

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 octobre 2022

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Durussel, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 43 LPGA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1977, titulaire d'un CFC d'employée de commerce, a travaillé depuis le 1^{er} avril 2004 pour la W._____.

Le 3 avril 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de troubles ophtalmiques avec perte de vision depuis 2014.

Le 7 mai 2019, l'assurée a complété un questionnaire 531^{bis} de détermination du statut, dans lequel elle a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à un taux d'activité de 80 % par nécessité financière.

A la suite d'un assessment dans les locaux de la W._____ le 27 août 2019, l'OAI a mis en œuvre une mesure d'évaluation, d'orientation et d'intervention au travail auprès de F._____ (communication du 27 août 2019). Cette entreprise a ensuite proposé l'intervention d'U._____ pour mettre au point de nouvelles lunettes, ainsi que du Q._____ pour l'adaptation du poste de travail (rapport intermédiaire du 5 septembre 2019).

L'OAI a donné suite à ces propositions par communications des 12 septembre et 4 octobre 2019.

Entretemps, dans un rapport du 9 septembre 2019 à l'attention de l'OAI, le Dr J._____, spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de rosacée oculo-cutanée avec syndrome de sécheresse oculaire, et de kératite neurotrophique bilatérale prédominante du côté gauche depuis l'été 2014 (ch. 2.5). Un traitement par sérum autologue était en cours. Il a fait état d'une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50 % pour une durée indéterminée en raison d'un épuisement dû à une fatigue visuelle importante pour toute activité,

qu'elle soit de la lecture, de l'écriture ou du travail à l'écran (ch. 2.7). Il a envisagé une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée de quatre à six heures par jour, soit 50-60 % (ch. 4.3).

Le 18 novembre 2019, le Q._____ a préconisé le port de nouvelles lunettes, l'adaptation des conditions lumineuses à la place de travail et la recherche de solutions informatiques pour le travail à l'écran. Travaillant sur la base des diagnostics de rosacée oculaire bilatérale depuis 2012, d'une kératite et d'un ulcère de la cornée sur l'œil gauche en 2014, le Q._____ a précisé qu'il avait procédé aux examens au mois d'octobre 2019 « *dans la bonne phase du cycle* ».

Par communication du 9 janvier 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'intervention précoce sous la forme d'une adaptation du poste de travail comme préconisé par le Q._____ dans son rapport du 18 novembre 2019.

L'assurée a repris son activité pour la W._____ à un taux d'activité de 50 %, sans augmentation prévue, soit trois matins et une journée en télétravail (note d'entretien du 5 novembre 2020).

Dans un rapport du 10 novembre 2020 à l'OAI, le Dr J._____ a attesté de périodes d'incapacité de travail à 80% du 18 avril au 28 août 2019, à 50 % du 28 août 2019 au 15 septembre 2020 et de 40 % dès le 15 septembre 2020. Il a précisé que la situation de sa patiente s'était améliorée en raison d'un traitement dispensé par l'Hôpital K._____, à savoir une intervention par laser au niveau du trajet du nerf facial, qui avait permis d'obtenir une meilleure fonction lacrymale ainsi qu'un soulagement subjectif significatif. Ce praticien a indiqué que sa patiente envisageait de travailler à 80 %.

L'OAI a recueilli des renseignements auprès du Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale, qui a rendu son rapport (limité aux aspects ophtalmiques) le 27 novembre 2020.

Dans un rapport du 15 janvier 2021, intitulé « correctif des réponses au questionnaire du 10 novembre 2020 », le Dr J._____ a informé l'OAI de l'évolution de la capacité de travail de l'assurée en ces termes :

« Incapacité totale du 07.12.18 au 18.03.19.

Activité effective de 10 % du 19.03 au 17.04.19 (incapacité de 85,7 % du taux contractuel).

Activité effective de 20 % du 18.04 au 02.06.19 (incapacité de 71,4 % du taux contractuel).

Activité effective de 30 % du 03.06 au 10.11.19 (incapacité de 57,7 % du taux contractuel).

Activité effective de 35 % du 11.11.19 au 05.01.20 (incapacité de 50 % du taux contractuel).

Activité effective de 40 % du 06.01 au 08.03.20 (incapacité de 42,9 % du taux contractuel).

Activité effective de 45 % du 09.03 au 16.03.20 (incapacité de 35,7 % du taux contractuel).

