

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 janvier 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Perdrix et Mme Feusi, assesseurs
Greffière: Mme Favre

Cause pendante entre :

S. _____, à Lausanne, recourante,

et

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

Art. 4 al. 1; art. 28 al. 2 LAI; art. 7; art. 8; art. 16 LPG

E n f a i t :

A. **a)** S._____ (ci-après: l'assurée), née le 19 juillet 1969, veuve et mère d'un enfant majeur, travaillait en tant que serveuse auprès de la K._____ depuis le 1^{er} juin 2004. En arrêt de travail depuis le 6 mai 2009, elle a déposé le 17 juin 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes, tendant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

b) Dans un rapport médical du 18 juillet 2009 adressé à l'OAI, le Dr L._____, spécialiste FMH en médecine générale à Lausanne et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'arthropathie de l'épaule droite, d'arthropathie du coude droit, d'arthropathie tarso-métatarsienne et de connective mixte. Selon ce praticien, l'activité de serveuse n'était plus exigible.

c) Dans un rapport médical du 29 octobre 2009 adressé à l'OAI, la Dresse O._____, chef de clinique au Service de rhumatologie du CHUV, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de rhumatisme inflammatoire chronique, de carence en vitamine D découverte en 2009 et d'hyperlaxité ligamentaire. Selon cette praticienne, l'incapacité de travail était totale dans l'activité de serveuse.

d) Constatant que les rapports médicaux susmentionnés ne renseignaient pas sur les limitations fonctionnelles exactes ni sur la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée, le Dr F._____ a proposé dans un avis médical SMR du 23 novembre 2009 de convoquer l'assurée pour un examen clinique rhumatologique au SMR.

Cet examen a été effectué le 18 janvier 2010 par le Dr P._____, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et rééducation. Le rapport de ce spécialiste, daté du 5 février 2010, contient une anamnèse (p. 1), un résumé du dossier médical (p. 2),

la description des plaintes actuelles de l'expertisée (p. 2-3), le status général, neurologique et ostéoarticulaire (p. 4-5), l'analyse du dossier radiologique (p. 5), les diagnostics (p. 5) et une appréciation circonstanciée du cas (p. 5-8). Il en ressort en particulier ce qui suit :

"Diagnostics

- avec répercussion durable sur la capacité de travail
- Oligoarhtrite non érosive d'étiologie non précisée M13.0
- sans répercussion sur la capacité de travail
- Rachialgies communes non-déficitaires.

Appréciation du cas

Lors de l'entretien, Madame S._____ décrit une amélioration des douleurs du pied G, après une charge partielle avec deux cannes anglaises pendant 2 mois, associée à un traitement de [...] et d'anti-inflammatoires. Initialement, l'assurée ne pouvait pas rester 5 minutes debout, en position statique. L'assurée dit avoir commencé à s'améliorer en septembre 2009 et être beaucoup mieux depuis 2 mois.

Madame S._____ décrit des polyarthralgies des 4 membres, prédominant à D, l'assurée décrit également des tuméfactions du poignet D, du genou D, de la cheville D et du pied G, de fréquence non-quantifiable. En 1 jour, l'articulation dégonfle sous traitement anti-inflammatoire, l'assurée n'a jamais eu de ponction. Parallèlement à ces polyarthralgies périphériques, l'assurée dit avoir des problèmes cervicaux et lombaires depuis environ 6-7 ans, d'allure mécanique, la gênant en flexion du tronc ou si elle est assise au-delà de 1 heure. Madame S._____ n'annonce pas spontanément des sécheresses oculaires ou buccales orientant vers un syndrome de Sjögren. Madame S._____ a vu 2 fois la Dresse O._____ en 2009, doit la revoir en février 2010.

L'assurée fait seule son ménage pour un appartement de 3 pièces, le fractionne.

Elle prend quotidiennement un traitement de fond de [...] depuis environ 1 année, ainsi qu'un traitement quotidien d'anti-inflammatoires et de contre-douleurs.

L'examen clinique montre une assurée en bon état de santé générale, n'ayant pas de comportement algique, sa vitesse de marche est normale, sans boiterie, elle tolère sans difficultés la station assise pendant les 50 minutes de l'entretien, les transferts sont aisés, de même que le déshabillage et l'habillage. L'assurée utilise symétriquement ses 4 membres.

L'examen de médecine interne est sp [réd. : sans particularité].
L'examen neurologique exclut une atteinte radiculaire.

