

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 mars 2010

Présidence de Mme LANZ PLEINES
Juges : MM. Zbinden et de Goumoëns, assesseurs
Greffier : M. Bichsel

* * * * *

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA et 98 let. b LPA-VD

E n f a i t :

A. K._____, née en 1973, divorcée et mère de deux enfants, employée de ménage à 30 % dans un établissement médico-social (EMS), a déposé le 11 avril 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, respectivement d'une rente. L'assurée indiquait souffrir d'une hernie discale L5-S1, opérée le 17 juillet 2007 par le Dr T._____, neurochirurgien, et mentionnait en outre, dans un courrier joint à sa demande, le diagnostic de suspicion de la maladie de Crohn.

Interpellé par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'office), le Dr P._____, gastroentérologue FMH, a établi un rapport le 25 avril 2008, indiquant qu'il n'y avait pas alors de problématique d'incapacité de travail à long terme en rapport avec le diagnostic de suspicion de maladie de Crohn. Etait notamment annexé un rapport établi par ce même médecin le 4 avril 2008 suite à une colonoscopie totale réalisée la veille, examen ayant mis en évidence "*quelques érosions iléales focales*" qui pouvaient correspondre "*soit à une maladie de Crohn avec lésions encore relativement limitées, soit à une pathologie infectieuse*".

Par communication du 16 mai 2008, l'OAI a octroyé à l'intéressée des "*mesures d'intervention précoce sous la forme d'un soutien à la place de travail*", la capacité de travail retenue étant de 50 pour-cent.

Le Dr U._____, généraliste FMH et médecin traitant de l'assurée depuis le mois de janvier 2007, a établi un rapport le 17 mai 2008, posant comme ayant des répercussions sur sa capacité de travail les diagnostics de hernie discale L5-S1 et de status après laminectomie le 17 juillet 2007; le diagnostic d'iléite de Crohn, également retenu, était réputé sans répercussion sur la capacité de travail. Ce praticien relevait la persistance d'un syndrome lombaire douloureux malgré les thérapies de

rééducation, justifiant des "*restrictions des charges et du temps de travail*", et estimait qu'une disparition complète des symptômes à long terme était peu probable. Était retenue une capacité de travail à 50 % dès le 1^{er} juin 2008, ensuite d'une incapacité totale débutée le 22 janvier 2007.

Par courrier du 25 mai 2008, l'intéressée a informé l'OAI que, le 15 mai précédent, elle avait dû quitter son lieu de travail après 3h45 d'activité, en raison de maux de dos et de ventre; elle était depuis le 20 mai 2008 en arrêt de travail pour une durée de trois semaines, selon un certificat médical établi par la Dresse G._____, spécialiste FMH en médecine interne.

Dans un rapport établi le 2 juin 2008, le Dr T._____ a posé le diagnostic de névralgie sciatique par hernie lombaire opérée le 17 juillet 2007. Ce neurochirurgien mentionnait, à titre de restrictions occasionnées par cette atteinte, l'exclusion des travaux physiques, du port de charges, ainsi que de la station debout ou assise prolongée. Était retenue une incapacité totale de travail du 16 juillet au 2 octobre 2007, suivie d'une incapacité de travail à 50 % du 3 octobre 2007 au 31 janvier 2008; selon le Dr T._____, la reprise par l'assurée de son activité habituelle à 30 % était envisageable dès le 13 mai 2008, sans diminution de rendement, le pronostic étant qualifié de "*favorable après physiothérapie*".

Par communications des 3 et 6 juin 2008, l'office a octroyé à l'assurée des nouvelles mesures d'intervention précoce, sous forme de séances d'ergothérapie d'une part, d'un cours de formation *Word* et *Excell* d'autre part.