Activité effective de 50 % dès le 17.03.20 (incapacité de 28,6 % du taux contractuel), répartie sur quatre jours par semaine au maximum trois jours en présentiel, ceci pour une durée indéterminée. »

Dans un rapport du 26 janvier 2021 à l'OAI, le Dr Schaefer a précisé ce qui suit :

« R._____ souffre d'une rosacée oculaire chronique, maladie invalidante pour les yeux. Cette rosacée a provoqué la destruction des glandes de Meibomius dans ses paupières, surtout du côté gauche. Ces glandes sécrétant un fluide sébacé indispensable à une bonne lubrification de la surface oculaire, R._____ souffre d'une xérophtalmie chronique bilatérale, plus prononcée à gauche. Cette xérophtalmie a provoqué depuis 2012 des épisodes récurrents de kératite avec formation d'ulcères cornéens qui, jusqu'à quelques mois en arrière, engendraient des douleurs, une photophobie, un profond inconfort visuel ainsi qu'une grosse limitation de la vue, jusqu'à une acuité réduite à 30 %.

Envoyée pour conseil et traitée à l'Hôpital K._____ en juillet 2019, les médecins de cet hôpital ont pu mettre au point une thérapie qui a amélioré la situation de la kératite et de l'ulcère cornéen. Avant ce rendez-vous, la patiente était tombée dans un état d'épuisement qui a conduit à une incapacité de 100 %.

Grâce au traitement entrepris à l'Hôpital K._____ et poursuivi pendant quelque temps, la situation de R._____ s'est améliorée. Elle a recouvré une bonne fonction visuelle ainsi qu'un confort oculaire satisfaisant. Il n'en reste pas moins que les facteurs de risque ainsi que la kératite chronique sont toujours présents,

fragilisant grandement la surface oculaire des deux yeux, toujours plutôt à gauche qu'à droite.

Le taux de capacité de travail actuel de 50 % permet d'éviter une rechute d'ulcères cornéens et il serait contre-indiqué à mon sens d'augmenter cette capacité de travail. En effet, l'examen oculaire actuel permet de mettre en évidence une situation calme mais des micros-ponctuations au niveau de la surface oculaire gauche qui laissent présager d'un équilibre très fragile. Une nouvelle rechute au niveau oculaire amènerait probablement à un nouvel état d'épuisement et à une nouvelle augmentation de l'incapacité de travail.

Pour conclure, je maintiens donc que R. _____ va conserver et long terme un taux d'activité de 50 % et que de l'augmenter serait un risque pour sa santé. Souffrant d'une maladie chronique incurable, mais dont les symptômes sont stabilisables par la prise en charge actuelle. »

Le 27 janvier 2021, le Q. _____ a préconisé la prise en charge de nouveaux moyens auxiliaires afin d'aménager la place de travail de l'assurée.

Sollicité pour avis, la Dre O. _____, médecin au Service médical régional de l'AI, a recommandé la mise en œuvre d'une expertise ophtalmique (avis SMR du 8 mars 2021). L'OAI a confié ce mandat au Dr Ex.Oph. _____, spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie au sein du centre d'expertise Z. _____ et informé l'assurée en ces termes (communication du 15 mars 2021) :

« Nous envisageons de mandater Dr. Ex.Oph. _____, FMH en ophtalmologie auprès du Z. _____ pour l'examen (...).

Des objections fondées portant sur le genre de l'expertise, la spécialité prévue, de même que le nom de l'expert peuvent être formulées par écrit et adressées à l'office AI jusqu'au 29 mars 2021. »

Z. _____ a communiqué le rapport d'expertise à l'OAI le 26 mai 2021. Ce rapport porte les signatures suivantes (p. 18) :

« **Déclaration d'indépendance, d'impartialité et d'objectivité**

Le soussigné (...) déclare par la présente avoir rempli le mandat donné (...)

(signé)

Dr méd. Ex.Oph. _____

Spécialiste FMH en ophtalmologie

Nous espérons que ces informations vous seront utiles et restons à votre disposition pour toute question ultérieure.

Nous vous remercions pour votre confiance et vous saurions gré de nous faire parvenir une copie de votre décision.

Avec nos salutations distinguées.

P. _____ Dr D. _____

(signé) _____ (signé)

Directrice Z. _____ Médecin-chef Z. _____ »

En annexe au rapport d'expertise figurait deux annexes : un document intitulé « *Résumé du dossier de la personne assurée* », non signé, et le questionnaire médical du centre Z. _____ complété par l'assurée le 11 avril 2021. Dans le second, l'intéressée a déclaré, sous la rubrique des traitements médicaux, qu'elle bénéficiait d'un traitement psychiatrique auprès de la Dre L. _____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie. Ce questionnaire comportait aussi la mention d'une prise de Duloxetin® et d'Azalia®.

Dans son rapport, le Dr Ex.Oph. _____ n'a pas retenu de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail (p. 11). En conséquence, il a retenu que l'assurée bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle (pp. 14-15). Au moment d'apprécier la situation, l'expert a émis les considérations suivantes :

« **1.7 Évaluation médicale et médico-assurantielle**

(...)