L'examen articulaire périphérique ne montre aucun signe d'arthrite. Nous avons 9 points de Smythe positifs sur 18 pour une composante de type fibromyalgique. La mobilité de toutes les articulations périphériques est complète, hormis la rotation interne de l'épaule D qui est légèrement limitée avec distance pouce-C7 de 25 cm à D contre 11 cm à G. L'examen de l'épaule D ne permet pas d'orienter vers une tendinopathie spécifique, il n'y a pas d'épanchement; l'examen de l'épaule évoque un possible conflit sous-acromial D. L'examen des poignets, des mains, comme mentionné plus haut, ne montre pas d'arthrite, la mobilité est complète, la mise sous tension de la 1^{ère} coulisse digitale est douloureuse à D, sans éléments inflammatoires et sans signes francs pour une tendinite de De Quervain.

Au niveau des genoux, la mobilité est complète avec une subluxation de la rotule en flexion, il n'y a pas d'épanchement, la palpation de [...] ne permet pas d'orienter vers une atteinte d'un compartiment.

Au niveau des pieds, l'assurée n'a plus de tuméfaction, la palpation est diffusément douloureuse au niveau du métatarse et du tarse,

prédominant à G, la mobilisation du Lisfranc est douloureuse ddc [réd. : des deux côtés], prédominant à G. En reprenant les articulations du Lisfranc du côté G, la palpation est plus douloureuse sur le 1^{er} rayon et non sur le 3^e rayon, siège de la monoarthrite à l'IRM.

Sur le plan fonctionnel, l'assurée est capable de marcher sur la pointe des pieds, elle n'a plus de boiterie à la marche, sa vitesse de marche est normale. L'assurée n'a pas d'amyotrophie de décharge de son MIG.

Au niveau du rachis, l'assurée a une légère hyper-lordose, une mobilité complète du rachis lombaire. La palpation du rachis est douloureuse, de façon multi-étagée, sur tout le rachis dorso-lombaire, s'étendant jusqu'au sacrum, sans contracture musculaire.

Au niveau cervical, l'assurée a une mobilité complète avec une douleur de l'insertion de l'angulaire de l'omoplate, sur le côté D de l'épaule, une douleur à la palpation cervicale moyenne et basse du côté D, il n'est pas exclu qu'il existe une discopathie débutante à ce niveau. La mobilité spontanée et la mobilité mesurée excluent un syndrome rachidien.

L'assurée vient avec comme seul document radiologique, l'IRM de son pied G du 26.03.2009. L'examen met en évidence une monoarthropathie cunéo-métatarsienne du 3^e rayon, non-spécifique. Le radiologue pose un diagnostic différentiel entre un status post-traumatique ou une arthropathie d'origine goutteuse. A lui seul, cet examen ne permet pas de poser un diagnostic précis.

Mme S._____ est vue par le Dr D._____, médecin conseil de l'APG, le 25.1.10 (une semaine après l'examen rhumatologique effectué au SMR), l'assurée n'ayant pas mentionné aux deux assurances sa double convocation. Le Dr D._____ nous fournit son expertise et le concilium attendu de la Dresse O._____ du 19.10.2009.

Le concilium du 19.10.09 de la Dresde O._____ se basant sur deux consultations 31.8 et 1.10.09 permet de confirmer le rhumatisme inflammatoire avec à sa première consultation une synovite du poignet droit, à sa deuxième consultation une légère synovite de la 3^e MTP gauche.

En prenant l'atteinte objectivée à l'IRM du 26.3.09 il s'agit d'une oligoarthrite (moins de quatre articulation), objectivement 3 articulations, ayant présenté des signes d'arthrite. Les investigations complémentaires sont rassurantes avec l'absence de syndrome inflammatoire sanguin (VS, CRP, formule sanguine normales), la recherche des anti-CCP pour une polyarthrite rhumatoïde négative des radiographies standards des mains, des pieds, des sacro-iliaques demandées par la rhumatologue sont décrites normales. Le compte-rendu de la prise de sang du 20.04.2009, transmis par le Dr L._____, est peu spécifique avec des anticorps SS-A/Ro à des valeurs limites, le titrage des anticorps anti-nucléaires, a également à une valeur limite à 1/160. La connective mixte ou le lupus n'est pas confirmé.

En arrière plan l'assurée présente, de longue date, des douleurs diffuses comme le montre la consultation du 21.02.2008 du Dr W._____, du service d'orthopédie; il est fait mention lors de la consultation de douleurs, à quasi toutes insertions musculaires, cervicales, dorsales, thoraciques et scapulaires et du bras D. Ces douleurs diffusent ne peuvent être attribué[es] au rhumatisme inflammatoire débutant. L'examen clinique de ce jour retrouve une diminution du seuil de tolérance à la palpation avec comme mentionné plus haut, 9 points de Smythe positifs sur 18.

Lors de son expertise du 25.1.2010 le Dr D._____ n'objective pas d'arthrite ou de synovite. Il retient comme diagnostics un syndrome douloureux chronique d'origine multifactorielle, des oligo-arthrite anamnestiques d'origine peu claire, un état anxio-dépressif léger. La palpation de tous les points de fibromyalgie est positif. Le Dr D._____ retient une IT totale dans l'activité de serveuse étant donné la position debout prolongée au travail; il retient des limitations fonctionnelles cohérentes avec un rhumatisme

inflammatoire (pas de port de charge lourdes, l'alternance de position, activité manuelle légère) et retient une exigibilité complète immédiate dans une activité adaptée.

Notre avis rejoint celui du Dr D. _____ (LF, CT exigible) si ce n'est qu'il y a lieu de faire la part des choses entre le syndrome douloureux chronique retenu comme non incapacitant et le rhumatisme inflammatoire.

En ce qui concerne l'hyper-laxité ligamentaire, nous la confirmons avec un score Beighton de 4/6. Madame S. _____ a toujours fonctionné avec cette hyper-laxité, elle n'a pas de troubles dégénératifs secondaires, nous retenons l'hyperlaxité comme non-incapacitante.

Limitations fonctionnelles

Rhumatisme inflammatoire: pas de travaux de force, pas de port de charges au-delà de 10 kg (charges légères), pas de marche sans s'arrêter au-delà de 1 km, pas de position debout prolongée ou statique au-delà de 30 mn, pas de position assise statique au-delà de 60 mn ; pas d'exposition au froid ou à l'humidité prolongée ; pas de rendement imposé.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Incapacité de travail initiale de 100% depuis le 06.05.2009

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Il est resté stationnaire dans l'activité de serveuse dans un restaurant nécessitant un travail debout prolongé.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance du rhumatisme inflammatoire. Dans une activité physiquement légère respectant les LF décrites, l'exigibilité est complète à distance des investigations et une fois le cas stabilisé

sous traitement de fond. C'est le cas lors de la 2^e consultation du 1^{er} octobre 2009 de la Dresse O._____."

e) Entre-temps, la caisse-maladie [...], assureur perte de gain maladie de l'assurée, avait mandaté le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine interne, pour une expertise indépendante qui a été effectuée le 25 janvier 2010. Le rapport de ce spécialiste, daté du 1^{er} février 2010, contient une anamnèse et un résumé du dossier médical (p. 1-3), la description des plaintes actuelles de l'expertisée (p. 3-4), le status clinique (p. 4), les diagnostics et l'appréciation du cas (p. 5-6) ainsi que les réponses aux questions (p. 6-7). Il en ressort en particulier ce qui suit :

"Appréciation du cas

1. Diagnostics:

- Syndrome douloureux chronique d'origine multifactorielle.
- Oligo-arthrites anamnestiques (pied gauche et main droite) d'origine peu claire.
- Etat anxio-dépressif léger

Appréciation de la maladie

Mme S._____ souffre d'un syndrome douloureux chronique, qui avait déjà motivé un premier concilium rhumatologique en 2006. Certains éléments tendent à faire soupçonner un processus inflammatoire, mais l'importance de cette deuxième maladie reste incertaine.

Au départ, ce processus inflammatoire est uniquement documenté par une IRM au pied gauche (le radiologue diagnostique une "mono-arthropathie" de l'articulation cunéo-métatarsienne). Cette inflammation n'est cependant pas démontrée par une prise de sang, puisqu'il n'y a pas de dosage de la vitesse de sédimentation ou de la CRP en avril 2009. Le médecin traitant a constaté des anticorps anti-nucléaires discrètement élevés mais ceci ne prouve pas l'inflammation et il est impossible aujourd'hui de confirmer ou d'écarter une arthrite au pied gauche (l'IRM est utile pour localiser

une douleur mais elle élucide rarement la nature du processus). Mme S._____ décrit par ailleurs un “gonflement” intermittent des poignets ou des chevilles, mais cette plainte est banale dans les syndromes douloureux chronique[s] et souvent elle ne correspond pas à une arthrite. La Dresse O._____ décrit cependant une probable synovite du poignet droit lors de son examen de août 2009, et elle diagnostique un “rhumatisme inflammatoire chronique” qui est mal défini et qui touche de rares articulations d’une manière asymétrique. Le bilan sanguin fait au CHUV n’a pas trouvé de syndrome inflammatoire mais la patiente prenait déjà du [...] et il reste donc de gros doutes sur cette éventuelle maladie rhumatismale auto-immune.

