

VD_FINDINFO AI 17/10 - 313/2010 vom 4. August 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-08-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_17_10_-_313_2010

FR: VD_FINDINFO AI 17/10 - 313/2010 du 4 août 2010

IT: VD_FINDINFO AI 17/10 - 313/2010 del 4 agosto 2010

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION | 28a LAI, 4 al. 1 LAI, 16 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 4

août 2010 _____ Présidence de M. Schmutz et Bonard, assesseurs Greffier : M. MM. Schmutz et Bonard, assesseurs Greffier : M. M. Thalmann Juges :
entre : T. _____, à La Sarraz, recourante, représentée par Me Philippe Graf, avocat à la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés. et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. Simon ***** Cause pendante

E. 8

janvier 2008 c. 4.2). b) L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (actuellement: art. 28a al. 3 LAI). Ainsi, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGA); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 c. 3.3; TFA I 36/05 du 19 avril 2006 c. 2.2). c) Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 c. 3.5; 113 V 273 c. 1a; 112 V 371 c. 2b). Savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2; 125 V 369 c. 2; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009 c. 3 et les références citées). A l'instar de ce qui prévaut pour

une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 c. 5 et les références citées). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (TFA I 8/04 du 12 octobre 2005 c. 2.1), respectivement une appréciation différente d'un même état de fait (TFA I 419/03 du 22 octobre 2003 c. 4). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (TFA I 559/02 du 31 janvier 2003, c. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TF I 111/07 du 17 décembre 2007 et les références citées). d) Une révision du droit à la rente d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGa peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Ainsi, le Tribunal fédéral des assurances a maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels ou inversement (ATF 119 V 478 c. 1b/aa; 113 V 275 c. 1a; TFA I 276/05 du 24 avril 2006 c. 2.2; TFA I 707/04 du 2 août 2005 c. 3.2.2). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGa), il faut donc examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer, soit la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique ou la méthode mixte (ATF 125 V 146 c. 2c et les références citées; TFA I 276/05 du 24 avril 2006 c. 2.3; TFA I 707/04 du 2 août 2005 c. 3.2.2). Une modification de la situation économique d'un assuré, alors que son état de santé ne s'est pas modifié de façon significative, ayant entraîné l'application de la méthode mixte – au lieu du critère de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels tel que retenu dans la décision initiale d'octroi de rente – permet ainsi une révision du droit à la rente (TF I 1057/06 du 29 novembre 2007). 4. Dans la décision attaquée, l'intimé a retenu le statut de 20% ménagère et 80% active et appliqué dès lors la méthode mixte, ce que conteste la recourante. a) Le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait – les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes – si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 c. 2c; 117 V 194 c. 3b et les arrêts cités; TFA I 257/04 du 17 mars 2005 c. 3.2). Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes

professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 c. 3.3; 125 V 150 c. 2c; 117 V 194 c. 3b et les références citées; TFA I 36/05 du 19 avril 2006 c. 2.2; TFA I 257/04 du 17 mars 2005 c. 4.1; voir aussi TFA I 257/04 du 17 mars 2005 c. 3.2).

b) En l'espèce, dans le cadre de sa demande de rente, en remplissant le formulaire 531 bis le 26 juillet 2003, la recourante avait certes déclaré que, si elle était en bonne santé, elle aurait travaillé, à un taux entre 50 % et 80 %. Toutefois, le rapport initial établi par l'OAI le 24 juin 2004, qui faisait suite à une rencontre avec la recourante le 23 avril 2004, indique que celle-ci, sans atteinte à sa santé, aurait également dû mettre un terme prématuré à sa mission prévue pour un couple, serait revenue en Suisse au décès de son mari en juin 2003, et se serait alors dirigée vers la reprise de son activité d'enseignante à plein temps. Il résulte en outre du questionnaire à l'employeur, comme du rapport précité, que la recourante travaillait à 100% dans son activité de missionnaire. Enfin, la recourante n'avait aucune personne dont elle devait s'occuper. Compte tenu de ces circonstances, c'est à juste titre que l'OAI a retenu le statut de personne active à 100%.

c) Dans le cadre de la révision du droit à la rente, la recourante, remariée depuis 2006, a à nouveau rempli le 24 avril 2007 le formulaire 531 bis et indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à l'extérieur en plus de la tenue de son ménage, en qualité d'enseignante spécialisée, à 80 %, en raison d'intérêt personnel et de nécessité financière. Lors de l'enquête économique sur le ménage, elle a réitéré qu'elle aurait travaillé dans son métier d'enseignante spécialisée à 80 %.

