

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 janvier 2023

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
M. Neu, juge, et Mme Manasseh-Zumbrunnen, assesseure

Greffière : Mme Lopez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat  
à Lausanne,

et

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

---

**Art. 17 LPGA**

**E n f a i t :**

**A. a)** Q.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, a déposé le 14 février 2014 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 douleurs au niveau du dos, de l'épaule droite, du genou droit et du côté droit du cou.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a confié un mandat d'expertise rhumatologique à la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, qui a posé les diagnostics suivants dans son rapport du 30 juin 2016 :

« Avec répercussion sur la capacité de travail :

- Capsulite rétractile de l'épaule droite encore active, état inflammatoire de l'épaule droite, tendinopathie du sus épineux œdématisé et déchirure partielle inférieure de ce tendon
- Status postopératoire le 08.09.2015, acromioplastie, reconstruction du sus-épineux, bursectomie, ténotomie du long chef du biceps, ré-résection partielle de l'acromio-claviculaire
- Gonalgies droites persistantes, chondropathie rotulienne ; status post-opératoire avec greffe cartilagineuse de la rotule droite (greffe AMIC) le 21.05.2014

Sans répercussion sur la capacité de travail :

- Hypertension artérielle traitée
- Deux épisodes d'épanchement articulaire du genou gauche traités par anti-inflammatoires et d'origine inconnue (chondrocalcinose ?) »

Comme limitations fonctionnelles, elle a retenu la station debout prolongée au-delà de 2 heures, la marche sur terrain instable, le travail en hauteur, les montées et descentes des escaliers de manière répétitive, la position accroupie ou à genoux, des douleurs de l'épaule droite dès le moindre mouvement au-dessus de 45°- 60° d'antéimpulsion et d'abduction couplée à la rotation interne. Elle a estimé que la problématique du genou droit avait évolué favorablement après l'intervention du 21 mai 2014 et n'entraînait plus d'incapacité de travail depuis décembre 2014. L'atteinte à l'épaule droite n'était en revanche pas encore stabilisée et entraînait une incapacité de travail totale dans toute activité.

Par décision du 7 décembre 2016, fondée essentiellement sur l'expertise précitée, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016.

**b)** Après avoir initié une procédure de révision d'office de la rente en avril 2017, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'un entraînement à l'endurance dans le cadre de mesures de nouvelle réadaptation, par communication du 22 février 2019. Cette mesure a été interrompue en raison notamment d'une fracture de fatigue du II<sup>e</sup> métatarsien gauche, ainsi que de douleurs à la hanche et au dos (rapport intermédiaire du service de réadaptation de l'OAI du 23 janvier 2020).

L'assurée, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a déposé une demande d'allocation pour impotent le 3 mars 2020.

Le 4 mars 2020, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a procédé à un examen clinique rhumatologique de l'assurée. Dans son rapport du 13 mars 2020, il a posé les diagnostics suivants :

« Avec répercussion durable sur la capacité de travail

Diagnostic principal

- DOULEURS ET LIMITATION DES 2 ÉPAULES DANS LE CADRE D'UN STATUS APRÈS 2 OPÉRATIONS DE L'ÉPAULE D [droite] ET CAPSULITE RÉTRACTILE DE L'ÉPAULE D APRÈS LA 1<sup>ÈRE</sup> OPÉRATION.

Diagnostics associés

- GONARTHROSE BILATÉRALE ET STATUS APRÈS OPÉRATION DU GENOU D POUR OSTÉOCHONDRITE DISSÉQUANTE DE LA FACETTE EXTERNE DE LA ROTULE D.
- POSSIBLE CONFLIT FÉMORO-ACÉTABULAIRE G [gauche] DE TYPE PINCER DANS LE CADRE D'UN COTYLE PROFOND.
- TROUBLES STATIQUES DES PIEDS AVEC STATUS APRÈS FRACTURE DE FATIGUE DU 2<sup>ème</sup> MÉTATARSIEN G ET STATUS APRÈS OPÉRATION DU CALCANÉUM G.
- RACHIALGIES DIFFUSES DANS LE CADRE DE TROUBLES STATIQUES DU RACHIS AVEC VRAISEMBLABLE LYSE ISTHMIQUE BILATÉRALE DE L5.