La personne assurée présente une sécheresse oculaire banale comme des centaines de milliers de personnes. Cette sécheresse oculaire peut être majorée par le traitement per-os journalier.

Par rapport à la description du problème en début d'expertise, la symptomatologie reste à l'identique. Certains diagnostics avancés antérieurement et potentiellement les témoins d'un niveau de gravité ne sont aucunement retrouvés le jour de l'expertise.

L'évolution personnelle de la personne assurée est d'être absolument persuadée d'avoir une pathologie oculaire invalidante car au-dessus du commun en termes de symptomatologie fonctionnelle.

(...)

Les symptômes présentés par la personne assurée sont cohérents et plausibles. Néanmoins, ils ne peuvent en aucun cas justifier à eux seuls une invalidité telle que décrite par la personne assurée.

(...)

La personne assurée a connu une incapacité totale du 07.12.2018 au 18.03.2019; puis des capacités effectives variant de 10 % à 50 % effectives selon une progression régulière entre le 19.03.2019 et le 17.03.2020 jusqu'au jour de l'expertise (rapport du Dr J. _____ du 15.01.2021 en réponse à l'Al Vaud).

Au jour de l'expertise, aucun signe clinique et examen clinique et/ou paraclinique ne peut justifier de telles incapacités de travail.

De la même façon, les résultats de l'expertise remettent en cause certains diagnostics avancés dans l'historique ophtalmologique de la personne assurée, à savoir :

- A la date du 09.09.2019, le diagnostic de **kératite neurotrophique** bilatérale dominante à gauche est proposé :

(...)

Les kératites neurotrophiques, Catherine Creuzot-Garcher.

Conformément à la littérature ci-avant et l'ensemble des signes cliniques et paracliniques retrouvés le jour de l'expertise, ce diagnostic peut-être difficilement retenu.

- A la date du 09.09.2019, **le diagnostic d'acné rosacée** dans le cadre d'une sécheresse oculaire est proposé :

(...)

Justine Czemielewski, Curdin Conrad, Rev Med Suisse 2016; volume 12. 646-652.

Conformément à la littérature ci-avant et l'ensemble des signes cliniques et paracliniques retrouvés le jour de l'expertise, ce diagnostic peut-être difficilement retenu.

- Le diagnostic de **Xérophtalmie** dans le cadre d'une sécheresse oculaire a été évoqué :

(...)

Traitements actuels de la xérophtalmie dans le syndrome de Gougerot-Sjögren - 01/01/03 C. Baudouin.

Conformément à la littérature ci-avant et l'ensemble des signes cliniques et paracliniques retrouvés le jour de l'expertise, ce diagnostic peut-être difficilement retenu.

(...)

Il n'existe pas de troubles pouvant justifier des limitations fonctionnelles. Les fonctionnalités mobilisables sont indemnes. »

Par communication du 7 juin 2021, l'OAI a pris en charge les moyens auxiliaires préconisés par le Q. _____ dans son rapport du 27 janvier 2021.

Après avoir soumis l'expertise au SMR (avis médical du 18 juin 2021), l'OAI a, par projet de décision du 21 juin 2021, fait part à l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations au motif qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

Représentée dans un premier temps par son assurance protection juridique (courrier d'[...] du 1^{er} juillet 2021), l'assurée a obtenu copie de son dossier le 5 juillet 2021.

Par acte du 29 juillet 2021, complété le 7 octobre 2021, l'assurée, représentée par Me Flore Primault, a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision du 21 juin 2021. L'assurée a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. A l'appui de son écriture, elle a produit :

- Un rapport du 8 octobre 2015 du Dr C._____, spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, lequel a posé le diagnostic de rosacée oculaire avec conjonctivite folliculaire des deux côtés et prescrit un traitement de gouttes doxycyclines.
- Un rapport du 24 avril 2018 du Dr M._____, spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie, lequel a posé le diagnostic de blépharite chronique et de status après décompensation cornéenne de l'œil gauche dans le contexte d'une acné rosacée avec atteinte faciale et oculaire. Il a apprécié la situation comme il suit :

« Cette patiente présente en effet une blépharite chronique dans le contexte d'une acné rosacée dont on retrouve des stigmates au niveau des pommettes, du nez et de la région mentonnière. Elle présente également une atteinte oculaire sous forme d'une blépharite antérieure et postérieure entraînant des perturbations de la lubrification de la surface oculaire et une sécheresse oculaire. A gauche, la situation a plus récemment décompensé avec ce que tu