Le Service médical régional AI (SMR) a établi un rapport le 11 juillet 2008, retenant comme atteinte principale à la santé le diagnostic de lombosciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1 opérée le 17 juillet 2007, le diagnostic d'iléite terminale sur maladie de Crohn n'étant pas du ressort de l'assurance-invalidité. La capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était réputée de 50 % à compter du 3 octobre 2007,

ensuite d'une incapacité totale débutée le 22 janvier 2007; dans une activité adaptée, soit ne nécessitant ni port de charges de plus de 10 kg, ni position en porte-à-faux, ni position statique du rachis, elle était de 100 % dès le 3 octobre 2007, date à partir de laquelle l'intéressée était réputée apte à la réadaptation.

Par communication du 29 septembre 2008, l'office a informé l'assurée qu'elle avait droit à des mesures de placement (orientation professionnelle et soutien dans les recherches d'emploi).

Par courrier du 8 octobre 2008, l'assurée a adressé à l'OAI un certificat médical établi le même jour par la Dresse G._____, attestant d'une incapacité de travail du 29 septembre au 18 octobre 2008; l'intéressée précisait que cette incapacité était en rapport avec la maladie de Crohn.

Le 20 novembre 2008, à l'occasion d'un entretien concernant la mesure d'aide au placement, l'assurée a indiqué qu'elle ne pouvait imaginer travailler à plus de 30 %, compte tenu notamment de l'encadrement "*très important*" demandé par les problèmes de santé de sa fille cadette de dix ans. Dans le compte-rendu relatif à cet entretien, l'office a en outre relevé ce qui suit:

"Vu la situation, Mme K._____ nous apprend être sous antidépresseur et anxiolytique. Son MT [médecin traitant], la Dresse G._____, désire l'envoyer chez un confrère psychiatre. En tous les cas, son MT la maintient en IT [incapacité de travail] pour le moment." [...]

"Mme K._____ n'a malheureusement entrepris aucune démarche, car dit-elle, elle n'a pas la force actuellement de se lancer dans pareil travail. Elle veut en parler avec son médecin et faire le point sur la situation."

[...]

"Pour le moment, nous ne pouvons rien entreprendre, ni stage, ni mesure et ceci vu l'état de santé psychique de Mme K._____. Nous allons prendre contact avec son médecin traitant afin d'avoir un peu plus d'éléments sur le point de vue médical."

L'assurée a fait l'objet d'une enquête économique sur le ménage le 20 novembre 2008. A teneur du rapport *ad hoc*, établi le 27 novembre 2008, elle ne rencontrait aucun empêchement dans ses tâches ménagères, son ami l'aidant dans une proportion raisonnablement exigible pour les gros travaux. Il était précisé que c'était avant tout le problème d'un début de dépression qui semblait le plus problématique au moment de l'entretien.

Le 21 janvier 2009, l'office a procédé au détail du calcul du salaire exigible de l'intéressée. Son revenu d'invalidé annuel 2008, fondé sur les données statistiques telles que résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2006 concernant le domaine des activités simples et répétitives dans le secteur privé (niveau de qualification 4), a été arrêté à 46'925 fr. 58, après indexation et suite à un abattement de 10 % justifié par ses limitations fonctionnelles; quant au revenu annuel sans invalidité 2008 - également fondé sur les données statistiques, les revenus effectivement réalisés par l'assurée dans le cadre de son activité étant inférieurs aux montants découlant de l'ESS -, il s'élevait à 52'139 fr. 55. Il en résultait un préjudice économique de 10 %, correspondant à l'abattement auquel il avait été procédé sur le revenu d'invalidé.

Le 22 janvier 2009, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision dans le sens du refus de la demande tendant à l'octroi à d'une rente. Il a retenu que la capacité de travail de l'intéressée dans son activité habituelle était de 50 % dès le 22 janvier 2008, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20); une pleine capacité de travail était toutefois exigible de sa part dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit ne nécessitant ni port de charges de plus de 10 kg, ni porte-à-faux, ni position statique du rachis. Reprenant les montants des revenus avec et sans invalidité tels qu'arrêtés dans le détail du calcul du salaire exigible mentionné ci-dessus, respectivement le préjudice économique de 10 % découlant de leur comparaison, l'office a conclu que le droit à une rente n'était pas ouvert.

