

## VD\_FINDINFO AI 105/08 - 331/2010 vom 27. August 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-08-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_105\\_08\\_-\\_331\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_105_08_-_331_2010)

FR: VD\_FINDINFO AI 105/08 - 331/2010 du 27 août 2010

IT: VD\_FINDINFO AI 105/08 - 331/2010 del 27 agosto 2010

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 8 al. 1 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 27.08.2010 AI 105/08 - 331/2010

RENTE D'INVALIDITÉ | 28 LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 8 al. 1 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 105/08 - 331/2010 COUR DES ASSURANCES SOCIALES  
Arrêt du 27 août 2010

\_\_\_\_\_ Présidence de M. Neu Juges : MM. Jomini et Dind  
Greffier : M. Simon \*\*\*\*\* Cause pendante entre : T. \_\_\_\_\_, à Epalinges,  
recourante, représentée par Me Alex Dépraz, avocat à Lausanne, et Office de  
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 8 al.  
1 et 16 LPGA; art. 4 al. 1 et 28 LAI E n f a i t : A. T. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en  
1954, a travaillé depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1998 à Lausanne en qualité d'employée  
administrative au centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV). Le 29  
décembre 2006, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le  
canton de Vaud (ci-après: OAI) une demande de prestations AI pour adultes tendant à  
l'octroi d'une rente, se prévalant d'hépatite chronique persistante depuis 1972. A l'appui de  
sa demande, l'assurée a déposé un certificat médical du 29 octobre 2003 du Dr D. \_\_\_\_\_,  
médecin traitant spécialiste FMH en médecine interne à Lutry, qui fait état d'un traitement  
médicamenteux important jusqu'au début de cette année ne permettant pas de reprendre une  
activité à 100%, mais à 50%, ceci pour une durée indéterminée. Elle a également remis un  
rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2003 du Dr L. \_\_\_\_\_, médecin-chef du service de  
gastro-entérologie et d'hépatologie du CHUV, qui atteste d'une affection nécessitant un  
traitement d'une année entraînant des effets secondaires ainsi qu'une diminution de la  
capacité de travail, l'assurée ne pouvant actuellement travailler que jusqu'à 50% pour une  
durée indéterminée. L'OAI s'est adressé au Dr D. \_\_\_\_\_, qui a rendu un rapport le 7  
février 2007, posant les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'hépatite  
virale C depuis 1985 et de trouble dépressif léger réactionnel (divorce) depuis 2003. Ce  
praticien a retenu que l'assurée travaillait à 50% en raison d'une modification de sa vie  
privée (en instance de divorce), ajoutant qu'elle pouvait travailler à 100%. Dans l'annexe au  
rapport médical, datée du même jour, il a indiqué que l'activité exercée, à raison de 50%,  
était exigible sans diminution de rendement; il a également décrit les limitations  
fonctionnelles de l'assurée et évalué la capacité de travail en résultant à 60%, se référant à la  
profession de secrétaire. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a joint à son envoi un rapport du 10 décembre  
2006 adressé au Tribunal d'arrondissement de Lausanne, établi par le Dr R. \_\_\_\_\_, du  
service de gastroentérologie et d'hépatologie du département de médecine interne des HUG,  
qui contient notamment les passages suivants: "Mme T. \_\_\_\_\_ est une femme de 53 ans,