décrits comme étant une décompensation épithéliale, qui a nettement récupéré à l'examen de ce jour. On peut considérer que la fenêtre thérapeutique que la patiente a spontanément appliquée a eu un effet bénéfique sur ses symptômes et sa fonction visuelle. Dans ce contexte, j'ai proposé à la patiente de continuer avec un traitement extrêmement simple, de fond, consistant en une hygiène palpébrale quotidienne chaque matin par Blephaclean associé à l'application de larmes artificielles d'Optava autant que nécessaire. Je lui ai également mentionné les options qui pourraient être envisagées au cas où la situation venait à décompenser, en plus de ce que tu lui as déjà proposé. Une des options pourrait être de recourir à la mise en place d'un bouchon lacrymal résorbable du côté gauche, ce qui permettrait d'améliorer transitoirement la lubrification oculaire. L'autre solution que nous pourrions encore garder en réserve, au cas où la situation venait à se décompenser sur le plan inflammatoire, serait l'application de cyclosporine mais sous forme de monodoses, qui existent dans le commerce mais ne sont commercialisées en Suisse que via une importation par la Pharmacie [...]; il s'agit des gouttes de Restasis 0,05 %, non remboursées en Suisse. Enfin, une solution ultime en cas d'atteinte cornéenne chronique et ne s'améliorant pas, serait le recours à l'instillation de gouttes de sérum autologue qui, comme tu sais, ne sont synthétisées qu'à l'Hôpital K._____, et sur ordonnance de la part de l'Hôpital K._____. Il faudrait alors, dans cette optique, adresser la patiente directement à l'Hôpital K._____. Aucune de ces options ne semble nécessaire pour l'instant heureusement, dans la mesure où la situation de la patiente s'est spontanément améliorée après une fenêtre thérapeutique d'environ 1 mois. Je lui ai néanmoins recommandé de poursuivre, comme mentionné plus haut, un traitement de fond simple afin d'assurer une lubrification optimale et de maintenir un état de surface des paupières satisfaisant. »

- Un rapport du 11 juillet 2019 de la Dre S._____, spécialiste en ophtalmologie et en ophtalmochirurgie à l'Hôpital K._____, laquelle a reçu l'assurée pour un avis concernant une kératite ponctuée superficielle, une décompensation épithéliale, une rosacée oculaire et une blépharite mixte chronique. Cette spécialiste a rappelé des antécédents de chalazions récidivants et d'une dépression traitée par Cymbalta®. La Dre S._____ a prescrit un traitement de gouttes de sérum autologue face à l'échec des premiers traitements.

- Un rapport du 19 juillet 2021 du Dr J._____ à l'assureur protection juridique de l'assurée dans lequel il a pris position en ces termes :

« (...) le Docteur Ex.Oph._____ déclare que les symptômes présentés par la patiente ne peuvent en aucun cas justifier à eux seuls une invalidité telle qu'elle a été prescrite :

Sur ce point, il faut savoir que ce médecin a vu R._____ alors qu'elle était pratiquement remise de ses inflammations oculaires, en tout cas, pendant cette période. Il est évident qu'en l'état actuel, cette déclaration peut être recevable. En revanche, ce médecin n'a pas pu examiner R._____ lors des différentes crises qu'elle a présentées et donc pour moi, cette affirmation me semble inadéquate. »

Dans un avis juriste du 30 septembre 2021, l'OAI a demandé un complément d'expertise au Dr Ex.Oph._____ pour les motifs suivants :

« Au vu de ce qui précède, force est de constater que si l'expert a motivé les raisons pour lesquelles aucune diminution de la capacité de travail n'était à retenir au jour de l'expertise - par le fait que seule une sécheresse oculaire modérée, qualifiée de banale, pouvait être diagnostiquée -, il n'a pas explicité les raisons pour lesquelles il s'écartait des autres diagnostics évoqués au dossier, se contentant de se référer à la littérature. Il ne s'est pas non plus prononcé de manière circonstanciée sur l'éventuelle fluctuation de la capacité de travail de l'assurée pour les périodes antérieures à son rapport. Or, l'assurée a déclaré avoir diminué son taux d'activité de 80 à 70 % en 2012 déjà en raison de son atteinte ophtalmologique et son ophtalmologue, le Dr J._____, a évoqué une rosacée oculocutanée « depuis de nombreuses années ayant engendré une décompensation cornéenne bilatérale prédominante à gauche depuis l'été 2014 » et a notamment bénéficié d'un traitement auprès de l'Hôpital K._____ qui aurait amélioré sa situation depuis fin 2019.

Il est dès lors nécessaire de réinterroger l'expert Ex.Oph._____ avec les questions suivantes :

- Pouvez-vous expliciter les raisons pour lesquelles vous vous écarterez des diagnostics de kératite neurotrophique, d'acné rosacée et de xérophtalmie posés par l'ophtalmologue traitant de l'assurée ?
- Cas échéant, ces diagnostics étaient-ils présents par le passé et ont-ils justifié une période d'incapacité de travail ou une diminution de rendement ?
- Si oui, merci de préciser quelle a été l'ampleur de la diminution de la capacité de travail ou de la baisse de rendement due à l'une ou l'autre de ces pathologies, ce depuis 2012, date à laquelle l'assurée indique avoir réduit son taux d'activité de

80 % à 70 % en raison de sa situation de santé, et jusqu'à ce jour.

