

# **VD\_GERICHTE ZD16.039567 vom 11. September 2017**

VD Tribunal cantonal, 2017-09-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD16.039567](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.039567)

FR: VD\_GERICHTE ZD16.039567 du 11 septembre 2017

IT: VD\_GERICHTE ZD16.039567 del 11 settembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20, art. 1). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

- 21 - b) 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 ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière au fond.

### **E. 2**

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque des points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité d'un taux supérieur, singulièrement, sur l'augmentation de la demie rente d'invalidité, par voie de révision, à une rente d'un degré plus important.

### **E. 3**

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Selon 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Quant à l'incapacité de travail, elle est

- 22 - 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. b) En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut ainsi 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a ; voir également TF I 367/04 du 14 février 2005 consid. 2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b, 125 V 368 consid. 2 et 112 V 372 consid. 2b ; cf. TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

- 23 - Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de l'augmentation ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (cf. ATF 112 V 372 consid. 2b ; TF 9C\_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 3.1 ; TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance- vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, n° 3065 p. 833). c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF 8C\_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise,

mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant.

- 24 - Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; cf. Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). Cela étant, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée). d) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devraient, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références). e) En assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent

- 25 - être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Mais le principe inquisitoire n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. également TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.1).

#### **E. 4**

En l'espèce, la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente est celle du maintien d'une demie rente d'invalidité du 24 juillet 2008, l'OAI ayant alors considéré que le degré d'invalidité de l'assurée n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, laquelle était octroyée depuis le 1er septembre 2002. La capacité de travail était de 50%. Cette décision reposait notamment sur le rapport du 19 juillet 2007

établi par les Drs C.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ du SMR, lesquels avaient estimé qu'il n'y avait aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail au plan somatique, retenant au plan psychiatrique celui de trouble mixte de la personnalité dépendante et immature (F61.8). Les médecins du SMR avaient en effet considéré que le status après syndrome de Reiter à l'âge de 20 ans, l'uvéite antérieure gauche en 2002 (HLA-B27 positif), les lombo-pseudo-sciatalgies droites chroniques dans un contexte algique diffus sans mise en évidence d'une atteinte inflammatoire spécifique, un psoriasis du cuir chevelu ainsi qu'un status après ablation de myélome utérin à deux reprises étaient sans effet sur la capacité de travail.

- 26 - Ainsi, selon les Drs C.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_, c'était uniquement l'atteinte au plan psychique qui justifiait de retenir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée comme dans l'activité habituelle. Or une atteinte articulaire inflammatoire, qui se manifeste par la présence d'une synovite au niveau du poignet gauche et des chevilles et d'une spondylarthrite, a été diagnostiquée depuis lors. Ces pathologies n'existaient pas auparavant, du moins pas avec l'ampleur décrite par le Dr F.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 24 octobre 2014 et par les Drs M.\_\_\_\_\_ et [...] dans un conseil du 2 mai 2014. Ainsi que l'a indiqué la recourante en cours de procédure, on rappellera qu'une spondylarthrite est une maladie dégénérative. Qu'elle ait existé dès 2002, ou même plus tôt - ainsi que semble l'affirmer la Dresse Dessing du SMR (cf. avis des 27 janvier 2016 et 30 janvier 2017) - ne suffit pas à nier l'aggravation de l'état de santé ni l'influence que celle-ci a sur la capacité de travail de la recourante. C'est dans ce contexte que les Drs H.\_\_\_\_\_ et [...] du Service de rhumatologie du Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_ qui ont également fait mention d'une polyarthralgie des mains (cf. questionnaire du 16 février 2015), ont estimé que la capacité de travail, dans une activité adaptée comme dans l'activité habituelle, ne pouvait selon eux pas dépasser 50%. Dans le cadre de cette appréciation, les Drs H.\_\_\_\_\_ et [...] ne se sont pas prononcés sur le volet psychiatrique, mais uniquement sur le plan somatique. Leur appréciation de la capacité de travail sur le plan somatique est la seule figurant au dossier, le Dr W.\_\_\_\_\_ ne s'étant en effet pas déterminé sur ce point, quand bien même il suit la recourante depuis le 10 novembre 2014. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a par ailleurs mentionné dans son rapport du 13 février 2017 produit en cours de procédure que des « phénomènes psychosociaux » existaient possiblement, de même que des maladies. Or il n'y a plus eu depuis 2007 d'examen pluridisciplinaire de la recourante, alors que son état a évolué. Il ne figure en particulier au dossier aucun élément relatif à un suivi au plan psychiatrique, singulièrement une médication qui lui serait prescrite dans ce cadre. A cela s'ajoute que le volet psychiatrique de l'examen bi-disciplinaire du SMR du mois de juillet 2007 est contradictoire : on peut en effet y lire, concernant la capacité de

- 27 - travail exigible, qu'en l'absence d'atteinte à la santé à caractère invalidant, les médecins sont d'avis que l'assurée présente une pleine capacité de travail dans quelque domaine que ce soit. Seul est mentionné un trouble psychique « sous-jacent », associé à des phénomènes inflammatoires aigus anamnestiques. Les médecins du SMR relèvent ensuite que toute activité respectant leurs recommandations fonctionnelles est possible à 100% sans baisse de rendement sur le plan somatique, et que l'état de santé sur les plans somatique et psychiatrique est considéré comme stationnaire depuis le moment de l'octroi de rente. Ils ont pourtant estimé que la capacité de travail était de 50% dans toute activité. Quant à l'examen de 2002, au demeurant très bref, il ne fait état d'aucune atteinte au plan somatique, et ne mentionne que des limitations fonctionnelles « peu importantes »,

lesquelles ont toutefois conduit à retenir une baisse de la capacité de travail de 50%. La Dresse T. \_\_\_\_\_ du SMR a du reste également relevé le 7 juillet 2015 une situation de départ « un peu confuse ». En définitive, il existe des incertitudes quant à savoir si et dans quelle mesure les multiples pathologies que présente l'assurée et leur évolution portent atteinte à sa capacité de travail. Dans la mesure où ces atteintes semblent intriquées et paraissent interagir, et qu'elles ont au demeurant été insuffisamment investiguées, que cela soit au plan rhumatologique comme au plan psychiatrique, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur une éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la décision du 24 juillet 2008, un complément d'instruction devant être mené à bien au préalable.

## **E. 5**

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG).

- 28 - Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 4.2 et 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4 ; TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3ème éd., n° 18-19 et 27 ad art. 43 LPG). 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 137 V 210 consid. 4 et 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

- 29 - Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). c) En l'espèce, il incombe à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider

la situation médicale de la recourante et de clarifier sa capacité de travail compte tenu de son état de santé global, ainsi que de se prononcer sur l'évolution de cette capacité depuis la décision de maintien du droit à une demie rente d'invalidité du 24 juillet 2008. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. L'OAI complétera l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA, laquelle comprendra un volet rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, les experts étant libres de s'adjoindre au besoin les services d'autres spécialistes. Il appartiendra ensuite à l'office intimé de rendre une nouvelle décision.

## **E. 6**

Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision du 30 août 2016 annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter

- 30 - les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. b) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 4'000 fr. à la charge de l'intimé, cette somme couvrant celle revenant à l'avocat d'office. En effet, il convient de retrancher de la liste des opérations produites par Me Torchio pour un montant de 5'714 fr. 40 (débours par 171 fr. 50 et TVA par 423 fr. 30 compris) celles qui n'étaient pas nécessaires à la défense de l'assurée, à savoir notamment les frais de vacation au Tribunal cantonal dans la mesure où, sur demande, le Tribunal transmet gratuitement le dossier pour consultations aux études des avocats suisses. De même, le temps indiqué pour les correspondances est excessif. En particulier, les avis de transmission ou « mémos » ne peuvent pas être pris en compte à titre d'activité déployée par l'avocat, s'agissant de travail de secrétariat. Enfin le temps consacré pour ses écritures est trop conséquent (mémoire de recours, réplique, observations), ce d'autant que l'avocate, dans le cadre de ses écritures complémentaires au recours (réplique, observations), reprend pour l'essentiel les arguments déjà exposés dans son mémoire. Compte tenu de ce qui précède, le montant des dépens de 4'000 fr. couvre celui qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire.

- 31 -