mariée, avec deux enfants, nés en 1989 et 1991. Elle est employée de bureau de son état, et travaille à 50%. Elle ne fume pas, boit occasionnellement du vin, prend des médicaments pour une hypertension artérielle, qui est actuellement bien contrôlée, ainsi que pour des brûlures épigastriques et une hypothyroïdie. A l'examen physique, on remarque qu'elle est obèse (poids de 98 Kg pour 170 cm, correspondant à un indice de masse corporelle de 33.9, avec tour de taille de 122 cm), détail important et sur lequel on reviendra. Sur le plan subjectif, Mme T. \_\_\_\_\_ se plaint d'une fatigue importante, qui, selon ses dires, l'empêche de travailler à plein temps. Cette fatigue, bien que subjective, est en accord avec les résultats du test par questionnaire SF-36 que la patiente a accepté de remplir. Mme T. \_\_\_\_\_ est atteinte d'une hépatite virale C chronique, une affection causé[e] par le virus de l'hépatite C (VHC). Ce diagnostic est confirmé par la présence du virus dans le sang (ARN du VHC), ainsi que par une biopsie hépatique effectuée en 2002 et qui montre une inflammation du foie et une fibrose extensive. Techniquement, cette hépatite est à un stade 2 sur une échelle qui va de 0 à 4 (4 correspondant au stade de cirrhose). L'hépatite C chronique est une maladie qui évolue sur plusieurs années voire décennies en fonction de la présence de cofacteurs qui influencent la rapidité d'aggravation dans le temps. Ces facteurs négatifs sont partiellement connus: le sexe masculin, l'âge, l'abus prolongé d'alcool, la fumée, le diabète et l'obésité sont les plus importants. La date de début de cette maladie n'est pas connue avec précision. Mme T. \_\_\_\_\_ ne présente pas les facteurs de risque de contamination les plus fréquents: elle n'aurait jamais reçu de transfusions de sang, elle n'a jamais non plus partagé de matériel souillé par [du] sang (comme dans le cas d'une toxicomanie par voie intraveineuse). De ce fait, il n'y [a] pas d'événement dans son histoire qui puisse être associé à cette contamination virale. Cependant, elle me réfère une jaunisse à l'âge de 18 ans environ, symptôme présent chez 20 à 30% environ des cas d'infection primaire par le VHC. Cette probable hépatite aiguë n'était pas liée à une infection par le virus de l'hépatite A (patiente négative avant 2002 et ensuite vaccinée par le Prof. L. \_\_\_\_\_) ni à une infection par celui de l'hépatite B (patiente ayant une sérologie totalement négative). De toute façon, une maladie hépatique chronique, classée comme « hépatite non-A, non-B » était déjà présente autour [de] 1985, selon ce qui m'a été rapporté par la malade. Vu que les examens sérologiques spécifiques du VHC ont commencé à être disponibles en 1990, il est fort probable que cette hépatite diagnostiquée en 1985 était causée par le VHC. Ce diagnostic a été confirmé sérologiquement pour la première fois en 1993 par le Prof. W. \_\_\_\_\_ au CHUV. Mme T. \_\_\_\_\_ a été correctement traitée pour son affection virale en 2002. J'estime par ailleurs que l'indication au traitement antiviral était bien fondée. Malgré les importants effets secondaires (raisonnablement attendus lors de la prise de ce type de médicaments), il y a eu une bonne réponse pendant traitement, mais une rechute après sa fin. De ce fait, il n'y a pas, à l'heure actuelle, des alternatives thérapeutiques pharmacologiques. De nouvelles molécules sont à l'horizon, et on espère qu'elles seront sur le marché suisse au cours des prochaines années. Il faut ajouter que Mme T. \_\_\_\_\_ aurait pu être traitée avant 2002. Cependant, non seulement elle était réticente à cause de sa situation familiale (deux enfants en bas âge), mais, paraît-il que le Prof. W. \_\_\_\_\_ n'aurait pas retenu d'indication au traitement. De mon côté, je peux affirmer que, même si elle avait été traitée en 1993, le traitement aurait échoué, car le seul médicament disponible à cette date était beaucoup moins efficace que la combinaison disponible en 2002. La fatigue alléguée par la patiente, et corroborée par les résultats du questionnaire, est un symptôme fréquent et plausible non seulement lors d'une hépatite C chronique, mais au cours de toute maladie chronique du foie. Elle n'est pas forcément

proportionnelle à la sévérité de la maladie, ni à son stade (elle est souvent déjà présente dans le stade initial). Etant subjective, elle ne peut être quantifiée que par le malade lui-même. Il faut ajouter, cependant, qu'il n'y a pas d'élément de spécificité qui caractérisent la fatigue, et donc il est impossible de statuer si la fatigue présentée par Mme T. \_\_\_\_\_ est due à son hépatite C. La seule manière de prouver cette association serait de guérir l'hépatite C et évaluer ensuite l'éventuelle disparition de la fatigue. Cependant, ceci n'est pas toujours le cas, comme en témoigne la littérature scientifique. Cette discordance a été interprétée comme due à la présence de comorbidités chez les patients atteints d'une hépatite C chronique, par exemple un syndrome dépressif. Ce syndrome n'est pas guéri par le traitement antiviral, même si ce dernier est efficace contre le virus. L'éventuelle présence d'un syndrome dépressif chez Mme T. \_\_\_\_\_ ne peut pas être exclue, mais cela devrait être évalué par un psychiatre. Je me permets de signaler que Mme T. \_\_\_\_\_ m'a informé que cette fatigue est présente depuis au moins 1993. De ce fait 1) la fatigue ne semble pas avoir débuté en même temps que l'hépatite, qui était déjà présente en 1985 et peut-être en 1972, et 2) elle ne remonte pas non plus à 2003, donc elle est difficilement à mettre en relation avec les événements personnels récents de la patiente, même si un syndrome dépressif réactionnel peut aggraver son état. Or, il est intéressant de remarquer que Mme T. \_\_\_\_\_ a commencé, autour des années 1990, à prendre du poids. Elle présente actuellement tous les critères d'un syndrome métabolique: elle est obèse avec tour de taille de 122 cm, elle a une hypertension artérielle, une résistance à l'insuline avec indice HOMA = 3.01, et son profil lipidique montre une hypercholestérolémie avec augmentation de la fraction LDL. La fatigue est un symptôme très bien connu du syndrome métabolique, et j'estime que l'association cause-effet est ici bien mieux prouvée qu'avec l'hépatite C chronique. Le syndrome métabolique est non seulement un facteur d'aggravation de cette hépatite chronique, mais comporte un risque de maladie cardiovasculaire, ce qui nécessite une prise en charge agressive et précoce. Parmi les mesures à entreprendre, il y a la perte de poids et une augmentation de l'activité physique. Je vais écrire au médecin traitant de Mme T. \_\_\_\_\_ afin que tout cela soit mis en marche rapidement. Je me permets de faire une remarque par rapport à la situation générale de Mme T. \_\_\_\_\_ [...]. Sa fatigue, qui est importante et présente depuis 1993 environ, l'empêche de travailler à plein temps. De ce fait, elle aurait pu bénéficier d'une rente par l'Assurance Invalidité de son canton. Je suis très étonné que Mme T. \_\_\_\_\_ [...] n'ait jamais [entrepris] les démarches pour obtenir cette rente, qui [...] aurait pu [lui] être accordée". Dans un rapport du 21 février 2007, requis par l'OAI, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en urologie au CHUV, a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'incontinence urinaire mixte à prédominance d'effort, depuis 1997, signalant la nécessité du port de protection. Il a relevé qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail consécutive à cette pathologie. Dans un projet de décision du 2 mai 2007, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations d'invalidité. Se fondant sur l'avis du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), l'OAI a retenu que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI l'empêchant de poursuivre son activité professionnelle habituelle à 100%. Une fiche d'examen de l'OAI, datée du 2 mai 2007, a indiqué que le dossier avait été examiné par la "CEP" le 26 avril 2007 et qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé, la rente devant être refusée. Le 24 mai 2007, l'assurée a contesté ce projet de décision et conclu à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, se prévalant d'une incapacité de travail de 50% ou 60%, selon l'avis du Dr L. \_\_\_\_\_ et du Dr D. \_\_\_\_\_. L'OAI s'est alors à nouveau adressé au Dr D. \_\_\_\_\_. Dans un rapport du 30 juillet 2007, ce médecin a indiqué que l'état de santé de