Sans répercussion sur la capacité de travail

- FIBROMYALGIE.
- OBÉSITÉ AVEC BMI À 30. »

Il a par ailleurs retenu les limitations fonctionnelles suivantes :

« MS [membre supérieur] : pas d'élévation ou d'abduction des 2 épaules à plus de 70°, pas de lever de charges de plus de 5 kg avec chaque MS.

MI [membre inférieur] : pas de genuflexion répétée, pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de franchissement régulier d'escaliers, pas de marche en terrain irrégulier, pas de position debout ou de marche de plus de 15 minutes, pas de travail en hauteur.

Rachis : nécessité de pouvoir alterner la position assise et debout 1 à 2 fois par heure, de préférence à la guise de l'assurée. Pas de soulèvement ou de port régulier de charges excédant 5 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique du tronc. Pas d'exposition à des vibrations. »

Le Dr V.\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis le 23 janvier 2018. Il n'a toutefois pas pris en compte les conséquences éventuelles d'une fibromyalgie sur la capacité de travail, estimant qu'il n'incombait pas à un rhumatologue de les apprécier.

Il ressort d'une note d'entretien intervenu le 1<sup>er</sup> septembre 2020 avec la gestionnaire de l'OAI que la reprise d'une mesure de nouvelle réadaptation dans le domaine administratif a été proposée à l'assurée, qui l'a refusée, estimant ne pas être en mesure d'y participer en raison de son état de santé. L'assurée a notamment allégué avoir des douleurs thoraciques et avoir fait un malaise récemment. Elle souhaitait que de nouveaux examens cardiologiques soient réalisés.

Par décision du 29 avril 2021, l'OAI a rejeté la demande d'allocation pour impotent. Le recours interjeté le 3 juin 2021 par l'assurée contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a été rejeté (arrêt du 14 mars 2022 dans la cause AI 215/21 - 88/22).

Par projet de décision du 22 juillet 2021, l'OAI a informé l'assurée de son intention de remplacer la rente entière d'invalidité dont elle bénéficiait par une demi-rente. Se fondant en particulier sur le rapport du Dr V.\_\_\_\_\_, il a estimé qu'une capacité de travail de 50 % était raisonnablement exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis le 23 janvier 2018 déjà.

Par courrier de son conseil du 24 août 2021, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision. Le 2 décembre 2021, elle a complété ses objections en produisant un rapport du 4 novembre 2021 du Prof. X.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisant état d'une arthrose fémoro-patellaire des deux côtés sans pincement articulaire, d'un début d'arthrose au niveau du compartiment fémoro-tibial interne gauche, d'une rupture partielle inférieure sans rétraction significative du tendon du sus-épineux droit et d'un volumineux éperon calcanéen gauche. Le Prof. X.\_\_\_\_\_ a aussi mentionné des troubles sur le plan ophtalmique, ainsi que des antécédents cardio-vasculaires avec une hypertension systolique sévère et une hypertension diastolique modérée. Il a ajouté que l'assurée avait fait une chute à la suite d'un malaise, qui avait abouti à « une intervention en octobre 2020 sur un problème cardiaque d'origine x ». Outre

les douleurs du genou droit et de l'épaule, l'assurée avait des douleurs lombaires. Comme limitations fonctionnelles, il a mentionné le port de charges supérieures à 1 kg, des difficultés à rester assise et à changer de position, la marche au-delà de 45 minutes et l'impossibilité à se tenir debout longtemps. Il a estimé qu'il n'existait pas d'activité adaptée que pourrait accomplir l'assurée compte tenu d'une pathologie douloureuse et handicapante au niveau de l'épaule droite, des deux genoux, de la colonne lombaire et du pied gauche. Selon lui, l'hypertension sévère était une problématique médicale qui devait aussi être prise en compte. Il a conclu que « la patiente doit continuer à bénéficier d'une rente AI à 100 % ».

Par décision du 2 février 2022, l'OAI a confirmé la réduction de la rente entière d'invalidité à une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2022.