L'assuré s'est déterminée sur ce projet de décision par écriture du 21 février 2009, relevant en premier lieu avoir déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité non afin d'obtenir une rente, mais bien plutôt "*pour ne pas perdre [s]on emploi actuel*"; elle indiquait par ailleurs avoir augmenté son temps de travail avant l'apparition de son hernie discale, et produisait à cet égard ses fiches de salaire relatifs aux mois d'avril 2006 à janvier 2007. L'intéressée, qui soulignait le caractère parfois insupportable des douleurs dont elle souffrait depuis plus d'une année et demi, et mentionnait être "*en traitement pour dépression*", concluait implicitement au réexamen de son cas.

Par décision du 27 février 2009, l'OAI a confirmé mot pour mot son projet de décision du 22 janvier 2009, dans le sens du refus de la demande de rente. Par courrier adressé le même jour à l'assurée, l'office a indiqué que les arguments développés dans son opposition du 21 février 2009 n'apportaient aucun élément susceptible de remettre en cause le bien-fondé de sa position. Il était précisé que l'intéressée bénéficiait d'une aide au placement.

Dans un rapport final du 3 mars 2009, la division de l'OAI en charge de l'aide au placement a relevé ce qui suit:

"Nous vous informons que nous mettons fin à notre mandat d'aide au placement. Effectivement, notre assurée, lors de notre dernière entrevue, nous a rendu attentifs sur son incapacité de travail et ceci en raison de son état de santé. Madame K._____ est allée, ces derniers jours, faire quelques examens supplémentaires, dont une IRM [imagerie par résonance magnétique], qui aurait décelé trois hernies cervicales. Apparemment, le MT de notre assurée, la Dresse G._____, nous renseignera à ce sujet. Pour le moment, ce même médecin maintient notre assurée en IT à 100 % (durée indéterminée)."

Par communication du 13 mars 2009, l'office a informé l'assurée qu'il était mis fin, avec son accord, à l'aide au placement.

B. K._____ a formé recours devant le Tribunal cantonal contre la décision du 27 février 2009 par acte du 27 mars 2009, concluant

implicitement à son annulation avec pour suite le réexamen de son dossier. L'intéressée, qui indiquait être en arrêt maladie depuis le 29 septembre 2008, a notamment fait valoir ce qui suit:

"Au début j'ai fait une demande à l'office AI pour ne pas perdre mon emploi actuel.

Pour voir ce qu'ils pouvaient conseiller à mon employeur, et mon chef, vu que j'ai dû baisser énormément mes heures en rapport à mon état de santé.

Et là de toutes manières je ne peux plus être présente à mon travail car ma santé guide ma vie!

Je suis vite fatiguée, toujours mal au dos et la douleur se poursuit, jusque dans la fesse et la jambe gauche, au ventre, et depuis quelques temps mal à la nuque et l'épaule ainsi que le bras droit jusqu'au coude. Je suis allée passer une IRM et l'on a découvert que j'ai 3 hernies discales cervicales et de l'arthrose dans la nuque."

[...]

"Et tout cela a fait que je suis aussi en dépression et en traitement sous médicaments."

La recourante mentionnait le nom des différents médecins qui la suivaient actuellement, soit en particulier, s'agissant de son atteinte sur le plan psychique, la Dresse O. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Dans sa réponse du 6 juillet 2009, l'office a estimé que les éléments avancés par la recourante à l'appui de son recours n'étaient pas de nature à remettre en cause le bien-fondé de sa décision, et conclu au rejet du recours. Concernant en particulier les atteintes à la santé psychique alléguée, il était relevé ce qui suit:

"S'agissant de la dépression dont la recourante affirme souffrir, elle n'est attestée par aucun rapport médical, et ne peut manifestement pas être telle que la mise à profit de sa capacité de travail résiduelle ne puisse plus être raisonnablement exigée d'elle ou qu'elle serait insupportable pour la société."

La recourante a répliqué par écriture du 9 octobre 2009, relevant qu'elle avait informé l'office de son suivi psychiatrique dans son opposition du 21 février 2009 déjà; elle s'étonnait dès lors que son psychiatre traitant n'ait pas été interpellé par l'OAI, à l'instar des autres médecins assurant son suivi. Etaient annexées les pièces médicales suivantes:

- Un certificat médical établi le 8 octobre 2009 par le Dr T._____, dont il résulte que, au vu de ses problèmes rachidiens et cervicaux, l'état de santé actuel de l'assurée contre-indiquait absolument le port de charges lourdes, les stations debout prolongées ainsi que les efforts physiques.

- Un certificat médical établi le 9 octobre 2009 par la Dresse G._____, laquelle relevait la présence de "*douleurs abdominales associées à un syndrome inflammatoire biologique*" - dont l'origine restait peu claire malgré les investigations entreprises et qui devaient être poursuivies, en collaboration avec le Dr P._____ -, de troubles psychologiques pour lesquels un suivi et une psychothérapie étaient en cours auprès de la Dresse O._____, ainsi que d'un très probable syndrome douloureux chronique, enfin de douleurs lombaires et cervicales, dont une cure de hernie lombaire faisant l'objet d'un suivi auprès du Dr T._____; selon la Dresse G._____, la capacité de travail de l'intéressée s'en trouvait "*évidemment réduite*".

- Une attestation non datée établie par la Dresse O._____, qui indiquait suivre la recourante depuis le 22 janvier 2009 pour un état anxio-dépressif, précisant que, compte tenu de son atteinte, elle avait besoin d'une "*thérapie intense*" (suivi psychothérapeutique et traitement médicamenteux), pour une durée indéterminée; selon ce psychiatre, une incapacité de travail de 40 % était justifiée sur le seul plan psychique.

Dans sa duplique du 3 novembre 2009, l'OAI a indiqué qu'au vu des nouvelles pièces médicales produites par la recourante, il apparaissait nécessaire de compléter l'instruction médicale, en interpellant les Dresses O._____ et G._____.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), le recours a été déposé en temps utile. Il satisfait en outre manifestement aux exigences de recevabilité, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sans se prononcer plus avant sur les conditions de forme prévues par la loi.

2. La recourante reproche en substance à l'OAI d'avoir rendu sa décision sans tenir compte globalement de son état de santé.

a) Aux termes de l'art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin.

Selon l'art. 57 al. 1 LAI, il appartient notamment aux Offices de l'assurance-invalidité d'évaluer l'invalidité et l'impuissance des assurés (let. f), ainsi que de rendre les décisions relatives aux prestations de l'assurance-invalidité à leur servir (let. g).

b) En vertu du droit cantonal (cf. art. 61, 1^{ère} phrase, LPGA), celui qui recourt au Tribunal cantonal peut invoquer la violation du droit, y compris l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation (art. 98 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]), ainsi que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (art. 98 let. b LPA-VD).

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, notamment lorsque, en

raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait, ou encore si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier. A l'inverse, le renvoi à l'autorité administrative 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 (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3 et les références).

c) En l'espèce, la contestation porte sur le refus de prestations fondées sur l'existence d'une invalidité (cf. art. 4 ss LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). En vertu du droit fédéral (art. 8 al. 1 LPGA, en relation avec l'art. 4 al. 1 LAI), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Dans le cas particulier, l'incapacité de gain doit être appréciée en fonction de l'ensemble des atteintes, tant sur le plan physique que psychique, présentées par la recourante. Or, il est constant que les répercussions des troubles sur le plan psychique, troubles dont l'existence est attestée par un spécialiste dans le domaine concerné (attestation non datée de la Dresse O._____, produite par la recourante à l'appui de sa réplique du 9 octobre 2009), n'ont pas fait l'objet d'un examen détaillé, et n'ont aucunement été prises en considération dans la décision contestée. L'OAI déclare au demeurant sans équivoque, dans sa dernière écriture, qu'il apparaît nécessaire de compléter l'instruction médicale du dossier, notamment en interpellant ce psychiatre. Ainsi, cet office admet que des éléments d'ordre médical, évoqués dans des certificats dont la valeur probante n'est à ce stade pas discutée, sont susceptibles d'être pris en considération dans le cadre de la décision sur la demande de prestations déposée en avril 2008.

Aucun élément au dossier ne permet de considérer que, contrairement à l'avis de la recourante et de l'OAI, l'autorité de céans

serait à même de statuer en l'état. Au contraire, il apparaît clairement que le grief de constatation inexacte ou incomplète des faits est bien fondé.

d) Il convient de relever que les troubles présentés par la recourante sur le plan psychique ne sont pas constitutifs, dans le cas d'espèce, d'un "fait nouveau", dont l'OAI n'aurait eu connaissance qu'après avoir rendu sa décision. Bien plutôt, l'existence des troubles en cause était déjà relevée dans le compte-rendu de l'entretien concernant l'aide au placement du 20 novembre 2008, l'auteur de ce compte-rendu indiquant qu'aucun stage ni aucune mesure ne pouvaient être entrepris en l'état, compte tenu précisément de l'état psychique de l'assurée, et estimant qu'il convenait d'interpeller la Dresse G. _____ à cet égard. De même, il résulte du rapport établi le 27 novembre 2008 suite à l'enquête économique sur le ménage de l'intéressée que c'était *"avant tout le problème d'un début de dépression [...] qui sembl[ait] le plus problématique au moment de [l']entretien"*. Enfin, dans ses déterminations sur le projet de décision du 22 janvier 2009, la recourante a expressément indiqué être en traitement pour dépression. Dans ces conditions, l'OAI était tenu d'investiguer la question des répercussions de l'atteinte psychique présentée par l'assurée sur sa capacité de gain, et ce avant de se prononcer sur son droit aux prestations; la remarque de l'office dans sa réponse du 6 juillet 2009, selon laquelle la dépression dont l'intéressée affirmait souffrir ne pouvait *"manifestement pas être telle que la mise à profit de sa capacité de travail résiduelle ne puisse plus être raisonnablement exigée d'elle ou qu'elle serait insupportable pour la société"*, tient à l'évidence de l'arbitraire dans le cas d'espèce, dès lors qu'elle n'est fondée sur aucun élément médical.

Le caractère lacunaire de l'instruction étant en conséquence directement imputable à l'intimé, et dès lors qu'il appartient au premier chef à l'OAI d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), il convient, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. consid. 2b *supra*), d'admettre le recours pour le motif que l'on vient d'exposer, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'il en complète l'instruction et rende une nouvelle décision. Dans le cadre du complément

d'instruction, l'office investiguera par ailleurs, dans toute la mesure requise, également l'évolution des atteintes présentées sur le plan somatique par la recourante, en particulier s'agissant des éventuelles répercussions sur sa capacité de gain des trois hernies cervicales documentées par un examen par IRM, lequel est mentionné dans le rapport final établi le 3 mars 2009 par la division en charge de l'aide au placement de l'OAI; il réexaminera ensuite la pertinence de la mise en œuvre de mesures professionnelles, respectivement d'une aide au placement, dans le cas de l'assurée, avant de rendre une nouvelle décision fondée sur une évaluation globale du cas.

3. Il résulte de ce qui précède que le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il en complète l'instruction, au sens des considérants, et rende une nouvelle décision.

4. a) A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe général de 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches publics, comme les OAI (art 54 ss LAI).

Il n'y a dès lors pas lieu de percevoir des frais de justice à la charge de l'intimé. L'avance de frais effectuée par la recourante, par 400 fr., lui sera par ailleurs restituée.

b) Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la recourante ayant procédé seule (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 27 février 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et l'affaire renvoyée à cet Office pour qu'il complète l'instruction, au sens des considérants, et rende une nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- K. _____, à [...];
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à 1800 Vevey;
- Office fédéral des assurances sociales, à 3003 Berne;

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 fédérale 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 :