

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 septembre 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Métral et M. Monod, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 6ss, 17 al. 1 et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1-2 LAI

E n f a i t :

A. **a)** L._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], [...], marié et père de deux enfants nés en [...] et [...], a déposé le 11 juin 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en mentionnant quant au genre de l'atteinte « encéphalite et hydrocéphalie » existant depuis la naissance.

Le 11 juillet 2008, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant depuis 1997, a posé les diagnostics d'hydrocéphalie, d'épilepsie secondaire traitée et de décompensation psychique secondaire anxio-dépressive, estimant la capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et réservant l'évolution des capacités professionnelles de l'assuré une fois l'état stabilisé.

Une expertise bidisciplinaire (neurologique et psychiatrique) a été confiée au F._____ (F._____) à [...]. Dans son rapport du 28 novembre 2008, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a estimé que l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) et des traits de personnalité obsessionnel et narcissique. L'assuré ne présentait plus de limitation fonctionnelle. Toutefois, vu sa structure de personnalité, un soutien était indiqué pour l'aider à réintégrer rapidement le marché de l'emploi. Il n'y avait pas de baisse de rendement. L'incapacité de travail avait été totale du 11 mars au 31 octobre 2008, de 50% du 1^{er} au 30 novembre 2008, puis de 0% dès le 1^{er} décembre 2008.

Dans le volet neurologique de l'expertise du F._____, du 28 avril 2009, le Dr R._____, spécialiste en neurologie, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail de discrètes altérations neuropsychologiques (fatigabilité). Sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu les diagnostics de status après encéphaloméningocèle (1965), de status après méningo-encéphalite ourlienne s'étant compliquée d'une hydrocéphalie triventriculaire (janvier 1971), de comitialité partielle

complexe avec généralisation secondaire intermittente, de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) depuis 2002 et de traits de personnalité anankastiques et narcissiques. Pour le Dr R._____, la capacité de travail était entière au plan neurologique dans l'activité habituelle ; sur le plan neuropsychologique, il y avait une baisse de rendement de 20%.

Par décision du 27 octobre 2009 confirmant un projet du 22 septembre 2009, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a informé l'assuré que sa demande de prestations était refusée.

b) Dans le cadre du recours interjeté contre cette décision, l'assuré a produit un rapport du Dr D._____ du 2 novembre 2009 à la teneur suivante :

"[...]

Actuellement, après six mois de reprise du travail à 50%, et, bien équilibré médicamenteusement dans les domaines qui doivent l'être, M. L._____ est tout juste capable de faire face à son travail. Ceci contredit formellement les conclusions de l'expertise des Drs J._____ du 02.12 [recte : 28.11].08 et du complément du Dr R._____ d'avril 2009.

La raison principale de cette limitation d'activité professionnelle repose sur une fatigabilité visuelle et intellectuelle relativement rapide (de l'ordre d'une heure et demie à deux heures) qui conduit à des troubles de la concentration et de l'attention mais surtout à des céphalées en casque gênantes qui l'obligent à interrompre momentanément son activité. Comme l'hydrocéphalie dont il est porteur paraît actuellement bien compensée par le nouveau drainage posé l'an dernier, la probabilité qu'elles soient d'origine visuelle est la plus grande. Le rapport du Dr N._____, qui vient de me parvenir, fournit à ce sujet une explication plus que suffisante. Cette situation affecte son moral et la confiance qu'il commençait à reprendre, ce qui crée un cercle vicieux difficile à rompre. Pour l'heure, sa capacité de travail résiduelle doit tenir compte de pauses programmées dans son horaire de travail et je ne l'estime pas capable à ce jour d'assumer régulièrement plus de 4 à 5 heures de travail effectif moyennant une pause par heure environ. Il n'est pas prévisible qu'à terme, cette situation puisse grandement évoluer vers le mieux.

On doit réaliser que dans ce cas on a affaire à une situation complexe de polymorbidités d'équilibre instable. Dans les expertises pratiquées, il n'en a pas été tenu compte suffisamment et en particulier le déficit visuel n'a pas été pris en compte."

L'assuré a également produit un rapport du Professeur N._____, spécialiste en ophtalmochirurgie, du 7 octobre 2009, qui relevait ce qui suit :

“Diagnostics :Pseudophakie bilatérale suite à une cataracte précoce ddc [des deux côtés].
Paralysie congénitale des deux muscles droits externes avec abaissement de l'œil gauche.
Absence de convergence. Vision monoculaire alternante. Status post-capsulotomie au laser yag aux deux yeux. Tendence à vision en tunnel en raison d'amputation périphérique aux deux yeux (probablement en relation avec l'hydro-céphalée).

Nous suivons le patient susnommé depuis 1996. Une cataracte précoce a nécessité l'opération aux deux yeux et une mise en place d'implants intra-oculaires. Une fibrose capsulaire a été traitée par la suite au laser yag ddc. L'acuité visuelle qui se montait en 2002 avec meilleure correction à 90% à droite et 80% à gauche s'est quelque peu réduite à environ 70% à droite et 50% à gauche. Les amputations périphériques du champ visuel, et la vision monoculaire du patient, aggravés par une sécheresse oculaire importante aux deux yeux, une difficulté de concentration en relation avec un état de fatigue qui s'aggrave en raison des difficultés du patient à lire, principalement les pathologies oculaires, nous rendent enclins à juger la capacité de travail fortement diminuée, à environ 50%.

En effet, dès que le patient essaie de se concentrer sur un texte plus de deux heures, il subit des larmoiements, brûlures oculaires et vision floue, souvent accompagnés de céphalées.

Il faut remarquer également avec le champ visuel quelque peu restreint, que la lecture se retrouve fortement ralentie.

Je pense que le patient peut assumer un travail à 50%, à condition de ne pas solliciter de manière extrême ses yeux, et de ne pas avoir à lire de manière soutenue des caractères trop petits.”

L'assuré a en outre produit un rapport du Dr K._____ du 7 octobre 2009, qui relevait ce qui suit :

“[...] Je rappellerai en premier lieu que Monsieur L._____ présente une situation de comorbidité associant un état dépressif d'intensité moyenne (CIM-10:F32.2), des troubles mixtes de la personnalité (F61.0) et un status de méningocèle congénital avec hydrocéphalie et épilepsie séquellaire. La décompensation à la fois de l'affection neurologique et de l'état psychique en 2008 a d'abord et comme conséquence une incapacité de travail totale. La capacité de travail est actuellement partiellement recouverte mais fortement entravée par les limites cognitives qui n'évoluent plus depuis maintenant

presque une année, à savoir fatigabilité, troubles de la mémoire et de la concentration. Ces troubles s'additionnent à ceux constitués par un état dépressif léger à moyen qui est à considérer comme chronique et aux troubles de la personnalité qui sont fixes et qui alourdissent le tableau. Malgré cela, le patient a pu se remettre dans une activité rémunérée mais force est de constater que la capacité de travail est au maximum de 50% et le restera sans doute longtemps. Les intervenants de l'Assurance[-]Invalidité n'ont peut-être pas pris toute la mesure de l'atteinte de l'état psychique et neurologique de votre pupille.”

Le Dr T._____ du Service Médical Régional (SMR) de l'assurance-invalidité a relevé ce qui suit le 25 janvier 2010 :

“J'ai pris connaissance des pièces suivantes :

- Rapport du Dr D._____, 02.11.2009
- Courrier du Prof. V._____, 13.10.2009
- Certificat médical du Dr N._____, 07.10.2009
- Courrier du Dr K._____, 07.10.2009.

Le seul fait nouveau émane du rapport du Dr N._____, qui atteste d'une part une acuité visuelle à 0.7 à D et 0.5 à G, d'autre part des amputations périphériques du champ visuel, alors que le Dr R._____, en page 12 de son rapport d'expertise, mentionnait : « l'acuité et les champs visuels semblent préservés à l'examen sommaire ». Le Dr R._____, ne disposant pas des moyens d'investigation spécialisés sortant de son domaine de compétence, n'a pas pu tenir compte de ces troubles ophtalmologiques dans son appréciation de la capacité de travail de l'expertisé.

Ces troubles sont responsables de larmoiement, brûlure oculaire, vision floue ainsi que de céphalées motivant certainement une diminution de capacité de travail.

Si l'on tient compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles, j'estime qu'il est justifié de retenir une capacité de travail de 50% dans toute activité du domaine de compétence de l'assuré, comme l'attestent de manière concordante les quatre médecins traitants susmentionnés de l'assuré.”

Par arrêt du 7 avril 2010 (CASSO AI 551/09 - 137/2010), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assuré et réformé la décision du 27 octobre 2009 en ce sens que l'intéressé avait droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2009.

Par décisions des 20 août et 6 septembre 2010, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2009.

B. Le 21 avril 2015, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il n'était plus en mesure de travailler à 50% sans risque de péjorer son état de santé. Sur le questionnaire de révision de la rente, il a fait état d'une incapacité de travail totale à compter du 4 mars 2015. Il a produit un certificat du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, du 24 avril 2015, selon lequel son état s'était aggravé depuis fin 2014, compte tenu notamment d'une fatigue et d'une fatigabilité sévères ; pour le Dr K._____, la capacité de travail était nulle « en raison de limitations dues à une intrication complexe de problèmes psychiatriques et neurologiques ». L'assuré a également produit le 27 mai 2015 un rapport du Professeur V._____, spécialiste en neurologie, selon lequel l'évaluation EEG (examen électroencéphalogramme) restait parfaitement normale. Le patient était toutefois complètement décompensé sur le plan psychiatrique, avec une importante dépression qui avait déclenché une dyssomnie sévère.

Le 12 juin 2015, le Dr G._____, ophtalmologue, a indiqué que l'assuré pouvait travailler la moitié du temps, jugeant l'évolution de l'état de santé stable.

Le Dr B._____, spécialiste en médecine interne, a indiqué à l'OAI le 23 juin 2015 que l'assuré était toujours intéressé par son travail de [...] mais selon ce médecin, l'incapacité de travail était totale pour des raisons médicales et psychiatriques. Dans des situations de stress, le patient notait une recrudescence des symptômes neurologiques avec des auras, ainsi que des céphalées et une fatigue ; il pouvait alors survenir des crises d'épilepsie.

L'employeur [...] a indiqué le 13 juillet 2015 à l'OAI que l'assuré travaillait pour son compte depuis le 1^{er} janvier 2010, le dernier jour de travail effectif ayant été le 3 mars 2015. Son taux d'activité avait été réduit de 50% à 30% dès le 1^{er} janvier 2015 en raison d'une réorientation des activités de l'association qui l'employait.

Dans son rapport du 28 janvier 2016 au Dr K._____, le Professeur V._____ a constaté que sur le plan épiléptologique, la situation était excellente. Le patient aurait fait un petit malaise mal systématisé aux dires de sa femme en décembre 2015 mais il n'y avait pas eu d'autre phénomène particulier. Il avait été opéré sous anesthésie générale pour l'ablation d'un clou d'ostéosynthèse du tibia gauche en novembre 2015. Par la suite, il avait eu de violentes douleurs de tout l'axe cervico-dorsolombaire qui s'étaient ensuite stabilisées. Sur le plan psychiatrique, il n'avait pas revu le Dr K._____ et le Professeur V._____ recommandait de le faire car le patient lui semblait de nouveau assez déprimé. Quant à l'évaluation EEG, elle restait parfaitement normale, aussi bien au repos que lors des épreuves de stimulation. Pour le Professeur V._____, sur le plan épiléptologique, la situation paraissait tout à fait stable, raison pour laquelle il avait été convenu de diminuer le Kepra® à 2 x 250 mg par jour.

Le 15 février 2016, le Dr K._____ a répondu comme suit aux questions de l'OAI :

“[1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?]

1) Depuis mon dernier rapport du 24 avril 2015 l'état de santé est stable et n'a pas bénéficié d'une évolution qui permette l'espoir d'une capacité de travail retrouvée. Cette constatation est celle que j'ai pu faire lors d'un contrôle du 4 décembre 2015.

[2. En particulier quelle est la fréquence des consultations ?]

2) Une consultation par mois ou tous les deux mois sont maintenant mises en place au vu de la chronicité des troubles de l'humeur. Cette fréquence peut varier dans le sens d'une augmentation selon les besoins (accès anxio-dépressifs, crises familiales, etc...) comme on l'a vu pendant cette dernière année.

[3. Quelle est l'évolution des traitements médicamenteux depuis votre dernier rapport : - le dosage, les éventuels effets secondaires, la réponse et la compliance à ces derniers?]

3) La compliance est tout à fait bonne, la médication consiste en du Cymbalta® à raison de 90 mg/j. Au besoin il y a adjonction de Trittico® de 50 à 100 mg/j. D'une manière générale le traitement psychotrope a toujours été difficile à mettre au point en raison de la comorbidité neurologique.

[4. Pourriez-vous détailler l'anamnèse et l'examen clinique actuel ?]

4) Pour l'anamnèse récente je précise que le patient a ressenti des états d'épuisement depuis fin de l'année 2014 accompagné de

sentiments de découragement, d'indignité et d'inutilité marqués. Cet état faisait suite à une surcharge professionnelle et a entraîné à son tour un épisode dépressif. L'examen clinique est le même que décrit dans les rapports précédents à savoir: troubles de la vigilance et de la concentration au cours des entretiens, fatigabilité perceptible aussi au cours des entretiens, plaintes de la lignée dépressive, défenses psychologiques de type intellectualisation, projection, déni, sursaut narcissique contre un état de dépendance médicale de fait.

- [5. Quelles sont les limitations fonctionnelles actuelles d'ordre strictement psychiatrique ?]
- 5) Je renvoie à mon rapport d'avril 2015 et à ce qui est décrit plus haut. Pour compléter il faut signaler des difficultés relationnelles et surtout une intolérance au stress et aux exigences professionnelles même minimales (horaires réguliers, efficacité minimale, résistance émotionnelle).
- [6. Une consultation spécialisée a-t-elle eu lieu ?]
- 6) Chez le Professeur V. _____, neurologue, et chez moi.
- [7. Si oui, chez quel spécialiste ? Merci de nous faire parvenir un rapport de consultation]
- 7) Cf ci dessus.
- [8. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle, et depuis votre dernier rapport ?]
- 8) La capacité de travail dans l'activité habituelle est de 20%. A noter que la dernière activité était déjà de fait une activité adaptée dans le cadre d'un environnement professionnel tolérant.
- [9. Quelles sont les dates et les taux précis des arrêts de travail effectués par vos soins ?]
- 9) Incapacité totale de travail depuis le 3 mars 2015. Incapacité de 80% depuis le 1^{er} septembre 2015, en cours, avec une réduction de rendement de 50% pour ce qui est de la capacité résiduelle.
- [10. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée (avec une diminution des contraintes et respectant les limitations fonctionnelles, et depuis quand ?]
- 10) La capacité de travail est de 20 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} septembre 2015.
- [11. Si cette dernière ne devait pas être de 100%, merci de nous en donner les raisons.]
11. Cf ci dessus"

Par avis du 30 septembre 2016, la Dresse C. _____ du SMR, a estimé qu'aucun élément objectif de péjoration n'était documenté. Le psychiatre confirmait que l'examen clinique était le même que décrit dans ses rapports précédents. Du point de vue neurologique et épiléptologique, il n'y avait aucun nouveau diagnostic depuis l'expertise de 2008 et du

point de vue ophtalmique la situation était stable. Le traitement et les consultations psychiatriques n'avaient pas été intensifiés ; au contraire, il y avait moins de nécessité de consultations hebdomadaires.

Par projet de décision du 4 octobre 2016, l'OAI a informé l'assuré de son intention de refuser l'augmentation de la rente, dans la mesure où la capacité de travail exigible restait inchangée et qu'aucun élément objectif ne confirmait une aggravation susceptible de modifier son droit à la rente.

Le 12 octobre 2016, le Professeur V. _____ s'est adressé en ces termes à l'OAI :

"J'ai revu ce patient suite à mon dernier contrôle du 28 janvier 2016. Rappelons que ce patient présente différents problèmes extrêmement importants suite à une fracture du tibia gauche, il a toujours malgré l'ostéosynthèse des douleurs qui l'empêchent de se déplacer de façon convenable.

L'épilepsie est enfin stabilisée avec le Keppra 2 x 250 mg.

Il est toujours suivi régulièrement sur le plan psychiatrique pour un état dépressif chronique et il prend du Cymbalta 60 mg le matin et 30 mg le soir.

Il s'est développé malheureusement au cours de 2016 des douleurs articulaires importantes qui ont été confirmées par le Dr P. _____ et le Dr H. _____, notamment des arthralgies lombaires diffuses.

Il ne peut plus faire une quelconque activité professionnelle depuis plus d'une année car après 1 h, il a d'importants troubles de la concentration. Le patient, s'il essaie de forcer dans son travail, est complètement épuisé par la suite.

De ce fait, il est important que ce patient puisse au moins bénéficier d'une expertise pluridisciplinaire avant d'avoir une décision définitive d'un refus éventuel de la rente AI.

[...]

CONCLUSIONS

L'évaluation EEG reste parfaitement normale, aussi bien au repos que lors des épreuves de stimulation.

APPRÉCIATION GÉNÉRALE

Si l'épilepsie est bien stabilisée, il n'en demeure pas moins que le patient est fortement handicapé pour une quelconque activité professionnelle soutenue par les troubles de la concentration après

1 h ou 2 h, avec des lombalgies et des douleurs du membre inférieur gauche.

Il est ainsi impérieux de pouvoir faire une expertise complète chez ce patient avant de prendre une quelconque décision finale.

Pour ma part, je maintiens le Keppra 2 x 250 mg par jour, le Redormin en dragées pour stabiliser son sommeil et je reverrai le patient en contrôle clinique et EEG le 15 mars 2017 à 9h15."

Par avis du 9 novembre 2016, la Dresse C. _____ du SMR a constaté que les rapports des Drs P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en réadaptation professionnelle, mentionnés par le Professeur V. _____, ne figuraient pas au dossier et a sollicité que ces deux médecins soient questionnés.

Le Dr H. _____ a répondu en ces termes à l'OAI le 17 novembre 2016 :

"1. Un diagnostic précis du point de vue ostéo-articulaire a-t-il pu être posé ?

- Lombo-pygalgies chroniques dans le contexte de :
 - Dysfonction D12-L1
 - Status après fracture diaphysaire tibiale G traitée par enclouage en 2012
- Status après AMO [ablation de matériel d'ostéosynthèse] en 2015
- Epilepsie traitée
- Encéphalo-méningocèle connue

2. En cas de diagnostic incapacitant du point de vue ostéo-articulaire : depuis quelle date d'après la présentation clinique, l'atteinte a-t-elle un caractère incapacitant ?

Il n'y a pas sur le plan ostéo-articulaire de caractère incapacitant.

3. Depuis le début de votre suivi, quelle serait l'évolution de l'incapacité de travail par rapport aux limitations fonctionnelles présentées ?

Je n'ai vu le patient qu'à une seule reprise le 1^{er} septembre 2016, où il y avait une incapacité de travail depuis mars 2015. A mon avis, c'était plutôt pour des raisons psychologiques, et pas ostéo-articulaires.

4. Depuis quelles dates ces limitations auraient-elles entraîné une modification de la capacité de travail et à quels taux ?

5. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis le début de votre prise en charge ?

Aucune évolution, vu que je ne l'ai vu qu'une seule fois.

6. Pourriez-vous détailler l'anamnèse et l'examen clinique ostéo-articulaire actuel ?

Patient signalant des douleurs lombaires basses avec des blocages, augmentées lors des postures statiques. La position assise est supportée 60 minutes avant qu'un changement postural soit nécessaire. La position debout stationnaire est moins bien supportée. Difficultés à la marche sous la forme de serrement lors de la marche en montée 10 min, pas de problème à plat ou en descente.

Barométralgies au niveau de la jambe. Pas de douleur nocturne.

Pas de raideur matinale.

Irradiation douloureuse dans le MIG [membre inférieur gauche] au niveau de la jambe sur le versant interne, signale aussi des scapulalgies D.

Status :

Déshabillage debout.

Patient en bon état général, pesant 61.5 kg pour 155 cm.

Troubles statiques avec enroulement des épaules et abaissement de l'épaule droite chez un patient droitier (prob. gaucher à la naissance) avec une bascule du bassin à niveau vers la gauche.

[...]

Le status neurologique montre une bonne sensibilité et des bons ROT [réflexes ostéo-tendineux] au niveau des MI [membres inférieurs]. Lors du testing de la force, on ne trouve pas de déficit.

[...]

7. Quelles sont les limitations fonctionnelles actuelles d'ordre strictement ostéo-articulaire ?

Les postures debout stationnaires sont un peu moins bien supportées, par contre pas de limitation à la marche à plat.

8. Avez-vous effectué des examens paracliniques ou autres investigations ? Non.

9. Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers, le dosage et les éventuels effets secondaires ?

C'est un traitement physiothérapeutique que le patient fait.

10. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée au problème ostéo-articulaire et depuis quand ?

Elle est à 100% pour ce patient que je n'ai vu qu'une seule fois."

Pour sa part, le Dr P. _____ a fait savoir à l'OAI le 21 novembre 2016 que son intervention avait concerné une fracture de la jambe qui avait parfaitement guéri et ne laissait pas de séquelles, la problématique étant celle de douleurs chroniques dans un contexte neurologique.

Le 23 décembre 2016, la Dresse C. _____ du SMR a constaté ce qui suit :

“Suite au RM [rapport médical] du Dr V. _____ du 12.10.16 faisant état d'une péjoration de l'état de santé de l'assuré courant 2016 avec des douleurs articulaires importantes confirmé par le Dr P. _____ et le Dr H. _____, une fracture du tibia gauche dont les douleurs l'empêchent de se déplacer de façon convenable. Ces 2 spécialistes ont été réinterrogés.

Le Dr P. _____, orthopédiste, confirme le 21.11.16, que la fracture de la jambe a parfaitement guéri sans laisser de séquelles et ne génère aucune invalidité.

Le Dr H. _____, orthopédiste et réadaptation physique, confirme dans son RM du 17.11.16, l'absence d'atteinte incapacitante du point de vue ostéo-articulaire, la capacité de travail est de 100% du point de vue ostéo-articulaire, il n'y a pas de limitation à la marche et le status neurologique est normal.

Conclusion : Les conclusions de l'avis du 30.9.16 restent parfaitement valables.

Il n'y a aucun élément objectif de péjoration :

- Le psychiatre confirme que l'examen clinique est le même que décrit dans ses rapports précédents.
- Le Dr V. _____ confirme le 12.10.16, la stabilité de l'épilepsie.
- Le Dr P. _____ confirme l'absence de séquelle de la fracture de la jambe, ce qui est encore renforcé par le Dr H. _____ qui précise qu'il n'y a aucune limitation à la marche et que la CT [capacité de travail] est de 100% du point de vue ostéo-articulaire.
- Du point de vue ophtalmique la situation est stable.”

Par décision du 7 février 2017 accompagnée d'un courrier du même jour, l'OAI a confirmé son refus d'augmentation de rente du 4 octobre 2016.

Le 15 février 2017, le Dr K. _____ s'est adressé à l'OAI, en renvoyant à son rapport du 15 février 2016 ainsi qu'au rapport du Professeur V. _____ du 12 octobre 2016, estimant que si les symptômes décrits (fatigue, fatigabilité, trouble de la concentration, baisse de la vigilance, troubles de l'humeur, cela dans le cadre de risque de la survenue de crises épileptiques en cas de surcharge émotionnelle et/ou stress quelconque) étaient considérés comme non objectifs par le SMR, il demandait que ce dernier lui fasse part des moyens dont il faudrait

disposer pour objectiver les troubles psychiques et neurologiques « ressentis en effet de manière subjective ».

C. Par acte du 13 mars 2017, L._____, représenté par l'avocat Philippe Nordmann, a recouru contre la décision du 7 février 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} juillet 2015. En substance, il a fait valoir que son état s'était péjoré et qu'il présentait désormais une incapacité de travail totale. Il a en outre reproché à l'OAI de ne pas avoir procédé à l'expertise pluridisciplinaire suggérée par ses médecins, requérant à titre de mesures d'instruction la mise en œuvre d'une telle expertise - judiciaire - pour le cas où une rente entière ne lui était pas allouée.

Le 19 mai 2017, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision querellée.

Dans sa réplique du 7 juin 2017, le recourant a déploré que l'OAI ne se soit pas prononcé sur l'avis du Dr K._____ du 15 février 2017 ; il a maintenu pour le surplus sa position.

Le 26 juin 2017, l'OAI a confirmé les conclusions de sa réponse du 19 mai 2017.

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 l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la

compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Le recours a été formé en temps utile devant le tribunal compétent et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre les 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 les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le point de savoir si le recourant peut prétendre à l'octroi d'une rente d'un taux supérieur, singulièrement sur la question de savoir si son degré d'invalidité a subi une modification

significative entre les décisions des 20 août et 6 septembre 2010 qui lui ont reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mars 2009 (savoir les dernières décisions entrées en force qui reposent sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit) et la décision litigieuse.

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 4 al. 1 LAI). 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 LPGA). 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins à une demi-rente, un taux de 60% au moins à trois quarts de rente, et un taux de 70% au moins à une rente entière (art. 28 LAI).

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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. 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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1).

c) 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).

4. 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, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut 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. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. 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. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 368 consid. 2 et 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2).

5. a) En l'occurrence, au terme de la procédure de révision initiée en avril 2015, l'intimé a refusé d'augmenter la demi-rente d'invalidité versée depuis le 1^{er} mars 2009 à l'assuré. Il a constaté l'absence d'élément objectif de péjoration documenté, la capacité de travail exigible demeurant inchangée.

Le recourant soutient pour sa part que son état s'est péjoré et qu'en raison d'une incapacité de travail totale dès le 4 mars 2015, il devrait être mis au bénéfice d'une rente entière depuis le 1^{er} juillet 2015.

Dans la présente procédure de révision, initiée à la suite de l'annonce par l'assuré d'une péjoration de son état de santé, des rapports ont été demandés aux médecins qui le suivent. Il convient dès lors d'examiner si ces éléments établissent une péjoration de son état de santé.

b) Aux plans neurologique et épileptologique, à la suite d'une consultation du 26 mai 2015, le Professeur V._____ a fait état d'une évaluation EEG parfaitement normale, aussi bien au repos que lors des épreuves de stimulation. Lors de son contrôle le 28 janvier 2016, le Professeur V._____ a fait part d'une situation excellente sur le plan épileptologique, à l'exception d'un petit malaise mal systématisé aux dires

de l'épouse de l'assuré survenu en décembre 2015 mais sans autre phénomène particulier. Il a également noté que l'évaluation EEG était restée parfaitement normale. Compte tenu de la stabilisation observée, il avait d'ailleurs été convenu de diminuer le Keppra® (de 500 mg le matin et 250 mg le soir) à 2 x 250 mg par jour. Le Professeur V._____ a confirmé le 12 octobre 2016 la stabilité de l'épilepsie. Ainsi l'opinion du 23 juin 2015 du Dr B._____, lequel n'est en outre pas spécialiste en neurologie, qui a évoqué une incapacité de travail totale et relevé en situations de stress une recrudescence des symptômes neurologiques avec des auras, des céphalées et une fatigue lors desquelles pouvaient survenir des crises d'épilepsie, est contredite par les rapports postérieurs du Professeur V._____. Du point de vue neurologique et épileptologique, il n'y a dès lors aucun nouveau diagnostic, respectivement aucune nouvelle atteinte incapacitante, depuis le volet neurologique de l'expertise au F._____ du 28 avril 2009, qui atteste une péjoration de l'état de santé du recourant.

c) Sur le plan orthopédique, le Professeur V._____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré courant 2016 avec des douleurs articulaires importantes confirmées par les Drs P._____ et H._____ (rapport du 12 octobre 2016 du Professeur V._____, p. 1). Le 21 novembre 2016, le Dr P._____ a toutefois attesté que la fracture de la jambe avait parfaitement guéri sans laisser de séquelles et ne générait aucune atteinte incapacitante. Le Dr H._____ a confirmé pour sa part le 17 novembre 2016 l'absence de diagnostic incapacitant du point de vue ostéo-articulaire. De l'avis de ce spécialiste, la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée au problème ostéo-articulaire était de 100%. Il n'y a par conséquent aucune pièce au dossier propre à établir une aggravation de l'état de santé du recourant sur le plan orthopédique depuis l'été 2010.

d) Du point de vue ophtalmique, la situation est stable, comme l'a retenu la Dresse C._____ du SMR dans son avis du 23 décembre 2016. Contrairement à ce qu'affirme le recourant dans sa réplique, les éléments décrits par le Dr B._____ le 23 juin 2015, selon

lequel toute situation de stress engendre une recrudescence des symptômes neurologiques avec des auras, des céphalées et de la fatigue, n'ont pas une origine ophtalmique. Depuis l'avis du 7 octobre 2009 du Professeur N. _____ qui évaluait la capacité de travail de l'assuré à 50% en raison des atteintes oculaires (larmoiements, brûlures oculaires et une vision floue, souvent accompagnés de céphalées, dès que celui-ci essayait de se concentrer plus de deux heures sur un texte), il n'y a pas d'avis de spécialistes attestant une péjoration sur cet axe. Le 12 juin 2015, le Dr G. _____, ophtalmologue, a du reste indiqué que l'assuré pouvait travailler la moitié du temps, jugeant l'évolution de l'état de santé stable.

e) Enfin, au plan psychiatrique, le Dr K. _____ a fait état d'une fatigue et d'une fatigabilité sévères depuis la fin 2014 justifiant à son avis une aggravation de l'état de santé. Le Dr K. _____ posait au demeurant en octobre 2009 le diagnostic d'état dépressif d'intensité moyenne (F 32.2), alors qu'il a estimé le 24 avril 2015 que son patient présentait désormais un trouble dépressif récurrent, avec épisode actuel moyen à sévère (F33.2). En outre, en 2009, le Dr K. _____ estimait encore que son patient pouvait travailler à 50%, alors qu'en avril 2015, il a fait état d'une incapacité de travail totale depuis le 3 mars 2015. S'il est constant que l'état du recourant est compliqué d'une intrication de problèmes physiques et psychiques, comme le relève le Dr K. _____ (cf. rapport du 24 avril 2015), ce seul fait, déjà connu en 2008, n'atteste pas à lui seul une péjoration de l'état de l'assuré. Autre est toutefois l'affirmation du Dr K. _____ selon laquelle son patient présente désormais une fatigabilité sévère, une baisse de l'élan vital, une tristesse, un découragement, un sentiment d'indignité, ainsi qu'une tendance au repli et à l'isolement social. Ces éléments plaident en faveur d'une aggravation, dans la mesure où, dans son examen de 2008, le Dr J. _____ estimait que la vigilance était normale et que l'assuré ne présentait pas de troubles de la concentration, de l'attention ou de la mémoire, ni d'état de tristesse. Le raisonnement et le jugement étaient conservés, quand bien même un contact assez particulier était mentionné, avec des réponses parfois floues. Le Dr J. _____ avait du reste retenu sur la base du tableau clinique un trouble dépressif récurrent en rémission

(F33.4) ainsi que des traits de personnalité obsessionnel et narcissique, estimant que l'assuré ne présentait aucune limitation fonctionnelle du point de vue strictement psychiatrique. Après des incapacités de travail de 100% du 11 mars au 31 octobre 2008, puis de 50% du 1^{er} au 30 novembre 2008, l'assuré disposait pour l'expert J._____ à nouveau d'une capacité de travail totale, sans baisse de rendement, dès le 1^{er} décembre 2008. Or les éléments mis en avant par le psychiatre traitant vont dans le sens d'une nouvelle péjoration de l'état de santé de l'assuré au plan psychiatrique, et ce quand bien même le Dr K._____ a estimé que la compliance médicamenteuse était tout à fait bonne.

Il résulte de ce qui précède que les rapports successifs du Dr K._____ produits en procédure établissent que l'état de santé de l'assuré s'est détérioré sur le plan psychiatrique depuis le volet psychiatrique de l'expertise du F._____ du 28 novembre 2008. Il incombait dès lors à l'OAI d'investiguer cette question, ce qu'il n'a pas fait.

Il n'est au demeurant pas possible de statuer en l'état, dans la mesure notamment où il manque une approche pluridisciplinaire, laquelle n'avait en outre pas été faite dans le cadre de l'expertise du F._____, les volets psychiatrique et neurologique de cette expertise ayant consisté en deux expertises successives sans synthèse coordonnée. L'expertise du F._____ date par ailleurs de près de dix ans, et n'avait pas intégré le volet ophtalmique.

6. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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. 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 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'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).

b) En l'occurrence, l'OAI a statué sur la base d'un dossier lacunaire sur le plan médical. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à cet office – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il y a donc lieu de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise médicale au sens de l'art. 44 LPGA, comportant à tout le moins un volet psychiatrique, ophtalmique et neurologique. En effet, s'il est constant que c'est au plan psychiatrique que l'instruction a été défailante, il n'en demeure pas moins que le cas du recourant n'a jamais fait l'objet d'une approche pluridisciplinaire intégrant son atteinte ophtalmique, alors qu'à lecture de l'avis du Dr T. _____ du SMR du 25 janvier 2010, respectivement de l'arrêt de la Cour de céans du 7 avril 2010, c'est l'atteinte ophtalmique qui a conduit à reconnaître une capacité de travail de 50% à l'origine de la demi-rente en cours. Compte tenu de la pluralité d'atteintes, seul un examen pluridisciplinaire comportant une appréciation globale de la situation de l'assuré permettra de renseigner valablement sur son état. Il appartiendra ensuite à l'office de rendre une nouvelle décision.

7. a) En conclusion, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'OAI, ce montant couvrant celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 7 février 2017 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 dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à L._____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Nordmann (pour L. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

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 :