sa patiente était stationnaire, que les diagnostics étaient inchangés et que ceux de fatigue sur hépatite virale C chronique, de trouble dépressif léger réactionnel et d'hypothyroïdie avaient une influence sur la capacité de travail. Il a évoqué différents traitements médicamenteux et a indiqué qu'il n'y avait pas de modification du status. Par décision du 17 janvier 2008, l'OAI a nié à l'assurée le droit à des prestations de l'AI. Se fondant sur l'avis du SMR, il a retenu que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI l'empêchant de poursuivre son activité professionnelle habituelle à 100%. Dans un courrier adressé au mandataire de l'assurée du 17 janvier 2008, l'OAI a indiqué que le dossier avait fait l'objet d'un examen par le SMR par une commission de l'OAI réunissant des spécialistes dans le domaine juridique, médical et de la réadaptation professionnelle, constatant que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. L'OAI a ainsi considéré que la contestation formée par l'assurée le 24 mai 2007 n'apportait aucun élément permettant de modifier sa position, de sorte que le projet de décision du 2 mai 2007 devait être entièrement confirmé. B. Par acte de sa mandataire du 15 février 2008, T. \_\_\_\_\_ défère cette décision au Tribunal des assurances et conclut, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de celle-ci et à l'octroi au minimum d'une demi-rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision. Elle soutient que les Drs D. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ont considéré qu'elle ne pouvait pas exercer une activité à plein temps et relève que le dossier ne comporte pas de rapport du SMR, mais uniquement une indication selon laquelle le dossier a été examiné lors d'une commission le 26 avril 2007, de sorte qu'elle a droit à une rente fondée sur son incapacité de gain, subsidiairement selon son empêchement d'accomplir ses travaux habituels. A titre de mesure d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise, au cas où cette mesure s'avère utile. A l'appui de son recours, l'assurée dépose les documents suivants: - un certificat médical du 18 novembre 2005 du Dr D. \_\_\_\_\_, attestant d'une affection médicale chronique, ayant occasionné un traitement lourd avec de multiples effets secondaires mais sans succès thérapeutique, constituant une maladie chronique sans proposition de traitement et favorisant un état de fatigue, la capacité de travail étant diminuée et s'élevant à 50% pour une durée indéterminée; - un certificat médical du 21 avril 2006 du Dr D. \_\_\_\_\_, qui atteste notamment d'une hépatite C chronique active, maladie grave provoquant une insuffisance hépatique progressive, une fatigue importante et d'autres symptômes selon les complications, la patiente ne pouvant raisonnablement augmenter son taux de travail à plus de 50%, à moins d'un traitement efficace disponible dans le futur; - une fiche d'examen préliminaire, non datée, relative à la commission du 26 avril 2007, qui mentionne que les éléments médicaux sont suffisants, qu'il n'y a pas d'invalidité au sens de l'AI ni d'invalidité imminente, et qui retient le diagnostic de "divorce", l'absence de limitations fonctionnelles ainsi qu'une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. C. Dans sa réponse du 9 avril 2008, l'OAI conclut au rejet du recours. Se référant au rapport du 10 décembre 2006 du Dr R. \_\_\_\_\_, il relève que la seule limitation fonctionnelle justifiant une diminution de la capacité de travail est une fatigue importante qui, par définition subjective, ne peut être quantifiée que par la recourante elle-même. Selon ce spécialiste, l'OAI ajoute que la fatigue importante – qui remonte à 1993 au moins – ne semble pas avoir débuté en même temps que l'hépatite – qui était déjà présente en 1985 – de sorte qu'il est impossible de dire si cette fatigue est due à l'hépatite C et qu'elle n'est pas liée aux événements personnels de 2003 ni au traitement mentionné par le Dr L. \_\_\_\_\_ dans son certificat médical du 1<sup>er</sup> décembre 2003. En définitive, l'OAI retient que la recourante, en l'absence de constatations médicales

objectives, ne présente pas d'atteinte à la santé justifiant une diminution de sa capacité de travail. D. Dans sa réplique du 9 juin 2008, la recourante maintient ses conclusions. Elle relève en premier lieu que l'OAI n'a pas tenu compte de l'avis des Drs D. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_, alors qu'il lui appartenait d'examiner l'ensemble des preuves à disposition et d'indiquer pour quels motifs il se basait sur une appréciation médicale plutôt que sur une autre. Elle relève ensuite que l'OAI ne prend en compte que certains passages du rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ et soutient que, selon ce spécialiste, la fatigue importante a été corroborée par les résultats d'un test par questionnaire, que ce symptôme peut résulter non seulement d'une hépatite C chronique mais de toute maladie du foie, et que cette fatigue empêche l'intéressée de travailler à plein temps, de sorte que l'avis de ce spécialiste rejoint celui des médecins précités quant à la capacité de travail. Elle fait en outre valoir que, selon le Dr R. \_\_\_\_\_, l'éventuelle présence d'un syndrome dépressif ne peut être exclue, ce qui n'a pas été investigué par l'OAI, requérant à titre de mesure d'instruction, en cas de nécessité, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. E. Par courrier du 2 juillet 2008, l'OAI confirme ses conclusions et relève que les arguments de la recourante ne sont pas de nature à remettre en question le bien-fondé de la décision attaquée. 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile, le recours répond en outre aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans le cas présent. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD en corrélation avec l'art. 117 LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01] et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'un refus de rente. 2. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1<sup>er</sup> in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2; TF 9C\_350/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.1). Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (ATF 113 V 22 consid. 4a; TF 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.2.2; TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.1; TF 9C\_794/2007 du 27 octobre 2008 consid. 2.1). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les autres références citées). 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). c) 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). 3. En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, prestation que lui refuse l'OAI dans la décision attaquée. Au vu des arguments présentés par les parties, il convient de déterminer l'état de

santé de l'assurée et spécifiquement sa capacité de travail. Dans un premier temps, on examinera les arguments de la recourante, qui conclut à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction, avant le cas échéant d'aborder ceux présentés par l'intimé. 4. A l'appui de ses conclusions, la recourante se prévaut des avis médicaux des Drs D. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_.

a) Le Dr D. \_\_\_\_\_ a tout d'abord fait état d'un traitement médicamenteux important jusqu'au début 2003 ne permettant pas de reprendre une activité à 100%, mais à 50%, ceci pour une durée indéterminée (certificat médical du 29 octobre 2003), puis attesté d'une affection médicale chronique, ayant occasionné un traitement lourd avec de multiples effets secondaires mais sans succès thérapeutique, constituant une maladie chronique sans proposition de traitement et favorisant un état de fatigue. La capacité de travail était diminuée et s'élevait à 50% pour une durée indéterminée (certificat médical du 18 novembre 2005). Il a ensuite attesté d'une hépatite C chronique active, maladie grave provoquant une insuffisance hépatique progressive, une fatigue importante et d'autres symptômes selon les complications, la patiente ne pouvant raisonnablement augmenter son taux de travail à plus de 50%, à moins d'un traitement efficace disponible dans le futur (certificat médical du 21 avril 2006). A la demande de l'OAI, le Dr D. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'hépatite virale C depuis 1985 et de trouble dépressif léger réactionnel (divorce) depuis 2003, puis retenu que l'assurée travaillait à 50% en raison d'une modification de sa vie privée (instance de divorce), ajoutant qu'elle pouvait travailler à 100% (rapport du 7 février 2007). Il a également indiqué que l'activité exercée, à raison de 50%, était exigible sans diminution de rendement, puis décrit les limitations fonctionnelles et évalué la capacité de travail en résultant à 60%, se référant à la profession de secrétaire (annexe du 7 février 2007). A nouveau interpellé par l'OAI, ce praticien a ensuite indiqué que l'état de santé de sa patiente était stationnaire, que les diagnostics et le status étaient inchangés et que les diagnostics de fatigue sur hépatite virale C chronique, de trouble dépressif léger réactionnel et d'hypothyroïdie influençaient la capacité de travail (rapport du 30 juillet 2007). Pour sa part, le Dr L. \_\_\_\_\_ a attesté d'une affection nécessitant un traitement d'une année entraînant des effets secondaires ainsi qu'une diminution de la capacité de travail, l'assurée ne pouvant actuellement travailler que jusqu'à 50% pour une durée indéterminée (rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2003). Quant au Dr Q. \_\_\_\_\_, ce médecin a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'incontinence urinaire mixte à prédominance d'effort, depuis 1997, signalant la nécessité du port de protection et relevant l'absence d'incapacité de travail consécutive à cette pathologie (rapport du 21 février 2007). Enfin, le Dr R. \_\_\_\_\_ a signalé une fatigue importante, subjective et en accord avec les résultats d'un test par questionnaire rempli par l'intéressée, constituant un symptôme fréquent et plausible non seulement lors d'une hépatite C chronique, mais au cours de toute maladie chronique du foie, cette fatigue étant importante et présente depuis 1993 environ, empêchant (selon ses dires) l'assurée de travailler à plein temps. Il a en particulier relevé que l'assurée était atteinte d'une hépatite virale C chronique, confirmée par la présence du virus dans le sang ainsi que par une biopsie hépatique, correctement traitée en 2002 malgré d'importants effets secondaires, sans alternatives thérapeutiques pharmacologiques (rapport du 10 décembre 2006). b) Au vu de ces rapports médicaux, on peut retenir que l'assurée présente les atteintes d'hépatite virale C chronique et de fatigue chronique; des troubles psychiques sont également signalés. En 2003, la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle (employée administrative au CHUV) a été évaluée à 50% par les Drs D. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_,

compte tenu des effets secondaires des atteintes à la santé et conformément à ce qui deviendra son taux d'activité effectif. On relève toutefois que, dans son rapport du 7 février 2007 concernant les capacités fonctionnelles, le Dr D. \_\_\_\_\_ a retenu à la fois une pleine capacité de travail théorique, une capacité restreinte à 50% dans l'activité exercée, sans diminution de rendement, et également une capacité de travail de 60% dans la profession déjà exercée de secrétaire, de sorte que son avis quant au taux de capacité de travail paraît peu sûr, voire contradictoire. Pour sa part, le Dr R. \_\_\_\_\_ évoque une capacité de travail restreinte, sans en préciser l'ampleur. Cela étant, la capacité de travail de l'assurée dans une activité qui serait adaptée à son état de santé n'a pas été examinée, les différents médecins ne s'étant pas clairement prononcés à ce sujet. Or, pour se prononcer sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, il convient – compte tenu du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente – de déterminer quelles sont les activités exigibles de cette dernière dans une activité réputée adaptée à son état de santé, répondant à ses limitations fonctionnelles (en ce sens: TF 9C\_221/2008 du 14 janvier 2009 consid. 3.1; TF 9C\_794/2007 du 27 octobre 2008 consid. 2.1). Par ailleurs, on relèvera que les différents rapports et certificats médicaux du Dr D. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, se basent sur une anamnèse brève, des examens limités et des conclusions peu étayées, se révélant dès lors insuffisants pour se prononcer à satisfaction de droit sur l'étendue des problèmes de santé de l'assurée et leur incidence quant à la capacité de travail. Il en va de même du certificat médical, en l'occurrence succinct, établi par le Dr L. \_\_\_\_\_. Du point de vue psychique, compte tenu des remarques formulées par les Drs D. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, il semble que l'assurée présente un trouble dépressif, ce qui n'est toutefois pas corroboré par l'avis d'un psychiatre. c) Dès lors, les avis médicaux dont se prévaut la recourante, incomplets et peu étayés, ne permettent pas à eux seuls de se prononcer en pleine connaissance de cause sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. 5. Il reste à examiner les arguments de l'intimé, qui soutient que l'assurée ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI l'empêchant de poursuivre son activité professionnelle habituelle à 100%. a) Du point de vue médical, l'intimé se fonde sur une fiche d'examen datée du 2 mai 2007, indiquant que le dossier avait été examiné par la CEP le 26 avril 2007 et qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé. Selon le courrier du 17 janvier 2008 de l'OAI adressé au mandataire de l'assurée, il s'agit d'un examen du SMR, effectué par une commission de l'OAI réunissant des spécialistes dans le domaine juridique, médical et de la réadaptation professionnelle. L'intimé se fonde également sur une fiche d'examen préliminaire, non datée, relative à la commission du 26 avril 2007, qui indique que les éléments médicaux sont suffisants, mentionne l'absence d'invalidité au sens de l'AI et d'invalidité imminente, pose le diagnostic de "divorce", relève l'absence de limitations fonctionnelles et conclut à une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée. b) A la lecture de ces documents médicaux, pour le moins succincts et dénués de motivation ou d'explication circonstanciée, on ne discerne pas les raisons pour lesquelles l'OAI s'écarte de l'avis des Drs D. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ – sur lesquels s'appuie la recourante – qui ont en substance retenu que l'assurée présentait dans son activité habituelle une incapacité de travail de 50% ou une capacité de travail de 60%. Or, il appartient à l'administration d'indiquer les raisons pour lesquelles elle se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ce qu'elle n'a manifestement pas fait. Les rapports de l'OAI ne mentionnent pas de diagnostic, hormis celui de "divorce", indiqué de façon pour le moins ambiguë et sans aucune explication dans la fiche d'examen préliminaire, et ne font, pas même indirectement, référence à l'anamnèse de l'assurée, à

l'origine de ses problèmes de santé et à des examens médicaux. Cette fiche d'examen préliminaire retient certes, de façon explicite, que l'assurée présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée à son état de santé, question sur laquelle les Drs D. \_\_\_\_\_, L. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ne se prononcent pas, mais on ne saurait sans autre se fonder sur ce document pour nier le droit à des prestations d'invalidité, en l'absence de toute explication pertinente et motivée sur le plan médical. A cela s'ajoute que l'intimée ne tient pas compte de l'avis du médecin traitant de l'assurée, le Dr D. \_\_\_\_\_, notamment quant à la capacité de travail de l'assurée. S'il est fréquent, en matière d'assurance-invalidité, de s'écarter de l'appréciation de l'incapacité de travail faite par les médecins traitants, encore faut-il pour cela que l'administration dispose d'un avis médical probant permettant de réfuter l'avis de ces mêmes médecins. Or, en l'absence d'une expertise ou d'un rapport clair et convaincant infirmant l'appréciation du Dr D. \_\_\_\_\_, et également des Drs L. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_, tel n'est en l'occurrence pas le cas. On retiendra donc que les pièces médicales dont se prévaut l'intimé ne permettent pas d'écarter l'avis des médecins précités, de sorte qu'elles ne peuvent se voir conférer de valeur probante suffisante. On observe ensuite que, se fondant sur l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_, l'OAI fait valoir que la fatigue importante, par définition subjective, ne peut être quantifiée que par la recourante elle-même, que cette atteinte ne semble pas avoir débuté en même temps que l'hépatite C et qu'elle n'est pas liée aux événements personnels de 2003 ni au traitement mentionné par le Dr L. \_\_\_\_\_ dans son certificat médical du 1<sup>er</sup> décembre 2003. Si la fatigue importante, de l'avis du Dr R. \_\_\_\_\_, est certes subjective, on relèvera qu'elle est corroborée par les résultats du test par questionnaire SF-36, ce spécialiste ayant expressément relevé que cette atteinte empêchait l'assurée de travailler à plein temps. Ainsi, on s'écartera de la lecture – en l'occurrence partielle – faite par l'OAI du rapport du Dr R. \_\_\_\_\_, laquelle ne repose du reste pas sur l'avis d'un médecin. Au surplus, le courrier du 17 janvier 2008 de l'OAI adressé au mandataire de l'assurée ne contient pas d'autres arguments à l'appui de la décision attaquée. Dès lors, on ne peut, comme le fait l'intimé, retenir sans autre motivation que l'assurée ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI. 6. Au vu de ce qui précède, le dossier est incomplet et ne permet pas de se prononcer à satisfaction de droit sur les atteintes à la santé de l'assurée, singulièrement sur leur répercussion quant à la capacité de travail de cette dernière dans l'activité habituelle ou dans une activité réputée adaptée. Dès lors qu'il appartient en premier lieu à l'OAI de déterminer les faits pertinents dans le cadre du devoir d'instruction de la demande (art. 57 LAI et art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]), il convient de faire droit aux conclusions subsidiaires de la recourante et de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise bidisciplinaire (somatique et psychiatrique) permettant de se prononcer en pleine connaissance de cause sur la rente d'invalidité réclamée par l'intéressée.

b) Partant, la décision attaquée doit être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire sur le plan médical puis nouvelle décision. 7. a) 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, immédiatement applicable aux causes pendantes lors de l'entrée en vigueur de la loi (art. 117 al. 1 LPA-VD), des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquelles doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. b) Le recourant, qui obtient gain de cause et qui est représenté par un avocat, a droit à des dépens (art. 61 let. g

LPGA). Selon l'art. 7 TFJAS (Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2), les dépens comprennent des honoraires fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 francs et 5'000 francs. En l'espèce, au vu du dossier, il y a lieu de fixer ces dépens à 1'500 francs. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 17 janvier 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction sur le plan médical puis nouvelle décision. III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante T.\_\_\_\_\_ un montant à titre de dépens de 1'500 fr. (mille cinq cents francs). IV. Il n'est pas perçu de frais de justice. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Alex Dépraz, avocat à Lausanne (pour T.\_\_\_\_\_) ■ 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). Le greffier :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.