Merci également de faire parvenir à l'expert pour information les pièces médicales transmises par l'avocate de l'assurée dans sa contestation du 30 juillet 2021. »

Le Dr Ex.Oph._____ a rendu un complément d'expertise le 2 novembre 2021 dans lequel il a expliqué ne pas avoir retrouvé à l'examen clinique de symptôme permettant de retenir les diagnostics de kératite neurotrophique, d'acné rosacée et de xérophtalmie et nié que ceux-ci étaient présents par le passé.

Par décision du 3 janvier 2022, l'OAI a confirmé son projet de décision du 21 juin 2021. Dans une prise de position du même jour, l'OAI a expliqué que les arguments évoqués par l'assurée n'avaient pas apporté d'éléments susceptibles de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

B. Par acte du 3 février 2022, R._____, sous la plume de son conseil, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que le droit à une rente entière est reconnu et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'office intimé pour qu'il statue dans le sens des considérants. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise. En substance, l'assurée a notamment indiqué que le droit d'être entendu n'avait pas été respecté et que l'expertise réalisée ne présentait pas les critères requis par la jurisprudence pour lui conférer une pleine valeur probante.

Par réponse du 31 mars 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours, confirmant le caractère probant de l'expertise mandatée par ses soins et l'absence de violation du droit d'être entendu.

Par réplique du 8 juin 2022 et duplique du 21 juin 2022, les parties ont persisté dans leurs conclusions respectives.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Préalablement, il convient d'examiner le grief formel soulevé par la recourante, laquelle se prévaut d'une violation de son droit d'être entendue.

b) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à chacun le droit de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, d'avoir accès au dossier, de prendre connaissance de toute argumentation présentée à l'autorité et de se déterminer à son propos, dans la mesure où il l'estime nécessaire, que celle-ci contienne ou non de nouveaux éléments de fait ou de droit, et qu'elle soit ou non concrètement susceptible d'influer sur le jugement à rendre (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 139 I 189 consid. 3.2 et références citées). Dans le contexte de particulier de l'art. 44 LPGA, l'obligation de l'assureur de donner connaissance du nom du médecin expert à l'assuré,

avant le début de l'expertise, s'étend également au nom du médecin qui est chargé par l'expert d'établir l'anamnèse de base de la personne soumise à l'expertise, d'analyser et de résumer le dossier médical ou de relire le rapport pour vérifier la pertinence de ses conclusions. Le fait que l'assuré n'a pas eu connaissance du nom des médecins auxiliaires, qui ne sont intervenus que de manière ponctuelle dans le cadre de l'expertise, ne constitue pas une violation si grave de ses droits de participation ou d'être entendu qu'elle ne serait pas susceptible de réparation (ATF 146 V 9 consid. 4.2.3 et 4.4 ; TF 9C_496/2020 du 12 avril 2021 consid. 3.2). Cette jurisprudence est applicable aux affaires pendantes devant un tribunal au moment de son adoption (ATF 142 V 551 consid. 4.1 ; TF 9C_496/2020 du 12 avril 2021 consid. 3.2).

b) Dans le présent cas, la recourante reproche à l'office intimé de ne pas l'avoir informée, voire de ne pas s'être lui-même informé, sur la participation du Dr Z._____, médecin-chef de Z._____, à l'expertise réalisée par le Dr Ex.Oph._____.

Il apparaît en l'espèce qu'un tiers a établi le résumé des pièces du dossier, ainsi que cela ressort du rapport d'expertise, singulièrement du chapitre intitulé « *Situation initiale et aspects formels* » (chiffre I.2 : « *Le résumé détaillé du dossier envoyé par le mandant, éventuellement complété par les éléments que nous nous sommes procurés, constitue l'Annexe 1 de ce rapport d'expertise. L'expert a pris connaissance du résumé détaillé [Annexe 1] et a étudié le dossier médical* »). L'annexe en question n'a donc apparemment pas été établie par le Dr Ex.Oph._____. Cependant, elle n'est pas signée et rien ne permet d'établir si elle a été rédigée par le Dr Z._____ ou par un autre employé de Z._____. En effet, contrairement au cas jugé par le Tribunal fédéral le 12 avril 2021 - qui concernait d'ailleurs Z._____ - l'auteur de l'annexe litigieuse n'a pas pris soin d'y apposer ses initiales (TF 9C_496/2020 du 12 avril 2021 consid. 2). On ignore ainsi l'identité de la personne désignée par Z._____ qui a rédigé l'annexe litigieuse dont le Dr Ex.Oph._____ affirme avoir pris connaissance. Etant donné l'importance de la démarche consistant à établir le résumé du dossier médical, la recourante a un droit à connaître

le nom de l'auteur du résumé conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 146 V 9 consid. 4.2.3 et 4.3.2).