**B.** Par acte de son conseil du 4 mars 2022, Q.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et au maintien du droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 mars 2022, et subsidiairement au

renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires. Elle a également requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire et à la désignation de son conseil en qualité d'avocat d'office.

Le 29 mars 2022, l'intimé a proposé l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause pour instruction complémentaire, sans autre motivation.

Il n'y a pas eu de second échange d'écritures.

### **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 une rente d'invalidité, plus précisément sur le point de savoir si elle peut exiger le maintien de la rente entière qui lui avait été allouée précédemment.

**3.** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement

sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Dans les cas où la décision concernant la révision d'une rente est rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022, mais porte sur une modification déterminante du droit qui a pris naissance avant cette date – ce qui est le cas en l'espèce –, c'est l'ancien droit qui est applicable (cf. ch 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité [CIRAI] valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2022). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**4. a)** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 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, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

**b)** Pour pouvoir 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 une base importante 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 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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).

**c)** Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la

résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4).

L'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie est subordonnée, par analogie, aux principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, vu les nombreux points communs entre ces troubles (ATF 132 V 65 consid. 4). Ainsi, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement d'une telle maladie, le concours d'un médecin spécialisé en psychiatrie s'avère nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'une fibromyalgie est susceptible d'entraîner (ATF 132 V 65 consid. 4.3), examen qui doit être réalisé sur la base d'une procédure probatoire structurée à l'aide d'indicateurs (TF 9C\_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2 et les références).

**5.** Au stade du recours, après réexamen du dossier, l'intimé considère que l'instruction est insuffisante et doit être complétée. Il propose que la cause lui soit renvoyée à cet effet. La position de l'intimé est fondée et correspond d'ailleurs aux conclusions subsidiaires de la recourante. La décision entreprise repose essentiellement sur le rapport du Dr V.\_\_\_\_\_, rhumatologue au SMR, dont les conclusions ne sont pas seules déterminantes dans la mesure où il n'a pas tenu compte de toutes les atteintes à la santé dans son appréciation. Il a en effet posé le diagnostic de fibromyalgie, mais a renoncé à en évaluer les conséquences sur la capacité de travail de la recourante. Par ailleurs, l'appréciation du caractère invalidant d'une fibromyalgie doit se faire avec le concours d'un médecin spécialisé en psychiatrie (cf. consid. 4c *supra*). En l'espèce, une expertise psychiatrique sera donc nécessaire à cet effet. En outre, le Prof. X.\_\_\_\_\_ a fait état, le 4 novembre 2021, d'un malaise avec perte de connaissance, suivi d'une « intervention en octobre 2020 », qui n'ont pas été instruits par l'intimé. Des investigations complémentaires sont nécessaires sur ce point également. En l'état, les rapports médicaux au dossier sont insuffisants pour allouer les prestations demandées par la recourante dans ses conclusions principales, mais justifient un renvoi pour complément d'instruction par l'intimé, 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. Il incombera à l'intimé, dans un premier temps, de compléter ses investigations en se renseignant auprès des médecins traitants sur d'éventuels examens récents ou sur une intervention d'un cardiologue en octobre 2020 ou postérieurement. Dans un deuxième temps, il lui appartiendra d'ordonner une expertise pluridisciplinaire comprenant des volets rhumatologiques, neurologiques et psychiatriques. L'intimé déterminera également si, compte tenu des renseignements pris au préalable auprès des médecins traitants, un volet cardiologique devra être intégré à l'expertise.

**6. a)** En définitive, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

**c)** La partie 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 2'400 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 la partie intimée.

**d)** La demande de bénéficier de l'assistance judiciaire est devenue sans objet au vu des frais et dépens mis à la charge de l'intimé, étant précisé que le montant des dépens arrêté ci-avant couvre manifestement l'indemnité qui aurait pu être allouée à Me Duc au titre de l'assistance judiciaire.

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

- I. La demande d'assistance judiciaire est sans objet.
- II. Le recours est admis.
- III. La décision rendue le 2 février 2022 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera la somme de 2'400 fr. (deux mille quatre cents francs) à Q. \_\_\_\_\_ à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Jean-Michel Duc (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire

au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :