

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 juin 2013

---

Présidence de       Mme     RÖTHENBACHER  
Juges     :     M.     Métral et M. Bonard, assesseur  
Greffière     :     Mme     Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre de Gorski,  
avocat à Genève,

et

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

---

**Art. 7 et 8 LPGA, 4 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** K.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 19[...], travaille depuis août 2007 comme indépendante, étant propriétaire d'une boutique de cadeaux. Depuis le printemps 2009, elle souffre d'une morphee en plaques généralisée sévère et est, à cet effet, suivie à la consultation spécialisée des maladies auto-immunes au Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV) par la Dresse W.\_\_\_\_\_, cheffe de clinique du Service de dermatologie.

Le 1<sup>er</sup> novembre 2011, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité, précisant souffrir d'une perte de souplesse à la suite de l'enraidissement et du resserrement de la peau, particulièrement au niveau des articulations des doigts et des chevilles. G.\_\_\_\_\_, assurance perte de gain, a remis cette demande à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), accompagnée des pièces médicales en sa possession. Elle précisait avoir alloué des indemnités journalières, sur la base d'un taux d'incapacité de travail de 50%, depuis le 23 juin 2011.

Dans un rapport du 4 novembre 2011, la Dresse W.\_\_\_\_\_ exposait que la patiente souffrait d'une fibrose cutanée très étendue prédominant aux avant-bras, aux jambes et sur le tronc, épargnant relativement le visage. Elle indiquait que sous le traitement actuel (Methotrexate 15 mg/semaine et séances régulières de physiothérapie), la maladie était actuellement contrôlée. Sur le plan purement dermatologique, il n'y avait pas de restriction physique, mentale ou psychique particulière, étant précisé que le rendement était probablement moindre que pour une personne non souffrante eu égard notamment à la fatigue engendrée par la fibrose. La Dresse W.\_\_\_\_\_ ajoutait qu'il était prévisible, si la patiente devait rester trop longtemps en position debout, accroupie ou à genoux, que cela occasionne des douleurs et limitations fonctionnelles. Elle suggérait finalement de contacter le médecin traitant pour les autres aspects de l'état de santé de l'assurée.

Dans un rapport du 22 novembre 2011 adressé à l'OAI, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a posé le diagnostic affectant la capacité de travail de sclérodémie systémique évolutive, existante depuis 2009; il diagnostiquait en outre, comme sans effet sur la capacité de travail, un TB Spot (tuberculose) positif, depuis juin 2011. A titre de restrictions physiques, il mentionnait une perte de la mobilité et de l'indépendance, précisant que l'incapacité de travail était de 50% dès juillet 2011, renouvelée chaque mois, dans la profession de commerçante indépendante (gérante d'une boutique de cadeaux), eu égard à l'impossibilité de faire des paquets et de rester debout. Ce constat était identique à celui émis dans son rapport du 5 octobre 2011 à l'attention de G.\_\_\_\_\_, aux termes duquel il énonçait, comme symptômes, une perte de la souplesse en raison de l'enraidissement et du resserrement de la peau particulièrement au niveau des articulations des doigts et des chevilles avec un enraidissement des articulations.

Le 30 janvier 2012, G.\_\_\_\_\_ a informé l'assurée qu'elle mettait fin au versement des indemnités journalières avec effet au 31 janvier 2012. Elle expliquait qu'après examen des documents médicaux, son médecin conseil considérait que l'assurée était en mesure d'assumer son emploi à plein temps dès le 12 septembre 2011.

Le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) a considéré, dans un rapport du 6 mars 2012, qu'aucun élément ne justifiait de s'écarter de l'appréciation de la Dresse W.\_\_\_\_\_, laquelle constatait l'absence de restriction physique, mentale et psychique particulière pour l'exercice de l'activité habituelle de l'assurée, dans la mesure où le Dr N.\_\_\_\_\_ ne signalait aucune autre atteinte. Selon le SMR, le médecin traitant avait simplement "une estimation plus empathique de la situation".

**B.** Par préavis du 14 mars 2012, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'il envisageait de rejeter sa demande de prestations, au motif qu'elle ne présentait pas d'incapacité de travail médicalement attestée et ses

problèmes de santé n'entravaient pas l'exercice d'une activité professionnelle.

K.\_\_\_\_\_ a contesté ce projet de décision le 30 avril 2012, alléguant être en arrêt de travail à 50% "ordonné par le Dr N.\_\_\_\_\_". Elle énumérait les effets physiques provoqués par la maladie dont elle souffrait, notamment une perte de souplesse au niveau des articulations et une fatigue intense. Elle sollicitait un entretien avec le service médical ainsi que la mise en œuvre d'un examen médical.

Dans un avis du 8 mai 2012, le SMR a considéré que l'incapacité de travail soutenue par le médecin traitant, pour le même diagnostic que celui posé par la Dresse W.\_\_\_\_\_, soit une morphee généralisée à évolution favorable sous traitement approprié, était ni justifiée ni justifiable. Par ailleurs, s'agissant des nombreuses plaintes relatées par l'assurée dans son courrier du 30 avril 2012, elles n'avaient leur correspondant ni dans le rapport du médecin traitant ni dans celui de la dermatologue.

Par décision du 9 août 2012, l'OAI a maintenu son refus de droit aux prestations.

**C.** K.\_\_\_\_\_ a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par recours du 14 septembre 2012, en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise par un médecin spécialiste de la sclérodermie, principalement à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une demi-rente, et subsidiairement à l'octroi d'une rente correspondant au degré de son invalidité évaluée conformément à la conclusion préalable. En substance, elle expose que les constatations de la Dresse W.\_\_\_\_\_ concernent uniquement l'aspect dermatologique alors que celles du Dr N.\_\_\_\_\_ portent également sur les atteintes internes (articulations). Elle allègue qu'outre ces atteintes, elle en présente d'autres touchant les poumons (testée positive à la tuberculose), l'épaule (suivi radiographique et physiothérapie hebdomadaire) et les viscères (radiographies régulières). Elle joint notamment un compte-rendu

d'imagerie de l'épaule droite réalisée le 30 avril 2012, où il est écrit "Pas de lésion ostéo-articulaire radiologiquement visible au niveau de l'épaule droite. Les espaces articulaires, la structure osseuse et les parties molles sont sans particularité." Elle se réfère également à un rapport du Dr N.\_\_\_\_\_ établi le 5 septembre 2012, lequel retient les mêmes diagnostics avec et sans effet sur la capacité de travail que précédemment. Le Dr N.\_\_\_\_\_ fait état d'une évolution favorable en 2009 puis lentement défavorable depuis 2010 avec une aggravation progressive des lésions cutanées et de l'état général. Il relate les plaintes de sa patiente (au niveau des mains, de l'épaule droite, des genoux et des chevilles) et indique qu'au plan psychologique, la situation porte atteinte à son équilibre psycho-émotionnel. Il réitère son appréciation quant à la capacité de travail évaluée à 50%. La recourante mentionne en outre que les plaintes exprimées trouvent leurs correspondances au tableau des activités ne pouvant être effectuées (cf. annexe au rapport médical du 5 octobre 2011). Finalement, elle relève que le SMR n'explique pas les raisons qui le conduisent à préférer l'avis de la Dresse W.\_\_\_\_\_ à celui du Dr N.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 14 novembre 2012, l'OAI préavise pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Le juge instructeur a invité G.\_\_\_\_\_, par courrier du 4 décembre 2012, à lui communiquer le dossier complet de l'assurée. Ce dernier a été produit le 17 décembre suivant.

### **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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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).

**b)** Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse et respecte les autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment). Il convient donc d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. L'intimé a considéré, en se fondant sur le rapport établi le 4 novembre 2011 par la Dresse W.\_\_\_\_\_, que l'atteinte à la santé présentée par la recourante n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité. La recourante conteste cette appréciation, arguant que rien ne justifie d'ignorer purement et simplement l'incapacité de travail retenue par le Dr N.\_\_\_\_\_. Elle requiert ainsi la mise en œuvre d'une expertise par un médecin spécialiste de la sclérodermie.

**3. a)** Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

Le droit à une rente (art. 28 LAI) suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 LPGA). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale

ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 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 (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge, s'il y a recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la

procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1).

**c)** En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231; 125 V 351 consid. 3).

**4.** En l'occurrence, l'intimé a examiné si les pièces figurant au dossier établissaient une atteinte à la santé qui justifierait l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité; il l'a nié par décision du 9 août 2012.

**a)** La Dresse W.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic affectant la capacité de travail de morphee en plaques généralisée sévère depuis le printemps 2009. Elle fait état d'une maladie évoluant dans un premier temps relativement favorablement, d'une récurrence quelques mois après l'arrêt du traitement et, actuellement, d'une maladie qui semble contrôlée sous le traitement administré. Elle relate les plaintes exprimées par la recourante, soit une fatigue importante et une diminution de la souplesse de la peau, particulièrement au niveau des bras et des jambes. Elle explique qu'en raison de la fibrose, si la patiente devait rester trop longtemps en position debout, accroupie ou à genoux, cela pourrait

occasionner des douleurs et des limitations fonctionnelles. Cela étant, elle considère que dans l'activité exercée à ce jour, sur le plan purement dermatologique, il n'y a pas de restriction physique, mentale ou psychique particulière; un rendement moindre que pour une personne non souffrante est cependant probable eu égard notamment à la fatigue (cf. rapport du 4 novembre 2011).

Le Dr N.\_\_\_\_\_ diagnostique une sclérodermie systémique évolutive depuis 2009, affectant la capacité de travail. Dans l'anamnèse, il mentionne un développement progressif de lésions typiques cutanées de la sclérodermie. Il fait état d'une évolution favorable au cours de l'année 2009, d'une récurrence dès l'arrêt de la médication et, depuis 2010, d'une "évolution lentement défavorable malgré le traitement avec aggravation progressive des lésions cutanées et de l'état général" (cf. rapport du 5 septembre 2012). Il retient une perte de souplesse à la suite de l'enraidissement et du resserrement de la peau, particulièrement au niveau des articulations des doigts et des chevilles, ainsi qu'un enraidissement des articulations. S'agissant des plaintes de la recourante, elles concernent les mains et les chevilles mais aussi l'épaule droite et les genoux. Le Dr N.\_\_\_\_\_ constate une perte de la mobilité et de l'indépendance et considère que l'activité habituelle est exigible à 50% du fait de l'impossibilité pour la recourante de faire des paquets et de rester en station debout prolongée.

**b)** Il appert ainsi que les médecins s'accordent sur le diagnostic à retenir, affectant la capacité de travail. Ils s'accordent également sur le début de l'évolution de la maladie, à savoir une évolution relativement favorable en 2009 et une récurrence peu de temps après l'arrêt du traitement. Leur avis diverge quant à la suite, dans la mesure où la Dresse W.\_\_\_\_\_ fait état, en novembre 2011, d'une maladie contrôlée sous le traitement actuel, alors que le Dr N.\_\_\_\_\_ mentionne une évolution lentement défavorable depuis 2010, malgré le traitement. Par ailleurs, la Dresse W.\_\_\_\_\_ et le Dr N.\_\_\_\_\_ énoncent tous deux, à titre de plaintes exprimées par la recourante, une fatigue importante et une diminution de la souplesse de la peau. Ces plaintes correspondent au

demeurant à celles alléguées par la recourante dans sa contestation du 30 avril 2012 à l'encontre du projet de décision de l'OAI. La dermatologue considère que la diminution de la souplesse de la peau peut occasionner des douleurs et des limitations fonctionnelles si la recourante doit rester trop longtemps en position debout, accroupie ou à genoux. Le médecin traitant estime quant à lui qu'il y a une perte de la mobilité et de l'indépendance et que la recourante ne peut plus rester en station debout prolongée ni faire des paquets. Il en déduit que la capacité de travail est restreinte de 50% dans l'activité habituelle. La Dresse W.\_\_\_\_\_ admet que par rapport à l'activité exercée, il n'y a pas de restriction physique (hormis la position debout ou à genoux sur une longue durée), mentale ou psychique particulière mais mentionne toutefois un rendement probablement moindre que pour une personne non souffrante eu égard notamment à la fatigue engendrée par la fibrose.

Il appert ainsi que les constatations de la spécialiste en dermatologie et du médecin traitant ne diffèrent pas fondamentalement mais aboutissent à une interprétation différente. On constate en outre que la Dresse W.\_\_\_\_\_ mentionne l'absence de restriction sur le plan purement dermatologique, alors qu'elle écrit que le rendement est probablement moindre et que la diminution de la souplesse de la peau peut occasionner des limitations, renvoyant au médecin traitant pour les autres aspects. Aux travers de ces rapports médicaux, le Dr N.\_\_\_\_\_ ne fait que relater les plaintes de sa patiente et énonce des atteintes aux articulations. Cela étant, la Dresse W.\_\_\_\_\_ et le Dr N.\_\_\_\_\_ ne décrivent clairement ni le status de la recourante ni ses limitations fonctionnelles, ne donnant qu'un avis subjectif sur la fatigue ou les plaintes de l'intéressée.

**c)** En définitive, il n'est pas clairement établi si la sclérodermie a des répercussions notables et durables sur la capacité de travail de l'assurée, depuis le printemps 2009, et une instruction complémentaire est nécessaire sur ce point. En effet, le dossier ne contient pas de renseignements médicaux claires, qui pourraient influencer sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il appartient à l'intimé de mettre en

œuvre de nouvelles mesures d'instructions aux fins d'éclaircir les faits sur ce point. Il lui appartient notamment de mettre en œuvre une expertise rhumatologique et en médecine interne, réalisée de préférence avec le concours d'un spécialiste en maladies auto-immunes. A cet égard, la Cour relève que le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin conseil de G.\_\_\_\_\_, indiquait dans une note du 19 octobre 2012, alors que cette assurance avait supprimé toute couverture perte de gain depuis neuf mois, que l'incapacité de travail était à estimer par un spécialiste en maladies auto-immunes. Il appartiendra ensuite à l'OAI, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit éventuel à la rente d'invalidité.

**5.** Compte tenu de ce qui précède, la décision litigieuse est annulée et la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Vu le sort de ses conclusions, la recourante peut prétendre à des dépens (art. 55 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36], art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 2000 francs.

Les frais de procédure, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'intimé, conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI (cf. arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 23 avril 2013: AI 230/11 - 144/2012).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours déposé le 14 septembre 2012 par K. \_\_\_\_\_ est admis.
  
- II. La décision rendue le 9 août 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
  
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de dépens de 2000 fr. (deux mille francs).
  
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Alexandre Gorski (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).

La greffière :