En tout état de cause, le recours doit ainsi être admis pour ce premier motif et le dossier renvoyé à l'intimé. Dans ces circonstances, la recourante devrait - en théorie - être replacée dans la situation dans laquelle elle pourrait reconnaître si elle entend ou non soulever un motif de récusation à l'encontre de la personne auxiliaire impliquée. Contrairement à la cause jugée par le Tribunal fédéral le 12 avril 2021, il apparaît cependant que le recours doit également être admis, faute de valeur probante de l'expertise réalisée par le Dr Ex.Oph._____ (cf. consid. 7), ce qui conduit à tout le moins à une nouvelle expertise auprès d'autres médecins que ceux ayant œuvré pour Z._____. Au demeurant, le Dr Z._____ n'apparaît plus au Registre des professions médicales (art. 33a al. 1 let. a et al. 3 let. a LPMéd [loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 ; RS 811.11]), de sorte qu'il pourrait être difficile de connaître le nom d'un éventuel collaborateur ou interne à l'ancien cabinet de ce médecin.

4. a) Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (pour la LAI, modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et pour le règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Cependant, la décision concernant un premier octroi de rente rendue après le 1^{er} janvier 2022, mais portant sur un droit qui a pris naissance avant cette date, est soumise aux dispositions de la LAI et du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 (cf. ch 9101 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1^{er} janvier 2022).

b) En l'occurrence, la décision attaquée a été rendue le 3 janvier 2022. Le Dr J._____ a attesté d'une première incapacité de travail dès le 7 décembre 2018 (rapport du 15 janvier 2021). Un éventuel droit à la rente prendrait ainsi naissance au plus tôt au mois de

décembre 2019, au terme du délai de carence d'une année. Il serait ainsi soumis aux dispositions de la LAI et du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 suivant le chiffre 9101 CIRAI.

5. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

6. a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par 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 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

7. La recourante reproche à l'expert Ex.Oph._____ d'avoir établi son rapport sur la base d'une documentation incomplète, de ne pas s'être prononcé sur l'évolution des atteintes à la santé qu'elle allègue et de ne pas avoir apprécié les risques engendrés par les atteintes à la santé pour la suite de son avenir professionnel. Elle émet en outre des critiques

quant à la durée de l'expertise et à certains propos que le Dr Ex.Oph._____ aurait tenus dans le cadre de son mandat.

L'intimé, après avoir demandé un complément d'instruction, considère que le rapport d'expertise ophtalmique répond aux exigences de valeur probante.

a) S'agissant de la constitution du dossier et de la prise de connaissance du dossier par l'expert, il est indiqué que le Dr Ex.Oph._____ a pris connaissance du résumé détaillé et qu'il a étudié le dossier médical. Or, sur ce premier point déjà, le rapport peine à emporter la conviction, dès lors qu'il a été rendu à l'issue d'un seul entretien clinique et que l'expert ne se détermine que sur la situation présentée par la recourante le jour de l'expertise, sans analyse de la situation antérieure et future. A cela s'ajoute que l'expert n'a pas pris contact avec l'ophtalmologue traitant pour s'entretenir des contradictions qu'il relève entre les plaintes de la recourante et ses observations. A ce propos, l'expert a mentionné ce qui suit à l'anamnèse :

« Elle consulte le même ophtalmologiste depuis 2010 (Dr J._____) tout en ayant consulté de nombreux autres ophtalmologistes durant la même période pour avis complémentaires :

- Dr H._____
- Dr A._____
- Dr I._____
- Dr M._____.

Il faut noter dans le cadre de cet entretien que le diagnostic d'acné rosacée mentionné dans le dossier, responsable de kératite, a été établi par un ophtalmologiste, et non pas par un dermatologue (Dresse T._____). »

Il appert ainsi que l'expert Ex.Oph._____ avait connaissance de nombreuses consultations ophtalmiques en cabinet depuis 2010, mais aussi auprès de l'Hôpital K._____ comme cela ressort notamment du rapport du 9 septembre 2019 du Dr J._____ qui figure à l'annexe 1 (p. 3). Dans ce contexte, l'expert aurait pu et dû requérir des renseignements médicaux auprès de tous les intervenants. En ne se prononçant que sur la base des documents médicaux postérieurs à 2019, comme le montre

