en évidence une polyarthrite rhumatoïde.

L'assurée a ensuite requis l'assistance judiciaire. Le bureau de l'assistance judiciaire la lui a octroyée par décision du 20 décembre 2010, avec effet au 24 novembre 2010. Un avocat d'office lui a été désigné.

Le 5 avril 2011, la recourante (désormais assistée par Me Gruber, avocate à Vevey) a déposé un rapport du 6 avril 2011 de la Dresse J._____ (consilium de rhumatologie). Ce médecin a mentionné un nouveau diagnostic, depuis avril 2010, de polyarthrite rhumatoïde séropositive érosive, qui a donné lieu à un traitement dès août 2010. La Dresse J._____ a conclu que l'assurée ne présentait aucune capacité de travail dans n'importe quelle activité. Elle a ajouté que "se surimpose par ailleurs au tableau somatique une problématique dépressive réactionnelle pour laquelle une évaluation psychiatrique est prochainement prévue".

La recourante a produit ensuite un rapport du 10 avril 2011 de la psychologue F._____. La recourante était venue en consultation à son cabinet, pour quatre ou cinq entretiens entre mars et juin 2010. Mme F._____ a attesté avoir constaté un état dépressif sévère lié aux douleurs permanentes, à la fatigue et à la solitude; elle a estimé que l'intéressée n'était pas apte à travailler.

Dans une lettre du 18 juin 2011 à l'avocate de la recourante, la Dresse J._____ a indiqué qu'elle n'était pas parvenue à motiver l'intéressée à être réévaluée par un médecin-psychiatre. Elle a produit un rapport du CHUV du 29 septembre 2010, après un séjour de la recourante au service de rhumatologie.

La recourante a précisé ses conclusions le 5 avril 2011: elle demande la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle soit mise au bénéfice d'une rente AI entière dès le 1^{er} mai 2009. Elle requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, notamment psychiatrique.

E. Invité à répondre au recours, l'OAI a demandé un avis au SMR. Le 15 juillet 2011, les Drs N._____ et W._____ ont exposé ce qui suit:

"Deux éléments antérieurs à la date de notre décision sont apportés au dossier:

- Le premier est un rapport médical du 10.04.2011 de Mme F._____, psychologue, qui fait état de consultations à son cabinet par l'assurée au mois de mars 2010. Elle est venue la consulter pour des douleurs multiples et handicapantes ainsi qu'une fatigue extrême l'empêchant d'accomplir les tâches de la vie quotidienne. La psychologue a constaté un état dépressif sévère lié à ses douleurs, sa fatigue, mais aussi sa solitude. Là encore, les symptômes décrits: douleurs permanentes, fatigue, solitude, ne sont pas des critères CIM-10 correspondant à un état dépressif sévère.

- Le second est un rapport d'hospitalisation du Département de l'appareil locomoteur du CHUV où l'assurée a séjourné du 24.08.2010 au 03.09.2010. Dans un tableau de douleurs diffuses chroniques, l'hospitalisation a été motivée par l'augmentation des plaintes douloureuses, surtout au niveau des mains, coïncidant avec l'apparition d'anticorps anti-CCP qui n'existaient pas auparavant. Les spécialistes posent donc le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séropositive érosive (car une IRM des 2 mains réalisée en mai 2010 montrait une synovite médio-carpienne bilatérale), le bilan immunologique confirme la présence d'anticorps anti-CCP à 34 unités, c'est-à-dire faiblement positif.

En conclusion, selon les spécialistes du CHUV, l'assurée présente une polyarthrite rhumatoïde séropositive érosive qui s'est manifestée dans un contexte de douleurs diffuses chroniques par une aggravation de douleurs au niveau des mains. Ce nouveau diagnostic, potentiellement grave, nous fait proposer un complément d'instruction sous forme d'une expertise rhumatologique".

Se référant à cet avis médical, l'OAI a proposé le 7 septembre 2011 que, dans un premier temps, un complément d'information soit demandé aux médecins du CHUV, notamment à propos de l'influence de la polyarthrite sur la capacité de travail; si ces informations devaient s'avérer insuffisantes, l'OAI proposerait alors la mise en œuvre d'une expertise.

F. Le 24 janvier 2012, le juge instructeur a offert la possibilité à l'assurée de retirer son recours. Par courrier du 27 janvier 2012, la recourante a déclaré maintenir son recours.

E n d r o i t :

1. Dans le domaine des assurances sociales, en vertu de l'art. 56 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. En matière d'assurance-invalidité, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné (art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]); il n'y a donc pas de procédure d'opposition.

En l'espèce, la décision formelle du 30 août 2010 est sujette à recours, au sens de l'art. 56 LPGA. Le présent recours, du 26 septembre 2010, a été formé en temps utile (cf. art. 60 LPGA). Quand bien même il est sommairement motivé, il est recevable à la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. La recourante reproche à l'OAI d'avoir, au terme d'une procédure de révision, maintenu son droit à une rente fondé sur un degré d'invalidité de 50%. Elle invoque en effet une aggravation de son état de santé sur le plan somatique, en se référant au nouveau diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séropositive érosive, posé par son médecin traitant avant que la décision attaquée ne soit rendue.

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

En l'espèce, la procédure de révision a été ouverte d'office, mais sans qu'il n'y ait eu, à l'origine, un indice d'une aggravation de l'état de santé. C'est la recourante qui, interpellée sur l'évolution de sa situation, a invoqué une telle aggravation. Dans ces circonstances, l'OAI était tenu d'appliquer la réglementation de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201). Selon l'alinéa 3 de cette disposition (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, matériellement applicable en l'espèce), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Ce régime juridique, qui fixe des conditions de recevabilité, tend à éviter que l'institution d'assurance soit constamment tenue de se prononcer sur l'état de santé ou le degré d'invalidité d'un assuré, sur la base de demandes répétitives ou dépourvues de motivation au sujet du changement des circonstances (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 3 RAI et que l'assuré critique ce refus. Lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière selon l'art. 87 RAI, il faut examiner si entre la décision de refus de prestations entrée en force (ou d'octroi de prestations limitées) et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; TF I 25/07 du 2 avril 2007 consid. 3.1).

b) En l'occurrence, s'agissant de l'état de santé sur le plan somatique – en d'autres termes, la cause somatique des douleurs dont la recourante se plaint –, il est désormais admis par l'OAI que les éléments du dossier ne sont pas suffisants pour déterminer si, entre la décision d'octroi d'une demi-rente (prise en 2003, confirmée en 2008) et la décision attaquée du 30 août 2010, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit. Le nouveau diagnostic de polyarthrite nécessite des explications ou investigations médicales complémentaires, en particulier sur la question décisive de son influence sur la capacité d'exercer une activité professionnelle (cf. art. 6 LPGA, en relation avec l'art. 8 LPGA). L'aptitude à accomplir un travail, dans sa profession ou dans une activité adaptée, doit en effet d'abord être déterminée sur la base de renseignements médicaux. En effet, il appartient au médecin de se prononcer sur l'état de santé d'un assuré et d'indiquer dans quelle mesure ce dernier est, le cas échéant, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

Les griefs de la recourante, qui s'est bornée dans son recours à se plaindre du refus de l'OAI de prendre en considération l'aggravation révélée par les derniers examens rhumatologiques, sont donc fondés.

Il incombe en premier lieu à l'OAI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires, lorsqu'il est admis qu'un examen médical nécessaire n'a pas été effectué dans le cadre de la procédure administrative. Il se justifie donc d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'OAI, pour nouvelle décision après instruction complémentaire, au sens du considérant ci-dessus. Sur la base des nouveaux renseignements, il y aura lieu d'examiner la question de l'augmentation éventuelle du droit à la rente (révision en cas d'aggravation).

3. Après le dépôt du recours et l'échéance du délai de recours, la recourante a encore fait valoir que différentes pièces du dossier mentionnaient son état dépressif. Elle requiert donc la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Dans le cadre de la procédure de révision, la recourante n'a pas cherché à établir de façon plausible que son état de santé psychique s'était détérioré. Encouragée par sa rhumatologue à consulter un psychiatre, elle a renoncé à le faire. Son médecin généraliste ne lui a pas prescrit d'anti-dépresseurs ni d'autres médicaments pour des atteintes psychiques. L'OAI pouvait donc considérer d'emblée que l'aggravation alléguée dans la procédure de révision ne concernait que le plan somatique. De ce point de vue, compte tenu de l'obligation faite à l'assuré de rendre plausible l'aggravation (cf. supra, consid. 2a), la décision attaquée n'est donc pas critiquable. Quoi qu'il en soit, cet aspect n'a pas été contesté dans l'acte de recours.

4. Il s'ensuit que le recours doit être admis, que la décision attaquée doit être annulée et que la cause doit être renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, au sens du considérant 2 ci-dessus. Le présent arrêt doit être rendu sans frais, vu l'issue du litige. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un avocat, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**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 30 août 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, et la cause est renvoyée à cet office pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. Une indemnité de 1'000 fr. (mille francs), à payer à la
recourante L._____ à titre de dépens, est mise à la charge
de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Kathrin Gruber, avocate à Vevey (pour L._____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

L'arrêt qui précède est également communiqué, par courrier
électronique, au Service juridique et législatif.

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 :