L'enquêtrice mentionne d'ailleurs que la recourante a indiqué ce taux sans hésitation. Au vu de la modification de la situation familiale de la recourante, du revenu de son époux ainsi que de ses déclarations claires et réitérées quant à son taux de travail si elle était en bonne santé, l'appréciation de l'OAI quant au statut d'active à 80% et de ménagère à 100% n'apparaît pas critiquable et doit être confirmée.

5. a) Sous l'angle du droit à la protection de la bonne foi et de l'obligation d'informer, la recourante soutient que l'OAI, sur la base du questionnaire rempli par l'assurée le 24 avril 2007, devait en substance considérer que l'intéressée aurait travaillé à 80 % depuis juillet 2003 si elle avait été en bonne santé.

b) Selon l'art. 27 LPGA, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations. Sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations. Le Conseil fédéral peut prévoir la perception d'émoluments et en fixer le tarif pour les consultations qui nécessitent des recherches coûteuses (al. 2). Si un assureur constate qu'un assuré ou ses proches ont droit à des prestations d'autres assurances sociales, il les en informe sans retard (al. 3). L'art. 27 LPGA correspond à l'art. 35 du projet de LPGA. Ainsi que cela ressort du rapport de la Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé, du 26 mars 1999 (FF 1999 V 4229), l'al. 1 pose une obligation générale et permanente de renseigner indépendante de la formulation d'une demande par les personnes intéressées. Cette obligation de renseigner sera satisfaite par le biais de brochures, fiches, instructions, etc. La formulation "personnes intéressées" ne veut pas dire que ceux qui désirent obtenir des renseignements doivent d'abord faire preuve de leur intérêt. L'al. 2

prévoit un droit individuel d'être conseillé par les assureurs compétents. Tout assuré a droit à des conseils relatifs à ses droits et à ses obligations, gratuitement de la part de son assureur. Cette obligation de conseil ne s'étend qu'au domaine de compétences de l'assureur interpellé et elle constitue une forme de codification de la pratique précédente. Les renseignements peuvent également être communiqués par des non-juristes. Au contraire de l'obligation générale de renseigner, les conseils doivent porter sur un cas précis. Le devoir de conseil de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation d'attirer l'attention de la personne intéressée sur le fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 c. 4.3). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseils s'étend non seulement aux circonstances de faits déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (TF K 7/06 du 12 janvier 2007 c. 3.3, in SVR 2007 KV no 14 p. 53 et la référence). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration. Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité (en l'espèce l'assureur) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst [Constitution fédérale du 18 avril 1999, RS 101] (ATF 131 V 472 c. 5). D'après la jurisprudence en matière de protection du droit à la bonne foi, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que (a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour (d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 c. 6.1 p. 636 s. et les références citées). Ces principes s'appliquent par analogie au défaut de renseignement, la condition (c) devant toutefois être formulée de la façon suivante: que l'administré n'ait pas eu connaissance du contenu du renseignement omis ou que ce contenu était tellement évident qu'il n'avait pas à s'attendre à une autre information (ATF 131 V 472 c. 5 p. 480; TF 8C_66/2009 du 7 septembre 2009 c. 8.4). Le droit à la protection de la bonne foi permet en outre au citoyen d'exiger que l'autorité respecte ses promesses et qu'elle évite de se contredire (TF 9C_695/2008 du 4 février 2009 c. 3.1 et les références citées). Le Tribunal fédéral a précisé qu'aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 c. 7.2). La reconnaissance d'un devoir de conseils au sens de cette disposition dépend ainsi du point de savoir si l'assureur social disposait, selon la situation concrète telle qu'elle se présentait à lui, d'indices suffisants qui lui imposaient au regard du principe de la bonne foi de renseigner l'intéressé (TF 8C_66/2009 du 7 septembre 2009). c) En adressant à l'assurée le formulaire 531 bis, que celle-ci a rempli le 24 avril 2007, on ne voit pas en quoi l'intimé aurait manqué à son

obligation d'informer cette dernière quant aux conséquences qu'il entendait en tirer, ni en quoi il aurait agi de façon préjudiciable et contraire à la bonne foi aux intérêts de la recourante. L'intimé n'a par ailleurs aucunement fait comprendre à l'assurée qu'il allait, comme lors de la décision d'octroi de rente, la considérer comme une personne active à 100 %. Au contraire, en recevant le formulaire 531 bis, l'assurée devait s'attendre à ce que la méthode d'évaluation de l'invalidité pût le cas échéant être modifiée. En ce sens, l'intimé ne saurait avoir consenti une "assurance donnée" à l'assurée (TF 2C_330/2008 du 29 août 2008 c. 4.2 et les références citées). En outre, le fait que l'OAI eût retenu le statut d'active à 100 % lors de la demande de rente ne signifiait pas que ce même statut allait nécessairement être également retenu lors de la procédure de révision du droit à la rente. Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi l'intimé aurait manqué à son obligation d'informer l'assurée, respectivement l'aurait mal informée, de sorte qu'il ne saurait y avoir de violation du droit à la protection de la bonne foi, respectivement de l'obligation d'informer au sens de l'art. 27 LPGA. 6. Il convient d'examiner le taux de capacité de travail de la recourante. a) Dans son rapport médical du 19 août 2003, qui se base sur l'examen du 21 mai 2003, le Dr G._____ a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de membrane néovasculaire oculaire classique bilatérale compliquant des stries angioïdes bilatérales, depuis janvier 2003. Il a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'aggravait et a signalé une baisse de l'acuité visuelle bilatérale avec déformation des images. Dans l'annexe au rapport médical, il a précisé que la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée dépendait de l'utilité de la fonction visuelle dans le travail, que l'activité exercée était encore exigible dans la mesure des capacités visuelles, qu'une activité ne nécessitant pas de vision pointue était envisageable, que la vision binoculaire n'était plus parfaite, de même que la sensibilité aux contrastes visuels, et que les activités nécessitant des manipulations fines n'étaient plus possibles. Dans un rapport du 10 septembre 2003, le Dr H._____ a posé les diagnostics de stries angioïdes bilatérales dans le contexte d'un pseudoxanthome élastique, depuis 1978, et de membranes néovasculaires rétrofovéales bilatérales secondaires, depuis février 2003. Dans l'annexe au rapport médical, datée du 10 septembre 2003, ce médecin a indiqué que l'activité exercée par l'assurée n'était plus exigible, a retenu une diminution de rendement d'environ 80 % dans toute activité comprenant lecture et écriture, puis a indiqué qu'une activité adaptée aux personnes malvoyantes était envisageable – en tenant compte d'un poste de travail bien éclairé et de peu d'activités de lecture ou d'écritures – à un taux de 50 % et avec une diminution de rendement pouvant être de 0 à 60 % selon l'activité considérée. Dans un rapport du 12 février 2007, la Dresse I._____ a retenu le diagnostic de membrane néo-vasculaire rétro-fovéale bilatérale compliquant des stries angioïdes et une incapacité de travail de 100 %, dans l'éducation spécialisée, à compter du 24 novembre 2006. Elle a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire et, dans l'anamnèse, qu'il y avait une baisse d'acuité visuelle de l'œil droit à distance et de près, œil unique. Dans l'annexe au rapport médical, elle a relevé que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'était plus exigible, et que l'exercice d'une autre activité était exigible à environ 50 %, compte tenu d'une diminution de rendement (non chiffrée) et en précisant ce qui suit: "Tout travail ne nécessitant pas une acuité visuelle de précision. La patiente serait très motivée pour faire du travail dans l'activité sociale relationnelle en étant particulièrement attentif au fait de baisse d'acuité visuelle de la patiente. Cette activité peut être exercée si elle est adaptée à son acuité visuelle autant que la patiente puisse le tolérer". Dans un rapport du 12 avril 2007, la Dresse J._____, du SMR, se prononçant notamment au sujet du rapport précité du 12 février 2007 de la Dresse I._____, a

considéré qu'il y avait eu une aggravation de l'état de santé de l'intéressée, mais pas nécessairement de la capacité de travail. Concernant l'activité d'enseignante spécialisée, elle a retenu que la capacité de travail restait exigible à 50 %, à condition qu'elle fût adaptée aux limitations fonctionnelles (sans activité de lecture et d'écriture, sans surveillance de petits enfants); si au contraire cette activité exigeait une bonne acuité visuelle, elle s'est référée à une incapacité de travail complète, depuis 2003. Elle a ajouté que la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée, sans changement depuis 2003. b) On retiendra donc que, à l'époque de l'octroi de rente d'invalidité, le médecin traitant de l'assurée, le Dr H. _____, avait estimé que la capacité de travail était nulle dans son activité habituelle et qu'elle était de 50 % dans une activité adaptée compte tenu d'une diminution de rendement de 0 à 60 %; ce médecin a fait état d'une aggravation après photothérapie de l'œil droit, ce qui n'est pas incohérent (rapport du 10 septembre 2003). Pour sa part, le médecin de l'Hôpital ophtalmique M. _____, le Dr G. _____, avait relevé que l'activité exercée était encore exigible dans la mesure des capacités visuelles et qu'une activité ne nécessitant pas de vision pointue était envisageable (rapport du 19 août 2003). Par prononcé du 9 décembre 2005, l'OAI avait indiqué que l'assurée pouvait, moyennant certains aménagements, exercer son activité habituelle d'éducatrice spécialisée à 50%, ce qui entraînait un préjudice économique de 50 %. Lors de la procédure de révision du droit à la rente, le médecin de l'Hôpital ophtalmique M. _____, la Dresse I. _____, a estimé que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'était plus exigible, et que l'exercice d'une autre activité était exigible à environ 50 %, compte tenu d'une diminution de rendement, sans toutefois en préciser l'ampleur (rapport du 12 février 2007). Pour sa part, la Dresse J. _____, du SMR, a retenu que la capacité de travail dans l'activité d'enseignante spécialisée restait exigible à 50 %, à condition qu'elle fût adaptée aux limitations fonctionnelles, sinon elle était nulle. Dans une activité adaptée, elle a retenu une capacité de travail de 50 %, sans changement depuis 2003 (rapport du 12 avril 2007). Si la Dresse I. _____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, elle n'en a pas moins relevé qu'il y avait une baisse d'acuité visuelle de l'œil droit à distance et de près. Sur ce point, la Dresse J. _____ a signalé une aggravation de l'état de santé, tout en relevant que les limitations fonctionnelles étaient restées les mêmes. On relèvera donc que les constatations de ces médecins semblent quelque peu manquer de cohérence au regard de leur appréciation respective. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle de l'assurée, question sur laquelle ces deux médecins ont des opinions divergentes, l'avis de la Dresse I. _____ est certes peu étayé, voire contradictoire, mais il ne saurait sans autre être écarté par celui de la Dresse J. _____ qui n'a pas personnellement examiné l'assurée et n'est pas spécialiste en ophtalmologie. L'assertion du médecin du SMR est au demeurant confuse, dès lors que l'appréciation de la capacité de travail dans l'activité d'enseignante spécialisée n'est pas clairement déterminée car elle serait fonction de l'exigence d'une bonne acuité visuelle. Par ailleurs, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, la Dresse I. _____ n'a pas précisé l'ampleur de la diminution de rendement de l'assurée, tout en admettant qu'il y en a une, et la Dresse J. _____ ne s'est pour sa part pas prononcée au sujet d'une éventuelle diminution de rendement. L'état de santé de l'assurée semble d'ailleurs s'être aggravé en 2007, quand bien même la Dresse I. _____ a constaté un état stationnaire (rapport du 12 février 2007). En effet, les acuités visuelles ont été chiffrées à 0.4 à D de loin et 0.2 à G de loin le 21 mai 2003 (rapport du 19 août 2003 du Dr G. _____), à 0.4 à D et 2/50 à G le 10 septembre 2003 (rapport du même jour du Dr H. _____) et à 0.2 à D et comptage des doigts à G le 24 novembre 2006 (rapport du 12

février 2007 de la Dresse I. _____). c) En conséquence, en présence d'avis contradictoires et au demeurant peu étayés, dont aucun ne revêt une pleine valeur probante (ATF 125 V 352 c. 3a et les références citées; TF 8C_1021/2008 du 3 décembre 2009 c. 2.2.2), il n'est pas possible de se prononcer à satisfaction de droit sur l'état de santé de la recourante et sur sa capacité de travail exigible. La décision attaquée doit donc être annulée et la cause renvoyée à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une expertise par un spécialiste en ophtalmologie, l'expert devant notamment se prononcer sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, sur sa capacité de travail dans sa profession habituelle et dans une activité adaptée ainsi que sur ses limitations fonctionnelles. Il appartiendra ensuite à l'OAI de déterminer l'invalidité de la recourante selon la méthode mixte, selon les considérants qui précèdent, puis de statuer sur le droit à la rente d'invalidité. Dans cette mesure, les autres arguments avancés par les parties n'ont pas besoin d'être examinés. Partant, le recours est admis. 7. 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). Vu l'issue du litige, il n'y a toutefois pas lieu de percevoir de frais de justice (art. 52 al. 1 LPA-VD). La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens dont le montant – qui doit être déterminé au regard de l'importance et de la complexité du litige sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 litt. g LPGA) – doit en l'espèce être arrêté à 2'000 fr.

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