l'annexe 1, son rapport ne respecte pas l'exigence relative à l'exhaustivité du dossier médical (cf. Swiss Insurance Medicine, Lignes directrices pour l'expertise en médecine d'assurance, éd. 1^{er} juillet 2020, p. 10). Dans le cas d'une assurée prise en charge dès 2010, ayant subi un ulcère de la cornée en 2014, ayant fait l'objet de nombreuses investigations médicales et ayant été absente du travail pour motif de maladie en 2015 et 2016, il n'était pas pertinent de se prononcer sur la base des seuls documents figurant à l'annexe 1. Il convient dès lors de constater que l'expert s'est déterminé sur la base d'un tableau médical incomplet qu'il appartiendra à l'intimé de compléter auprès des Drs H._____, I._____, T._____ et de l'Hôpital K._____, lequel devra produire l'entier de son dossier (rapports médicaux, protocole opératoire, prescription médicale, rapport de sa pharmacie, etc.).

Il convient en outre de constater que l'expertise manque de substance et de motivation. S'agissant en outre des diagnostics, il n'existe pas de discussion étayée des diagnostics retenus par les différents médecins. L'expert affirme en effet qu'une discussion des diagnostics différentiels n'a pas de raison d'être, ce qui n'est pas admissible à la lumière des Lignes directrices pour l'expertise en médecine d'assurance précitées (p. 15) qui exigent que les diagnostics soient étayés par des critères et une explication compréhensible. L'expert se limite à affirmer que les différents diagnostics posés peuvent être difficilement retenus conformément à la littérature et à citer la référence, mais sans aucunement étayer son propos. Il en va de même concernant « *les signes cliniques et paracliniques retrouvés le jour de l'expertise* » (p. 13), que l'expert n'énumère pas et ne discute pas, ce qui ne manque pas de surprendre sachant qu'il ne retient finalement aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, contrairement au Dr J._____, lequel a notamment expliqué qu'il retenait une incapacité de travail de 50 % afin d'éviter une rechute d'ulcères cornéens et qui a fait état de crises inflammatoires.

Il est également frappant de voir que l'intimé n'était lui-même pas convaincu de la valeur probante de l'expertise Ex.Oph._____. Ainsi,

dans un avis juriste du 30 septembre 2021, l'OAI a demandé un complément d'expertise au Dr Ex.Oph._____, estimant qu'il était « nécessaire » que ce dernier réponde à ses questions. Or, dans son complément d'expertise du 2 novembre 2021, le Dr Ex.Oph._____ n'a pas répondu aux questions essentielles sur le plan médical, à savoir l'évolution de la maladie avant 2019 et le risque de rechute de cette pathologie. Au contraire, il se borne à réaffirmer qu'il n'a rien mis en évidence de particulier le jour de l'examen, sans expliquer pour quels motifs il écarte les rapports des médecins traitants. On ne comprend dès lors pas comment l'intimé, vu l'absence de réponses expertales à ses propres questions, dont l'éclaircissement était de son propre aveu « nécessaire », a pu confirmer son projet de décision.

Dans ces conditions, l'expertise se caractérise par l'absence de discussion de la pertinence des diagnostics avancés par les médecins consultés, l'expert se limitant à affirmer que « *la voix de la personne assurée laisse transpirer un niveau de revendication et d'irritation aucunement corrélé à la gravité de la symptomatologie* ». Les rapports du 24 avril 2018 du Dr M._____ et du 11 juillet 2019 de la Dre S._____ de l'Hôpital K._____ témoignent cependant d'une prise en charge de plus en plus spécialisée, aboutissant à la prescription d'une pharmacologie très spécifique, uniquement produite par la pharmacie de l'Hôpital K._____, et à une intervention chirurgicale dans cet établissement (mentionnée dans le rapport du 10 novembre 2020 du Dr J._____), ce qui jette un discrédit important quant à l'appréciation diagnostique du Dr Ex.Oph._____, lequel ne retient qu'une sécheresse oculaire et ignore les documents médicaux complémentaires qui lui avaient été soumis par l'intimé quant à la situation antérieure. Il est également douteux que les opticiens spécialisés en réadaptation aient proposé des mesures d'adaptation du poste de travail et des moyens auxiliaires particuliers pour une simple sécheresse oculaire. Dans son rapport du 18 novembre 2019, le Q._____ a d'ailleurs précisé que les examens avaient été menés dans la bonne phase du cycle, témoignant ainsi d'une affection cyclique. C'est lieu de constater qu'en n'examinant pas la situation dans son ensemble, le Dr Ex.Oph._____ ne s'est pas prononcé sur l'effet des divers

aménagements du poste de travail dont a bénéficié la recourante ni sur l'adéquation des traitements et moyens auxiliaires prescrits (cf. communications des 27 août, 12 septembre et 4 octobre 2019, du 9 janvier 2020, ainsi que du 7 juin 2021 ; rapports des 5 septembre 2019, 18 novembre 2019 et 27 janvier 2021 du Q._____), de sorte que le rapport est également incomplet sur ces questions. Il n'est en effet pas exclu que les mesures d'adaptation du poste de travail et les moyens auxiliaires alloués aient pu contribuer à l'amélioration de la situation constatée par l'expert au jour de l'examen et par le Dr J._____ dans son rapport du 19 juillet 2021.

On relève enfin que, dans son rapport du 26 janvier 2021, le Dr J._____ a mentionné un « *état d'épuisement* » qui a conduit à une incapacité de travail de 100 %. Force est toutefois de constater que l'expertise n'a pas permis d'évaluer si cet état d'épuisement n'était corrélé qu'à la problématique ophtalmique ou s'il s'inscrivait dans un cadre plus large, intégrant une possible composante psychique (cf. consid. 7c ci-dessous).

Dès lors qu'une partie des atteintes à la santé et leur évolution dans le temps n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens incomplets et qu'il n'a pas été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, la Cour de céans ne peut que constater que l'expertise réalisée par le Dr Ex.Oph._____ sous l'égide de Z._____ n'a pas été effectuée *de lege artis* et ne répond pas aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante, si bien que la décision attaquée doit être annulée pour ce motif.

Parmi les critiques émises à l'encontre de l'expertise ophtalmique, la recourante soulève aussi le fait que l'examen n'a duré que vingt minutes en lieu et place de l'heure et demie indiquée par le Dr Ex.Oph._____ dans son rapport, ce qui paraît insuffisant selon elle. La durée de l'expertise ne saurait cependant, à elle seule, être déterminante. De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère qu'un entretien de courte durée entre l'expert et l'expertisé n'exclut pas une étude

fouillée et complète du cas (TF 9C_550/2014 du 3 février 2015 consid. 4.3.3 ; TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6). Tel n'est toutefois pas le cas en l'occurrence pour les motifs indiqués ci-dessus qui conduisent à l'annulation de la décision attaquée, si bien que la question de la durée de l'expertise peut rester ouverte en l'espèce. Pour les mêmes motifs, il n'y a pas lieu d'examiner les autres griefs de la recourante relatifs, notamment, aux propos peu élogieux prêtés à l'expert Ex.Oph._____ envers ses confrères ophtalmologues.

b) Le Dr X._____, médecin généraliste traitant de la recourante, a rendu un rapport le 27 novembre 2020 dans lequel il se limite aux aspects ophtalmiques. Il convient cependant de requérir du médecin traitant qu'il fasse état de l'ensemble des diagnostics présentés par sa patiente, avec ou sans influence sur sa capacité de travail, et qu'il ne se limite pas à l'aspect ophtalmique.

c) Sur le plan psychiatrique, l'assurée est suivie par la Dre L._____, psychiatre qui a, semble-t-il, prescrit un traitement antidépresseur depuis 2019, soit du Duloxetine (Cympalta ®) à raison de 60 mg une fois par jour (cf. questionnaire médical Z._____, complété par l'assurée, p. 2 ; cf. aussi rapport du 11 juillet 2019 de la Dre S._____). Il s'avère que le dossier de l'assurée est muet sur ce point, aucun rapport n'ayant été requis par l'OAI auprès de cette praticienne. Dès lors que la recourante présente une fatigabilité évoquée par le Dr J._____ dans son rapport du 26 janvier 2021 et que le Dr Ex.Oph._____ a mentionné un niveau de revendication élevé dans son rapport du 26 mai 2021 (p. 8, ch. I.4.a), il convient de compléter le dossier en interrogeant la psychiatre traitante et en mettant en œuvre un expert psychiatre si besoin, nécessité que le service médical de l'intimé devra évaluer sur la base des éléments médicaux à recueillir auprès des médecins traitants (art. 49 al. 3 RAI).

8. **a)** 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'administration est en principe justifié 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'espèce, il appert que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et qu'il convient plus particulièrement de compléter l'instruction afin de déterminer si la recourante a présenté des atteintes à la santé susceptibles d'influer sur sa capacité de travail tant sur le plan ophtalmique que sur d'autres aspects. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui 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 par rapport à une expertise judiciaire compte tenu d'un tableau clinique à compléter tant sur le plan somatique que sur le plan psychique. Il incombera ainsi à l'intimé d'ordonner une nouvelle expertise et d'y procéder conformément aux règles applicables en la matière (art. 44 LPGA), ceci après avoir évalué si celle-ci doit comprendre d'éventuels volets de psychiatrie ou de toute autre discipline qui apparaîtrait nécessaire au vu du complément d'instruction requis. Il rendra ensuite une nouvelle décision.

9. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'OAI, vu l'issue du litige.

c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 3 janvier 2022 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 puis nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six 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 R. _____ un montant de 3'000 fr. (trois mille 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 Primault (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :