

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2009

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mmes Thalmann et Röthenbacher
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

M. _____, à Estavayer-le-Lac (FR), recourante, représentée par le Tuteur général, à Estavayer-le-Lac (FR),

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après : l'OAI), à Vevey, intimé.

Art. 43 LPGA

E n f a i t :

A. Née en 1958, M. _____ a bénéficié d'une rente entière de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) correspondant à un taux d'invalidité de 70 % accordée par l'Office AI du canton de Berne de septembre 1999 à mai 2000, avant d'être mise au bénéfice d'une demi-rente AI dès le 1^{er} janvier 2002 pour un taux d'invalidité de 48 %, l'existence d'un cas pénible ayant été admise. La date de la première révision d'office prévue était le 1^{er} avril 2005.

Le 6 avril 2006, l'assurée, invoquant une aggravation de son état de santé, a déposé une nouvelle demande de prestations de l'AI. En ce qui concerne ses atteintes à la santé, elle indique une fibromyalgie et une maladie de Sudek.

Le 9 novembre 2006, la Dresse J. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a demandé la mise en œuvre d'une expertise au Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) de la Clinique W. _____.

Du rapport d'expertise interdisciplinaire effectuée par la Dresse S. _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et spécialiste FMH en rhumatologie et par le Dr B. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le 17 juillet 2007, il ressort les diagnostics suivants :

Diagnosics influençant la capacité de travail :

- Douleurs chroniques à la cheville gauche et ankylose sur status post fracture de la malléole externe en 1998

Diagnosics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Fibromyalgie existant depuis 2003
- Syndrome douloureux somatoforme persistant
- Dysthymie

Du point de vue somatique, une capacité de travail de 80% a été reconnue dans l'activité d'animatrice exercée jusqu'ici.

Se déterminant sur le rapport d'expertise précité, le Dr D._____, psychiatre-traitant, écrit ce qui suit dans un rapport du 8 janvier 2008 adressé à l'OAI :

"(...) A mon avis, la situation dépasse largement un syndrome douloureux somatoforme avec une dysthymie, comme ceci est évoqué dans l'expertise, et l'évolution récente est bien moins favorable que ce qui est discuté dans le dernier paragraphe de l'appréciation du cas et pronostic, pages 13-15. A mon avis, la patiente souffre effectivement d'un trouble somatoforme, mais également compliqué d'un épisode dépressif actuellement moyen avec un état de détresse bien plus sévère que la démotivation évoquée dans l'expertise, qui s'accompagne d'un repli sur soi à domicile, d'une perte des contacts sociaux, d'une gêne importante face aux tâches de la vie quotidienne et de difficultés dans les relations familiales, en particulier avec les enfants, en lien avec une irritabilité, une fragilité et une difficulté dans les contacts interpersonnels. D'autre part, je constate au cours de mon suivi que la patiente présente également un trouble de la personnalité de type émotionnellement labile avec des traits histrioniques, dépendants et une passivité agressive qui se manifeste par une tendance au clivage, la patiente montrant par moments les bons aspects de sa situation à certains thérapeutes et les aspects négatifs à d'autres, qu'elle se montre hypersensible à la douleur, aux frustrations, aux menaces d'abandon et qu'elle présente une difficulté importante à gérer ses émotions. Ce trouble, associé aux troubles somatoformes douloureux chroniques, aux troubles de l'humeur (dysthymie et trouble dépressif récurrent) complique encore sa situation.

En conclusion, je rejoins tout à fait l'analyse du médecin-traitant concernant l'évaluation de la capacité de travail, que je considère actuellement comme nulle, et suis très surpris par l'analyse et les conclusions des experts de la Clinique W._____. (...)"

Dans un rapport du 1^{er} avril 2008 adressé au médecin-traitant, les Drs N._____, médecin chef de clinique, et L._____, médecin-assistant, ont indiqué que M._____ a séjourné du 6 décembre 2007 au 18 janvier 2008 à l'Hôpital de [...]. Ils ont posé les diagnostics de troubles de l'adaptation, réaction dépressive prolongée (F 43.21); syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4); personnalité émotionnellement labile, type borderline à traits histrioniques, passifs (abandonniques) - agressifs (sensitifs) (F 60.31); décès d'un des membres

de la famille (anamnestiquement) (Z 63.4). Ils constatent en outre ce qui suit :

"(...) Première hospitalisation de cette patiente en raison d'une fatigue chronique liée à sa maladie de fibromyalgie dont la patiente dit souffrir depuis plusieurs années. Elle se montre méfiante, revendicatrice, plaintive et irritable, exerçant une grande pression sur le personnel soignant concernant sa prise en charge. Elle semble assez démunie concernant la gestion de ses affaires financières, ayant aussi des difficultés familiales et relationnelles, avec un retrait social et affectif. (...) L'infirmier qui l'accompagne signale des sentiments de dévalorisation, de dépréciation, d'inutilité et d'impuissance (...)"

Par décision du 1^{er} octobre 2008, l'OAI a refusé l'augmentation de la rente d'invalidité sollicitée, retenant une capacité de travail et de gain de 50 % dans une activité adaptée. La comparaison des gains avec et sans invalidité conduit à un taux d'invalidité de 47 %, ce qui donne droit à la même rente que celle versée jusqu'ici.

B. M. _____, représentée par le Tuteur général, a recouru contre cette décision par acte du 4 novembre 2008, concluant au renvoi du dossier à l'office intimé pour complément d'instruction. Elle soutient que son état de santé s'est aggravé en dépit de ses diverses hospitalisations et produit des rapports médicaux faisant état d'une péjoration de celui-ci.

Dans un rapport du 4 août 2008 adressé au médecin-traitant, la Dresse Q. _____, spécialiste FMH en anesthésie/antalgie, pose les diagnostics d'état douloureux chronique invalidant; de status après syndrome douloureux régional complexe du membre inférieur gauche; de status après ostéosynthèse d'une fracture de la malléole externe gauche en 1998; de status post appendicectomie; de status après hystérectomie en 1993; de status après opération du ménisque gauche en 1996; de status après pneumonie bilatérale sévère en 2002. Elle ajoute en outre ce qui suit :

"(...) A l'heure actuelle, la patiente se plaint de douleur [sic] florides, multiples, excessivement invalidantes et qui intéressent l'ensemble du corps. Seule la région abdominale est épargnée. Depuis 10 ans, la patiente accumule les petits accidents avec des chutes, des

fractures d'orteils. Elle accuse une augmentation de poids, en raison d'immobilisations. L'état de fatigue est important et constant. (...) Elle se trouve actuellement excessivement limitée. Elle se dit désespérée (...)".

Dans un rapport du 16 octobre 2008, la Dresse Q._____ a constaté la persistance, voire l'exacerbation des plaintes douloureuses chez l'intéressée qui présente une douleur basi-thoracique droite très vive, respiro-dépendante reproductible à la palpation et irradiant en ceinture. Devant l'importance des plaintes résistant à tout traitement, cette praticienne propose des investigations radiologiques à la recherche d'une fracture de côte ainsi qu'une consultation auprès d'un gastro-entérologue.

Par pli du 31 octobre 2008 adressé à l'OAI, la Dresse X._____, médecin-traitant de l'assurée depuis 2003, indique que la capacité de travail de cette dernière est nulle dans toute activité depuis le 22 février 2006 et ce pour une durée indéterminée.

Dans un rapport du 4 novembre 2008, les Drs K._____, médecin-directeur, et C._____, médecin cheffe de clinique, du Service R._____ du canton de [...] ont relevé ce qui suit :

"(...) Mme M._____ est suivie au sein de notre service depuis le 26 février 2008. Elle bénéficie d'entretiens psychothérapeutiques de soutien à raison d'une ou deux fois par mois.

La patiente souffre d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile avec des traits histrioniques, dépendants et une passivité agressive depuis l'adolescence. Des angoisses d'abandon et une instabilité de l'humeur ont amené Mme M._____ à réaliser plusieurs tentatives de suicide à l'adolescence. En 1998, suite à une fracture malléolaire de la jambe gauche, elle développe une maladie de Sudeck qui la limite dans ses déplacements à cause des douleurs. A cette même période, son mari demande la séparation et s'installe dans le même village avec sa nouvelle compagne.

Ces événements sont d'énormes pertes du point de vue narcissique pour la patiente. Elle développe des douleurs importantes qui ont été diagnostiquées de fibromyalgie ou de trouble somatoforme chronique. Sa capacité de travail diminue progressivement jusqu'à arriver actuellement à un 100 % [sic]. Mme M._____ présente une péjoration de la symptomatologie dépressive avec anhédonie, aboulie, tristesse, perte d'espoir, sentiments de dévalorisation et culpabilité, diminution du sommeil et de l'appétit et idées suicidaires scénarisées; elle a fait les démarches pour s'inscrire à Exit. Son discours est parfois marqué par des idées presque délirantes de

type mystique. Nous pouvons établir le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques.

Le pronostic est défavorable en raison des multiples comorbidités. (...)"

Se déterminant sur ces pièces médicales dans un avis du 13 février 2009, le SMR a indiqué que le rapport d'hospitalisation du 6 décembre 2007 au 18 janvier 2008 est incomplet, de sorte qu'il ne peut être pris en considération, l'état douloureux chronique étant cependant confirmé par la Dresse Q._____. Pour ce qui est des observations du Dr K._____, le SMR rappelle que l'assurée est suivie dans le cadre du Service R._____ et qu'elle bénéficie d'entretiens psychothérapeutiques de soutien, à raison d'une ou deux fois par mois. Le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques posé par le praticien prénommé conduit le SMR à envisager une réévaluation de la situation, dès lors que la rechute dépressive remonterait au mois de décembre 2007. Il est en conséquence proposé que le Dr K._____ précise le traitement mis en place ainsi que l'évolution constatée depuis le mois de novembre 2008.

Au vu des nouveaux éléments énoncés par le Dr K._____ dans son rapport du 4 novembre 2008, l'OAI a proposé dans son écriture du 16 février 2009 que l'instruction soit complétée en interrogeant ce médecin sur les différents traitements mis en place.

Le 21 avril 2009, le Dr V._____, médecin-sous-directeur et la Dresse C._____, médecin-chef de clinique, auprès du Centre T._____ du canton de [...], ont relevé ce qui suit :

"(...) Mme M._____ est suivie par notre Service depuis le 28.02.2008. Auparavant, elle a été suivie par l'Unité de Psychiatrie Y._____ de [...]. Comme nous vous avons déjà informé dans notre courrier du 4 novembre 2008, Mme M._____ souffre d'un épisode dépressif sévère, d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile avec de [sic] traits histrioniques et dépendants et d'une maladie de Sudeck. Depuis le début de son suivi dans notre Service, Mme M._____ a bénéficié d'un traitement psychiatrique intégré avec médication psychotrope et des entretiens psychothérapeutiques de soutien à raison d'une ou deux fois par mois. Le traitement antidépresseur a été augmenté jusqu'à 120 mg de Cymbala par jour. Elle bénéficie aussi d'un suivi infirmier en

psychiatrie, à raison d'une fois par semaine, vu sa difficulté à se déplacer à cause de douleurs et de difficultés financières. La patiente n'est plus revenue à notre consultation depuis le 28.01.2009. Depuis lors, elle a fait plusieurs séjours à la Clinique F. _____ à [...], pour essayer d'améliorer son traitement antalgique. (...)"

Dans un avis médical du 8 mai 2009, le Dr G. _____ du SMR rappelle que le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques est à lui seul susceptible de modifier la position du SMR. De surcroît, le courrier médical du 21 avril 2009 atteste d'un traitement médicamenteux à dose efficace. L'évolution de la maladie, les limitations fonctionnelles et l'exigibilité dans une activité adaptée restent pour autant inconnues. Le Dr G. _____ sollicite en conséquence expressément la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique afin de s'assurer des atteintes à la santé de l'assurée, préciser leur évolution, déterminer l'observance thérapeutique et les possibles limitations fonctionnelles psychiques. Dans ses déterminations du 27 mai suivant, l'OAI déclare se rallier aux considérations contenues dans cet avis et, partant, propose la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

Par pli du 27 mai 2009, le Tuteur général expose que l'assurée a été hospitalisée du 22 au 27 mars 2009 à la Clinique F. _____ à [...], afin qu'elle puisse suivre un traitement antalgique. Il indique en outre ce qui suit :

"(...) En raison de plusieurs douleurs à ses pieds et à une lombosciatique, le 20 avril 2009, Mme M. _____ a été hospitalisée à l'Hôpital Z. _____ de [...]. Le but de cette hospitalisation était un contrôle plus approfondi des articulations et une réhabilitation. Le 1^{er} mai 2009, suite à une fracture de la cheville et à une blessure à une jambe, Mme M. _____ a dû interrompre son séjour à l'Hôpital Z. _____ de [...] et retourner à domicile. Selon les dires de Mme M. _____, elle pouvait choisir entre un centre de convalescence et le retour à domicile. Mme M. _____ a opté pour un retour à domicile avec un suivi par M. [...], infirmier, les aides et soins à domicile, ainsi que les repas à domicile. Dès que son état de santé le permettra, Mme Humbert retournera à nouveau à l'Hôpital Z. _____ pour terminer son traitement de réhabilitation. Ensuite, elle se rendra à l'Hôpital H. _____ pour subir une intervention chirurgicale aux intestins. (...)"

Le 5 juin 2009, chaque partie a été informée des déterminations de la partie adverse.

E n d r o i t :

1. **a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009), applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]).

2. En l'espèce, est litigieux le taux d'invalidité de la recourante.

3. **a)** Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

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 (al. 1).

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, qui reprend l'échelonnement en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004), 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 un 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.

L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points

litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a; TFA I 573/2004 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références; TF 9C_842/2007 du 5 août 2008, consid. 3, ad TAss VD AI 97/04 - 199/2007 du 26 juillet 2007, consid. 4e).

d) En application de l'art. 57 al. 1 let. f LAI, il appartient aux offices AI d'évaluer l'invalidité des assurés. Pour ce faire, ils doivent procéder à une instruction exhaustive, notamment sur le plan médical. A teneur de l'art. 43 al. 1, première phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 n° K 646 p. 235 consid. 4).

Selon la jurisprudence, 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'administration pour complément

d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, 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. 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; RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-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, RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

4. Etant donné le diagnostic d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques posé par le Dr K. _____ et qui semble remonter à l'hiver 2007-2008, il convient, comme l'admet l'office intimé, de s'assurer des atteintes à la santé de la recourante, de leur évolution, de l'observance thérapeutique et des possibles limitations fonctionnelles psychiques.

5. Il s'ensuit que le recours doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision entreprise, le dossier étant renvoyé à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique devant être confiée à un spécialiste au bénéfice des titres nécessaires, puis qu'il apprécie le taux d'invalidité de la recourante et rende telle nouvelle décision que de droit.

6. Le présent arrêt est rendu sans frais, ni allocation de dépens (art. 61 let. a et g LPGA et 91 al. 1 LPA-VD; SVR 1997 UV n° 91 p. 331, VSI 2000 p. 294, TAss VD AI 247/01 - 339/2002 du 19 novembre 2002 et AI 412/02 - 214/2003 du 4 avril 2003, ATF 124 V 338).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision attaquée est annulée.
- III. Le dossier est renvoyé à l'autorité intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.
- IV. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Tuteur général, Service des tutelles (pour M. _____)
- 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 :