

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 26 mars 2015

---

Composition : M. MERZ, président  
Mme Di Ferro Demierre et M. Métral, juges  
Greffière : Mme Monod

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**N.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par PROCAP, Me Caroline Ledermann, à Bienne

et

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

---

**Art. 82 et 98 let. b LPA-VD ; art. 43 et 44 LPGA.**

**En fait et en droit :**

**Vu** la seconde requête de prestations de l'assurance-invalidité (AI) déposée le 13 juillet 2009 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par N. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse née en 1976, après qu'elle eut retiré une première demande de prestations formulée en 2003,

vu les atteintes à la santé ayant motivé cette seconde requête, à savoir un diabète de type 1 accompagné de multiples complications des registres ophtalmologique, néphrologique et hématologique, en sus de problèmes rhumatologiques, neurologiques et psychiatriques, dans le contexte d'une obésité ayant nécessité une intervention chirurgicale en 2004,

vu les décisions rendues par l'OAI les 30 mai 2011 et 20 juin 2011, mettant l'assurée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> décembre 2010, fondée sur un degré d'invalidité de 55%, compte tenu d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle d'auxiliaire de santé et de 50% dans une activité adaptée, ainsi que l'intimé l'a déterminé à l'issue d'un reclassement professionnel en qualité de secrétaire médicale,

vu la demande de révision adressée à l'OAI par l'assurée le 31 juillet 2012, motif pris d'une aggravation globale de son état de santé depuis mars 2012, qui entraînerait une incapacité totale de travail,

vu les investigations conduites par l'OAI, lequel à réception des rapports médicaux établis par les différents médecins généralistes et spécialistes en charge du suivi de l'assurée, a sollicité le Service médical régional AI (ci-après : le SMR) et décidé, conformément à l'avis du 18

septembre 2013 des Dr K.\_\_\_\_\_ et I.\_\_\_\_\_, médecins au sein dudit service, de mettre en œuvre une expertise en médecine interne,

vu le mandat confié au Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, qui a rendu son rapport le 30 novembre 2013, concluant à l'absence d'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis 2009 et retenant une capacité de travail de 50% sans baisse de rendement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit sans port de charges lourdes, sans horaire irrégulier, en dépit du risque accru de fatigabilité consécutive aux multiples traitements suivis par l'assurée,

vu les demandes de moyens auxiliaires des 15 janvier 2014 (lit électrique), 21 janvier 2014 (chaussures orthopédiques) et 12 février 2014 (aménagement de la salle de bain), ainsi que d'allocation pour impotent du 25 février 2014,

vu les renseignements médicaux fournis par les médecins traitants de l'assurée, à savoir notamment les rapports des Drs B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, A.\_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, M.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, et O.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie,

vu l'avis médical du Dr K.\_\_\_\_\_ du SMR, daté du 19 mai 2014, dans lequel ce dernier a considéré que les diagnostics évoqués par les médecins traitants précités étaient superposables à ceux retenus par le Dr L.\_\_\_\_\_ à l'issue de son expertise,

vu le projet de décision émis par l'OAI le 22 mai 2014, envisageant de refuser l'augmentation de la rente d'invalidité sollicitée par l'assurée,

vu les objections à ce projet formulées le 29 juillet 2014 par cette dernière, représentée par PROCAP, Me Caroline Ledermann, selon lesquelles elle a fait valoir l'incidence des diagnostics posés sur sa

capacité de travail s'en trouvait manifestement majorée et qu'il appartenait à l'OAI, entré en matière sur sa demande de révision, d'instruire à satisfaction l'ensemble des éléments médicaux, ce qui n'avait pas été le cas, tandis que les explications fournies par ses médecins traitants étaient de son point de vue suffisamment étayées pour justifier l'octroi d'une rente entière d'invalidité,

vu les rapports des Drs B. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ des 21 et 28 juillet 2014 joints aux objections de l'assurée,

vu la décision rendue par l'OAI le 3 septembre 2014, reprenant à l'identique les termes de son projet de décision susmentionné,

vu le recours formé le 26 septembre 2014 par l'assurée, avec l'assistance de son conseil, devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, où elle s'est notamment prévaluée d'une instruction lacunaire de son dossier, en l'absence d'investigations conduites sur la base des éléments fournis postérieurement à l'expertise réalisée par le Dr L. \_\_\_\_\_, et où elle a conclu principalement à l'annulation de la décision du 3 septembre 2014 et à la constatation d'un droit à des prestations de l'assurance-invalidité plus élevées, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, à savoir pour mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire avant nouvelle décision,

vu la réponse du 5 janvier 2015 de l'OAI, préavisant le rejet du recours compte tenu des conclusions du Dr L. \_\_\_\_\_ en sa qualité d'expert,

vu la réplique de l'assurée du 27 janvier 2015, réitérant ses griefs en lien avec l'instruction à son sens lacunaire de son dossier par l'intimé et soulignant la reconnaissance par l'OAI de son droit à une allocation pour impotence de degré faible par projet de décision du 20 janvier 2015,

vu la duplique de l'OAI du 16 mars 2015, lequel s'est référé à un nouvel avis médical, émis le 17 février 2015 par le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin au SMR, et a suggéré ce qui suit :

« Après avoir repris l'examen du dossier, le [SMR] estime qu'un complément d'instruction s'avère nécessaire. Dans ce cadre nous proposons de demander la production des rapports relatifs aux examens cités dans le rapport établi [réd. : le 21 juillet 2014] par le Dr B.\_\_\_\_\_ et dans ses annexes. Il s'agit en particulier des pièces suivantes :

- avis spécialisé sur la pathologie dorso-lombaire prévu en août 2014 chez le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie,
- consultation spécialisée de nutrition prévue au Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_ le 4 août 2014,
- réévaluation par le Dr P.\_\_\_\_\_ de la myélopathie dorsale sur carence en cuivre.

Une fois en possession de ces pièces médicales, le Service médical régional propose d'examiner s'il y a lieu ou non de mettre en place une expertise pluridisciplinaire. [...] »,

vu les pièces au dossier,

vu notamment l'avis médical du SMR du 17 février 2015 et l'avis juridique qui y est cité, selon lequel il « semble délicat de nier sans autre une aggravation de l'état de santé » en particulier sur le plan psychique,

vu que le SMR avait, dans un premier temps (par avis du 19 mai 2014) écarté l'appréciation du psychiatre traitant, le Dr O.\_\_\_\_\_, qui retenait un état dépressif moyen à sévère et une capacité de travail nulle (rapport du 14 avril 2014), au seul motif qu'il n'aurait pas été répertorié dans la liste de la Fédération des médecins suisses (FMH), ce que l'assurée a contesté à juste titre ;

**Attendu** que le recours, formé en temps utile, remplit les autres conditions de forme, de sorte qu'il est recevable (art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1),

que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD),

attendu que, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles, et si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF [Tribunal fédéral] 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2 ; 9C\_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2 ; 9C\_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2).

que, lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est, comme en l'espèce, entrée en matière, il convient d'examiner, conformément à l'art. 17 LPGA, si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C\_435/2013 du 27 septembre 2013, consid. 5.1 ; I 25/2007 du 2 avril 2007, consid. 3.1).

attendu qu'en vertu de l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur - en l'espèce l'OAI - examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin,

qu'il peut recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits (art. 44 al. 1 LPGA),

qu'en l'espèce, le dossier ne permet notamment pas de répondre de manière claire à la question de savoir si, depuis les décisions initiales de rente, datées des 30 mai 2011 et 20 juin 2011, l'état de santé de la recourante s'est détérioré et cas échéant, avec quelle incidence sur sa capacité de travail,

qu'en particulier les volets psychiatrique, neurologique, diabétologique et rhumatologique n'ont pas été investigués à satisfaction, l'OAI n'ayant en particulier pas sollicité les pièces qu'il propose pourtant à la Cour de céans de recueillir dans sa duplique du 16 mars 2015, alors même qu'il s'agit de documents en lien avec des examens médicaux antérieurs à la décision querellée,

qu'en l'état, les pièces versées au dossier ne permettent ainsi pas de statuer en pleine connaissance de cause,

que, par écriture du 16 mars 2015, l'intimé a de facto concédé qu'il n'était pas immédiatement possible de se prononcer sur l'évolution éventuelle de la capacité de travail de la recourante et que l'opportunité d'une expertise pluridisciplinaire devrait être examinée à réception des rapports médicaux des Drs S.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_, ainsi que de la consultation en nutrition du Centre hospitalier D.\_\_\_\_\_,

que, selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 42 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] ; art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt),

qu'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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5),

que tel est à l'évidence le cas en l'espèce,

que le recours se révèle ainsi bien fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète sur le plan médical (art. 98 let. b LPA-VD),

que la décision attaquée du 3 septembre 2014 doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après complément d'instruction sur le plan médical, soit notamment réunion des pièces évoquées dans son écriture du 16 mars 2015 et éventuellement, expertise pluridisciplinaire de l'assurée, organisée conformément à l'art. 44 LPGGA ;

attendu que la recourante obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, de sorte qu'elle peut prétendre une indemnité de dépens (cf. art. 61 let. g LPGGA),

qu'en l'état de la procédure, cette indemnité doit être arrêtée à 1'300 fr. (art. 7 TFJAS [tarif du 2 septembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.26.5.2]),

qu'au surplus, débouté, l'OAI supportera les frais judiciaires de la cause, fixés à 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision, rendue le 3 septembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est annulée, la cause étant renvoyée à ce dernier pour nouvelle décision après complément d'instruction au sens des considérants.
  
- III. Les frais de justice, à hauteur de 200 fr. (deux cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
  
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante une indemnité de 1'300 fr. (mille trois cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- PROCAP, Me Caroline Ledermann, à Bienne (pour N. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :