

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 septembre 2016

---

Composition :     Mme     BERBERAT, présidente  
                          Mme Dessaux, juge et Gutmann, assesseur  
Greffière         :     Mme     Blanc

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 8 al. 1, 17 LPGA ; 28 LAI**

**E n f a i t :**

**A. a)** D. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mère de deux enfants nés en [...] et [...], est au bénéfice d'une formation d'employée de commerce. Elle a travaillé du 1<sup>er</sup> octobre 1991 au 30 novembre 1997 en qualité d'employée de bureau auprès de l'O. \_\_\_\_\_ (licenciement par l'employeur suite à une restructuration). Par la suite, elle a sollicité l'intervention de l'assurance-chômage.

Le 2 décembre 1997, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en indiquant comme genre de l'atteinte « Diabète type I + hypothyroïdie (dépression) ».

Dans un rapport médical du 7 janvier 1998, la DresseP. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a posé les diagnostics de diabète sucré insulino-dépendant cétosique inaugural, d'hypothyroïdie et d'état anxio-dépressif. Elle a attesté une incapacité de travail à 100% du 19 mars au 31 août 1997, puis à 50% dès le 1<sup>er</sup> septembre 1997 pour une durée indéterminée.

Dans un rapport médical du 4 mars 1998, le Dr A.R. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a confirmé les diagnostics de diabète type I traité, d'hypothyroïdie fruste et d'état anxio-dépressif, qualifiant les deux premiers de non invalidants et le troisième de réactionnel. Il a attesté une incapacité de travail à 100% du 6 au 28 février 1997, à 50% du 1<sup>er</sup> au 18 mars 1997, à 100% du 19 mars au 31 août 1997, à 50% du 1<sup>er</sup> septembre 1997 au 28 février 1998, puis à 75% dès le 1<sup>er</sup> mars 1998 pour une durée indéterminée.

Par courrier du 28 août 1998, l'assurée a répondu par la négative à la question de l'OAI quant à un éventuel suivi psychiatrique, l'intéressée précisant que son problème était d'ordre physique et non psychique.

Au vu de ces éléments, l'OAI a mandaté les Drs K. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, respectivement médecin directeur et chef de clinique adjoint de l'Hôpital J. \_\_\_\_\_, pour la réalisation d'une expertise. Dans un rapport du 18 février 1999, les experts ont relevé l'absence de syndrome dépressif caractérisé, constatant toutefois la présence d'une surcharge psychologique liée aux troubles somatiques (F54). L'assurée présentait une incapacité professionnelle à 100% pour des raisons somatiques depuis le 19 mars 1997, laquelle avait évolué vers un 50% du 1<sup>er</sup> septembre 1997 au 28 février 1998, puis dès le 1<sup>er</sup> mars 1998 à 75%. Actuellement, l'incapacité de travail restait stable sans traitement psychiatrique spécifique afin de juguler la surcharge psychologique liée aux troubles somatiques. En conclusion, les experts préconisaient un essai thérapeutique psychiatrique durant un trimestre, puis une réévaluation de la situation. Ils ont toutefois précisé que sans amélioration du status somatique par un meilleur contrôle des variations de glycémies liées au diabète, il était difficile d'imaginer une amélioration de la capacité professionnelle de l'expertisée après le traitement psychiatrique.

Dans un rapport complémentaire du 31 août 1999 à l'OAI, le Dr X. \_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'avait pas mis en évidence de syndrome dépressif franc, la patiente présentant des variations de l'humeur, essentiellement anxieuses avec des phases d'anxiété modérée en relation avec son problème diabétique difficilement équilibrable. Il a conclu que la grande variabilité de la glycémie entraînait des difficultés de somnolence, rendant toute reprise professionnelle hypothétique.

Les 16 août et 10 septembre 1999, les Drs F. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, respectivement médecin associé et chef de clinique adjoint auprès de la division d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme du G. \_\_\_\_\_, ont, à la demande de l'OAI, rendu deux rapports concernant l'assurée. Ils ont relevé que l'intéressée était atteinte d'un diabète de type 1, sans complications cliniques propres à entraver ses capacités de travail ; qu'elle était cependant victime d'hypoglycémies qui pouvaient entraver ses capacités de travail et expliquer, à tout le moins

partiellement, son état de fatigue; que, dans ce contexte, une incapacité de travail de 50% était justifiée ; que l'état de santé de l'assurée était cependant susceptible d'amélioration, moyennant un traitement médical approprié; qu'après disparition des hypoglycémies, une capacité de travail de 100% devrait être envisagée d'un point de vue diabétologique.

Par décision du 8 mai 2000 confirmant un projet de décision du 10 décembre 1999, l'OAI a reconnu un degré d'invalidité de 50% à l'assurée et lui a alloué une demi-rente d'invalidité, ainsi qu'une demi-rente d'invalidité pour chacun de ses enfants, avec effet au 1<sup>er</sup> février 1998.

Saisi d'un recours déposé le 30 mai 2000 par l'assurée, le Tribunal des assurances du canton de Vaud (ci-après : Tass) a, par jugement du 29 mai 2001 (AI [...]), rejeté le recours précité, en considérant notamment ce qui suit :

« 3. c) [...].

Il s'ensuit, en l'espèce, que l'opinion émise par les Drs F. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, au sujet du degré d'incapacité de travail présenté par la recourante, l'emporte sur celle du médecin traitant A.R. \_\_\_\_\_, à laquelle se réfèrent plusieurs autres praticiens. A cela s'ajoute le fait que les médecins spécialisés dans l'étude des maladies liées au diabète sont certainement les mieux à même d'apprécier le caractère invalidant d'une telle maladie. Il convient dès lors de s'en tenir à l'appréciation des Drs F. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ et d'admettre avec ceux-ci que l'incapacité de travail de D. \_\_\_\_\_ est de 50%. A ce propos, le tribunal de céans relève au demeurant que de nombreuses personnes atteintes du même type de diabète que la recourante doivent suivre un traitement analogue et contrôler leur glycémie à intervalles réguliers, sans pour autant que leur capacité de travail s'en trouve diminuée (cf. rapport des Drs F. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ du 10 septembre 1999, p. 2).

En ce qui concerne le degré d'invalidité au sens de l'article 28 LAI, il y a lieu de constater que les troubles dont D. \_\_\_\_\_ est atteinte ne l'empêchent pas d'exercer à mi-temps son activité antérieure de secrétaire. Il apparaît ainsi que l'intéressée est en mesure de réaliser un revenu équivalant à la moitié du salaire qu'elle percevrait si elle n'était pas invalide. L'invalidité de la recourante doit dès lors être évaluée à 50%. En conséquence, c'est avec raison que l'OAI a alloué à l'assurée une demi-rente ordinaire d'invalidité, ainsi qu'une demi-rente ordinaire pour chacun de ses enfants, avec effet au 1<sup>er</sup> février 1998.

d) Pour le surplus, il convient de préciser que la recourante conserve la faculté de demander une révision de la rente si, comme elle le

prétend dans sa réplique du 21 septembre 2000, son état de santé s'est aggravé dans une mesure telle que son degré d'invalidité actuel justifie désormais une augmentation de rente ». [...]

**b)** Dans le cadre de la révision d'office du droit à la rente initiée le 2 décembre 2004, l'assurée a complété le 10 janvier 2005 le questionnaire y relatif, estimant que son état de santé était toujours le même. Elle a ajouté qu'elle exerçait une activité accessoire à la M. \_\_\_\_\_ de [...] (travail de bureau) en fonction des besoins mais au minimum 4 heures par semaine à raison de 30 fr. par heure.

Elle a également rempli le formulaire 531bis relatif à la détermination de son statut (ci-après : formulaire 531bis) en précisant que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100% dans le domaine du secrétariat et ce, par nécessité financière, en raison des charges familiales et du travail plaisant.

Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> février 2005, le Dr A.R. \_\_\_\_\_ a retenu que les diagnostics de diabète type 2 insulino-dépendant et d'hypothyroïdie fruste compensée avaient des répercussions sur la capacité de travail de sa patiente, ce qui n'était pas le cas pour les diagnostics d'hyperactivité bronchique et d'obésité. Qualifiant l'état de santé de stationnaire avec instabilité quotidienne des glycémies, il a attesté une incapacité de travail à 75% dès le 1<sup>er</sup> mars 1998. Les limitations fonctionnelles étaient la fatigue, la baisse de concentration, la perte de mémoire et la prise de poids.

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 11 juillet 2005, la M. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée travaillait en qualité de secrétaire à l'heure, soit entre 10 et 14 heures par semaine.

Par avis médical du 3 novembre 2005, la Dresse N. \_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a conclu au maintien du statu quo (invalidité à 50%) au vu de l'absence d'aggravation et de limitation fonctionnelle dans une activité de bureau à 50%.

Par communication du 10 août 2006, l'OAI a informé l'assurée qu'elle continuait à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour (degré d'invalidité : 50%), le degré d'invalidité n'ayant pas changé au point d'influencer son droit à la rente.

**c)** Dans le cadre d'une seconde révision du droit à la rente initiée le 19 septembre 2008, l'assurée a confirmé que son état de santé était inchangé et qu'elle continuait d'œuvrer au sein de la M.\_\_\_\_\_. Cette dernière a précisé que l'intéressée avait été engagée par un contrat individuel de travail comme responsable administratif dès le 1<sup>er</sup> janvier 2007 à 40% et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008 à 45%.

Dans un rapport médical du 17 décembre 2008, le Dr A.R.\_\_\_\_\_ a estimé que les diagnostics de diabète insulino dépendant difficilement contrôlable, d'hypothyroïdie substituée et de bronchite asthmatiforme entraînaient une incapacité de travail de 50%. Il a précisé qu'en raison des importantes variations de la glycémie, sa patiente souffrait de « coups de pompe » durant la journée, soit de la fatigue dès le matin, des troubles de la concentration et une diminution de la capacité physique.

Par communication du 26 mars 2009, l'OAI a informé l'assurée qu'elle continuait à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour (degré d'invalidité : 50%), le degré d'invalidité n'ayant pas changé au point d'influencer son droit à la rente.

**d)** Dans le cadre d'une troisième procédure de révision d'office de la rente mise en œuvre le 14 juin 2012, l'assurée a précisé que son état de santé s'était aggravé en raison d'une « chute le 13.06.2011 sur épaule gauche. A ce jour encore douloureux et peu de mobilité. Dépression suite surmenage prof., problème épaule peu mobile et problèmes familiaux ». Elle était en outre sans activité lucrative depuis le 1<sup>er</sup> mai 2012.

Dans un rapport médical du 2 juillet 2012, le Dr A.R.\_\_\_\_\_ a confirmé une nette aggravation de l'état de santé de sa patiente en raison

d'un état dépressif moyen avec multiples somatisations, d'un diabète insulino dépendant labile, d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche et d'une hypothyroïdie avec surpoids. Il a en outre exposé ce qui suit :

« (...).

L'état dépressif s'est installé progressivement depuis l'automne 2011 en relation avec le décès de sa mère, les conflits professionnels, le retour à domicile du fils aussi pensionné. Malgré un traitement médicamenteux et (sic) actuellement dans l'incapacité de suivre un traitement psychothérapeutique. Elle n'arrive pas à entretenir son ménage, présente une agoraphobie et une très importante fatigue. Sa capacité de travail est nulle depuis septembre 2011 même dans une activité adaptée en raison de troubles de la concentration et de la mémoire.

Le pronostic est très réservé chez cette patiente dont le diabète est aussi une lourde épreuve quotidienne ».

Dans un questionnaire pour l'employeur complété le 17 juillet 2012, la M. \_\_\_\_\_ a confirmé que l'assurée avait travaillé du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 30 avril 2012 en qualité de responsable administrative à raison de 16 heures par semaine pour un montant mensuel de 2'110 francs, précisant que leur employée avait présenté une totale incapacité de travail du 13 juin 2011 au 30 avril 2012. A la demande de l'OAI, la M. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'intéressée avait été licenciée pour des raisons médicales, car son état physique ne lui permettait plus d'assumer son travail.

L'assurée a complété le 4 août 2012 le formulaire 531bis en précisant que si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 100% en qualité d'employée de commerce/bureau et ce, par nécessité financière.

Par avis médical du 21 janvier 2013, le Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR a estimé qu'il convenait notamment de solliciter le dossier accident relatif à la chute sur l'épaule gauche.

Le 5 février 2013, S. \_\_\_\_\_ (ci-après : S. \_\_\_\_\_) a transmis à l'OAI le dossier complet de l'assurée lequel contient notamment les documents suivants :

- un rapport médical initial LAA du 28 juin 2011 du Dr A.R.\_\_\_\_\_ lequel pose le diagnostic de contusion de l'épaule gauche avec tendinopathie du sous-épineux suite à une chute avec réception sur l'épaule gauche entraînant une incapacité de travail de 100% depuis le 14 juin 2011 ;
- un rapport d'IRM de l'épaule gauche du 29 juin 2011 concluant à une tendinite du sous-épineux associée à une atrophie modérée de son chef ;
- un échange de courriers entre le Dr A.R.\_\_\_\_\_ et le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de S.\_\_\_\_\_ ;
- un rapport du 13 février 2012 du Dr T.\_\_\_\_\_ faisant suite à un examen clinique de l'assurée le 10 février 2012 et dont l'appréciation à la teneur suivante :

« (...).

#### Appréciation

Mme D.\_\_\_\_\_ souffre encore actuellement de séquelles de son accident du 13.6.11. L'épaule est encore douloureuse, surtout à sa mobilisation, qui est limitée. Cependant, l'épaule gauche était douloureuse, nécessitait un traitement d'ostéopathie quelques mois avant l'accident. D'autre part, elle souffre aussi de cervicalgies, de brachialgies à l'épaule droite, sans rapport avec l'accident. Elle souffre aussi d'un état dépressif, en avait souffert aussi plusieurs années et quelques mois avant l'accident,

Je propose à la S.\_\_\_\_\_ de poursuivre l'incapacité de travail jusqu'à la fin du mois de février en retenant une incapacité de travail de 50% en rapport avec l'accident, de 50% sans rapport avec l'accident. A partir du 1.3, on peut considérer l'incapacité de travail comme uniquement en rapport avec les pathologies sans rapport avec l'accident, mais il est bien évident que le traitement pour l'épaule peut, si nécessaire se poursuivre en mars : principalement des séances de physiothérapie. Je pense que ce traitement de physiothérapie pourra prendre fin fin avril 12 » ;

- une décision du 20 février 2012 de S.\_\_\_\_\_ mettant fin au versement d'indemnités journalières LAA avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2012.

Le 19 mars 2013, le Dr A.R.\_\_\_\_\_ a confirmé que sa patiente était suivie par une psychologue et qu'elle était sous traitement antidépresseur.

Dans un rapport médical du 3 novembre 2013, la Dresse B.R.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : diabète type I, prise d'insuline, état difficile à stabiliser, asthme, prise de poids et phobie sociale. Le traitement actuel permettait un soutien de l'humeur et une diminution de la phobie sociale. La capacité de travail exigible était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

Dans un rapport médical du 14 avril 2014, le Dr A.R.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif, de diabète de type 2 insulino-requérant, d'hypothyroïdie fruste, de lombalgie, de surpoids et de status post-capsulite de l'épaule gauche. Il a estimé que la capacité de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée était de 15%.

Par avis médical du 12 décembre 2014, le Dr B.\_\_\_\_\_ du SMR a exposé ce qui suit :

« Assurée de [...] ans, responsable administrative d'une M.\_\_\_\_\_ 16 heures par semaine, au bénéfice d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> février 1996 au motif d'un diabète insulino-dépendant, d'une hypothyroïdie traitée, d'un état anxiodépressif qui justifiait une IT de 50% aux yeux du Dr P.\_\_\_\_\_ (RM du 7 janvier 1998).

Du fait d'un accident, l'assurée a été en IT à 100% du 13 juin 2011 au 31 décembre 2011.

Le Dr A.R.\_\_\_\_\_, médecin de famille, écrit le 14 avril 2014 que l'état de santé est stationnaire en précisant au point 11 que l'état physique est satisfaisant et au point 12 il retient comme premier problème un état anxiodépressif. Le 13 janvier 2012, ce médecin écrivait à S.\_\_\_\_\_ que l'état dépressif justifiait à ses yeux une IT de 50%.

Le 3 octobre 2013, le Dr B.R.\_\_\_\_\_, psychiatre, retenait un épisode dépressif de gravité moyenne F33.1 sans avancer d'éléments objectifs nous permettant de retenir une aggravation durable de l'état de santé depuis la décision AI initiale qui reconnaissait une IT de 50% pour un trouble anxiodépressif.

Le diabète est suivi par le médecin de famille.

Les différents problèmes ostéo-articulaires évoqués dans certains documents ne sont pas de nature à influencer une activité de type employée à l'administration.

Il n'y a pas d'éléments rendant plausible une aggravation durable et la capacité de travail est donc inchangée depuis la dernière décision AI ».

Par projet de décision du 6 février 2015, l'OAI a constaté que le droit à une demi-rente d'invalidité basé sur un taux d'invalidité de 50% restait inchangé, considérant que la capacité de travail était toujours de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Certes, l'assurée avait présenté une aggravation de son état de santé avec incapacité de travail totale du 13 juin au 31 décembre 2011 en raison d'un accident suite à une chute sur l'épaule gauche. Cette incapacité ouvre normalement le droit à une rente entière durant quelques mois. Toutefois, l'assurée n'ayant signalé cette aggravation que le 14 juin 2012 soit plus de trois mois après l'amélioration de son état de santé, dite aggravation ne pouvait être prise en compte.

Dans sa contestation du 2 mars 2015, l'assurée a rappelé qu'en 2012, elle avait signalé une aggravation de son état de santé soit un problème à l'épaule gauche, mais également un état dépressif. Or, elle a constaté que le projet soumis concernait uniquement le problème de son épaule. A cet égard, elle a précisé que son épaule était gelée et qu'elle ne lui permettait pas d'effectuer certains mouvements et lui occasionnant une gêne dans sa vie quotidienne pour certaines activités. Toutefois, elle ne l'empêchait pas d'effectuer un travail de bureau, encore qu'il lui faille des pauses pour reposer son épaule. Elle a insisté sur la présence d'un état dépressif présent depuis 2011 qui malgré un suivi médical et psychiatrique ne s'améliorait pas. Elle a ajouté qu'elle n'arrivait plus à sortir de chez elle et qu'elle n'avait plus d'énergie, ni goût à rien.

Par décision du 21 avril 2015, l'OAI a confirmé le projet du 6 février 2015.

**B.** Par acte du 19 mai 2015, D.\_\_\_\_\_ recourt contre la décision précitée et conclut implicitement à l'augmentation de son droit à la rente compte tenu d'une dépression débutée en 2011 et qui dure toujours. Elle annexe à son recours un lot de pièces dont les rapports

médicaux des 12 mai 2015 du Dr A.R. \_\_\_\_\_ et du 13 mai 2015 de la Dresse B.R. \_\_\_\_\_ et de W. \_\_\_\_\_, psychologue-psychothérapeute.

Dans sa réponse du 13 juillet 2015, l'intimé conclut au rejet du recours.

### **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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière au fond.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque des points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c).

**b)** En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, en particulier sur l'augmentation de la demi-rente d'invalidité, par voie de révision, à une rente d'un degré plus important. Cela étant, la question se pose de savoir si, ainsi que la recourante l'allègue dans le cadre de la procédure de révision d'office initiée par l'OAI en juin 2012, son état de santé s'est péjoré depuis l'année 2011, justifiant une augmentation du droit à la rente.

**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 (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon 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 (al. 1). 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 (al. 2). 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.

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au

moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

**b)** En vertu 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, 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. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a ; voir également TF I 367/04 du 14 février 2005 consid. 2). 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 qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b, 125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b ; cf. TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de l'augmentation ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (cf. ATF 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1 ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833).

**c)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C\_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré 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 ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Cela étant, 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 (cf. 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 (cf. TF 9C\_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée).

**d)** Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

**e)** En assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Mais le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature

du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. également TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.1).

**4. a)** En l'espèce, la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente est celle de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> février 1998 par décision du 8 mai 2000, l'OAI ayant considéré que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% à partir du 6 février 1997 (diagnostic de diabète de type I, début de l'incapacité de travail attestée médicalement) dans l'activité habituelle d'employée de bureau. Cette décision de rente reposait notamment sur les rapports des 16 août et 10 septembre 1999 des Drs F. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, dont la valeur probante concernant l'impact du diabète sur la capacité de travail de la recourante a été confirmée par l'arrêt du Tass du 29 mai 2001 (AI 181/00 - 138/2001). Les diabétologues avaient retenu que la survenue rapprochée d'hypoglycémies telles que présentées par l'intéressée entravait sa capacité de travail à 50% et expliquait, partiellement du moins, son état de fatigue. Ils précisaient en outre que les hypoglycémies altéraient les fonctions psychomotrices et neuropsychologiques, si bien qu'aucune distinction ne pouvait être effectuée entre un travail physique ou intellectuel. Au plan psychiatrique, l'OAI s'était fondé sur l'expertise pleinement probante des Drs K. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ des 18 février et 31 août 1999, lesquels avaient conclu à l'absence de syndrome dépressif franc, retenant que les difficultés de somnolence étaient dues à la grande variabilité de la glycémie.

**b)** La décision querellée du 21 avril 2015 est, pour sa part, fondée en partie sur l'avis médical du Dr B. \_\_\_\_\_ du SMR lequel a considéré qu'il n'y avait pas d'éléments rendant plausible une aggravation durable de l'état de santé de l'assurée. En effet, la Dresse B.R. \_\_\_\_\_ retenait un épisode dépressif de gravité moyenne sans avancer d'éléments objectifs permettant de retenir une telle aggravation depuis la dernière décision AI, respectivement depuis la décision initiale de l'intimé qui reconnaissait une incapacité de travail de 50% pour un trouble

anxiodépressif. La Cour de céans considère cependant que l'avis médical du Dr B.\_\_\_\_\_ n'emporte pas la conviction. Force est en effet de constater qu'il ressort de la décision initiale de rente du 8 mai 2000 - confirmée par l'arrêt du Tass du 29 mai 2001 (AI [...]) -, que seule l'affection liée au diabète a motivé l'attribution d'une demi-rente d'invalidité, c'est-à-dire la reconnaissance d'une incapacité de travail de 50% fondée sur la seule appréciation des diabétologues F.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, lesquels ont estimé que la survenue d'hypoglycémies telles que présentées par l'intéressée entravait sa capacité de travail à 50%. Les experts psychiatres ont, quant à eux, écarté tout syndrome dépressif franc. On peine à comprendre dans ce contexte pour quels motifs le Dr B.\_\_\_\_\_, dans le cadre de son appréciation, s'est référé à l'avis de la Dresse P.\_\_\_\_\_ et non à l'appréciation des praticiens mandatés par l'intimé (Drs F.\_\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_\_, K.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_) pour procéder à la comparaison des situations déterminantes pour la révision du droit à la rente de l'assurée, soit entre celle prévalant lors de la décision initiale d'octroi de rente du 8 mai 2000 et celle prévalant en 2012 lors de la mise en œuvre de la procédure de révision d'office.

**c)** En l'espèce, il ressort des éléments médicaux présentés dans le cadre de la révision d'office initiée en juin 2012 que si l'assurée a pu œuvrer au sein de la M.\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 30 avril 2012 à 45% en qualité de responsable administrative, elle a toutefois présenté dès le 13 juin 2011 une incapacité totale de travail, tout d'abord en raison d'une chute sur l'épaule gauche (membre dominant), à laquelle s'est semble-t-il ajoutée une évolution défavorable sur le plan psychique ayant nécessité une prise en charge psychiatrique depuis le 4 septembre 2012 (toujours en cours). Sur le plan somatique (notamment diabétologique et ostéoarticulaire), il convient de relever que l'état de santé n'a pas été investigué dans le cadre de la procédure de révision d'office. Certes, le Dr A.R.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a confirmé que le diabète dont souffrait sa patiente restait une lourde épreuve quotidienne (rapport du 2 juillet 2012), relevant l'apparition d'épisodes d'hypoglycémie sévère malgré une connaissance adéquate du traitement de son diabète (rapport du 12 mai 2015). Il a également posé les diagnostics de bronchite

asthmatiforme, d'hypothyroïdie avec surpoids et de capsulite rétractile de l'épaule gauche. A cet égard, si la recourante a admis que ce diagnostic ne l'empêchait pas d'effectuer un travail de bureau, elle a cependant précisé qu'il lui faudrait des pauses pour reposer son épaule (courrier du 2 mars 2015 à l'OAI). Le Dr A.R.\_\_\_\_\_ a en outre allégué une péjoration de l'état de santé de sa patiente notamment au plan psychiatrique (rapport médical du 2 juillet 2012). Il a exposé qu'un état dépressif s'était installé progressivement depuis l'automne 2011 en relation avec le décès de sa mère, les conflits professionnels, le retour à domicile de son fils également pensionné. L'assurée n'arrivait pas à entretenir son ménage, présentait une agoraphobie et une très importante fatigue. Il s'est finalement prononcé de manière générale sur la capacité de travail de patiente, retenant qu'elle était dès lors nulle depuis septembre 2011 même dans une activité adaptée en raison de troubles de la concentration et de la mémoire.

Sur le plan psychiatrique, dans leur rapport du 13 mai 2015, la DresseB.R.\_\_\_\_\_ et la psychologue W.\_\_\_\_\_ ont actualisé les éléments que la psychiatre traitante avait mentionnés en 2013 dans un précédent rapport à l'intimé (rapport du 3 novembre 2013) et qui concluait à la présence d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Ces praticiennes ont mentionné que la recourante était leur patiente depuis le 4 septembre 2012 à raison d'une séance par semaine jusqu'en février 2013, à quinzaine dès lors. Elles ont fait état d'une marginalisation progressive de leur patiente avec difficulté de maintenir une hygiène personnelle, d'entretenir son logement, d'assumer ses tâches administratives et domestiques. Souffrant d'agoraphobie sévère, l'assurée vit recluse chez elle, ne sortant que pour ses consultations médicales soit trois fois par mois. Le fonctionnement psychique de la patiente peut faire penser à une aggravation de type schizoïde, lequel se caractérise par la survenue insidieuse et progressive de bizarreries du comportement, d'une impossibilité de répondre aux exigences et attentes sociales et professionnelles, ainsi qu'à une diminution des performances intellectuelles, mnésiques et organisationnelles. Ces praticiennes ont donc finalement retenu le diagnostic de schizophrénie simple et ont considéré

que leur patiente ne pouvait s'adapter à une reprise de travail simple ou à une réinsertion professionnelle. Au vu de la gravité de ses troubles psychiques, la péjoration au niveau personnel, social et psychologique, elles ont conclu que l'assurée devait être mise au bénéfice d'une rente d'invalidité totale.

**5.** Etant donné les carences dont souffre le dossier de la cause sur le plan médical (absence de comparaison de l'état de santé somatique, comparaison erronée sur le plan psychique), la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la décision du 8 mai 2000, un complément d'instruction devant incontestablement être mené à bien au préalable.

**a)** 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 (TF 8C\_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 4.2 et 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4 ; TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

**b)** Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique

(TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3<sup>ème</sup> éd., n° 18-19 et 27 ad art. 43 LPGA).

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'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, 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 (ATF 137 V 210 consid. 4 et 122 V 157 consid. 1d). 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). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**c)** En l'espèce, il ne fait pas de doute qu'il incombe à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation médicale de la recourante et de clarifier sa capacité de travail effective compte tenu de son état de santé global, ainsi que de se prononcer sur l'évolution de cette capacité depuis la décision initiale d'octroi de rente du 8 mai 2000. Se pose par conséquent la question de la mise en œuvre d'une expertise médicale sur la base de l'art. 44 LPGA aux

fins de déterminer la capacité résiduelle de travail de la recourante en fonction des limitations fonctionnelles existant aujourd'hui – somatiques (diabète et atteinte ostéoarticulaire) et psychiques – et de préciser quelle activité adaptée serait exigible. Il n'appartient toutefois pas à la Cour de céans de mettre en œuvre une telle expertise dans la mesure où le dossier est également lacunaire en ce qui concerne l'aspect économique de l'éventuelle activité lucrative adaptée qui pourrait être exigée de la recourante. L'instruction devant également être complétée sur ce point et l'évaluation du degré d'invalidité ressortissant à la compétence de l'intimé (16 LPGA), l'annulation de la décision entreprise et le renvoi de la cause à l'intimé s'imposent.

Ce n'est qu'à l'issue de ce complément d'instruction que pourra être déterminé si un motif de réexamen de la situation de l'assurée, qui serait survenu depuis la décision initiale de rente, est ou non avéré en l'occurrence.

**6.** Il découle de ce qui précède que le recours est admis, la décision rendue par l'OAI le 21 avril 2015 annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants.

**a)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 1'000 francs (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, vu l'ampleur de la procédure, les frais judiciaires, fixés à 400 francs, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe (art. 49 al. 1, 91 et 99 LPA-VD).

**b)** La recourante, qui n'est pas assistée par un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55, 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis
  
- II. La décision rendue le 21 avril 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants.
  
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- 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 :

- D. \_\_\_\_\_, à [...],
- 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 :