Le syndrome douloureux chronique est ancien puisque Mme S._____ a déjà vu un rhumatologue en 2006 pour ce problème. Il existait alors des douleurs et un oedème au poignet et au coude droit, mais le consultant soulignait leur caractère non spécifique en minimisant les diagnostics du radiologue (sur l’IRM du coude droit). Cette attitude est logique car les constatations de l’imagerie ne doivent pas faire oublier les données cliniques. Ce problème se répète en 2009, puisque il y a une plainte d’arthralgies généralisées qui ont peu de répercussion objective et qui persistent malgré le traitement. Ces douleurs multiples s’associent à un tableau qui pourrait correspondre à une fibromyalgie mais ce diagnostic nécessite d’exclure toute maladie inflammatoire, et nous sommes ainsi renvoyés à l’incertitude initiale. Je note que le handicap annoncé contraste avec la mobilité conservée de la totalité des articulations (y compris le coude décrit comme anormal à l’IRM). On peut supposer l’existence initiale d’un problème douloureux local, puis d’un processus de chronification qui [a] entraîné une généralisation des plaintes (c’est l’évolution classique du trouble somatoforme douloureux). La part des choses est maintenant difficile à faire, et les rhumatologues du CHUV ont pour cette raison décidé de revoir Mme S._____ en continuant le [...] (traitement de fond de certaines maladies rhumatismales chroniques). Cette attitude semble logique et seule l’évolution clinique permettra de confirmer ou d’exclure une maladie inflammatoire.

Sur le plan thérapeutique, Mme S. _____ prend actuellement un coxibe ([...]), et un antalgique simple ([...]) en plus du [...]. Je ne vois pas d'autre mesure utile actuellement. Une physiothérapie active a été entreprise et la patiente n'en est pas satisfaite, mais il reste essentiel de maintenir la mobilité et les exercices afin d'éviter l'apparition d'un phénomène de déconditionnement.

Sur le plan psychique, la patiente admet certaines tendances dépressives, alors que l'interrogatoire systématique retrouve quelques symptômes légers, qui restent à l'arrière-plan des plaintes douloureuses. Elle se montre plutôt énergique et active dans la vie quotidienne et les troubles de l'humeur semblent associés au syndrome douloureux chronique. Un traitement anti-dépresseur ne me semble pas nécessaire dans l'immédiat, mais cette option devra être réévaluée par le médecin traitant.

2. Appréciation de l'incapacité de travail:

Mme S. _____ travaille comme serveuse dans un restaurant (elle exerçait auparavant cette fonction à la cantine d'un EMS). Ce travail demande d'être debout toute la journée, de marcher de façon constante, et de porter des charges légères à moyennes avec les deux bras. Il ne comporte pas de charges lourdes ni de positions fixes.

Au départ, Mme S. _____ se plaignait de douleurs du pied gauche réveillées par la station debout ou la marche. La suspicion d'une arthrite média-tarsienne pouvait justifier la mise au repos du pied et ceci a entraîné logiquement un arrêt de travail complet. Comme les symptômes douloureux et la suspicion d'inflammation ont persisté plusieurs mois, l'incapacité initiale s'est prolongée en conséquence.

A partir de l'été 2009, l'incapacité a été entretenue par la coexistence de douleurs multiples (essentiellement le membre supérieur droit et le pied gauche) ainsi que par les difficultés thérapeutiques. Les rhumatologues du CHUV ont finalement proposé une annonce à l'AI pour un reclassement professionnel, afin d'éviter les charges sur le pied gauche et le membre supérieur droit. Cette

décision est compréhensible, au vu des incertitudes du bilan rhumatologique et la patiente est actuellement dans l'attente d'une décision de l'Al.

Lors de mon examen, les douleurs du pied gauche paraissent peu intenses et je note qu'elles handicapent peu la vie quotidienne, puisque Mme S. _____ sort souvent pour faire des commissions et qu'elle assume son ménage. Elle annonce cependant [que] le pied devient douloureux après 30 min de marche et il semble logique de reconnaître qu'une profession de serveuse n'est plus adéquate. J'admets donc une incapacité définitive dans ce métier.

Il est difficile de définir une activité idéale chez les patients qui se plaignent de douleurs chroniques généralisées. Si l'on se limite toutefois aux plaintes les plus importantes, à savoir le membre supérieur droit et le pied gauche, on peut trouver certaines activités qui restent possibles. Mme S. _____ admet d'ailleurs pouvoir accomplir des activités manuelles légères avec le bras et la main droite, et on peut récuser l'existence d'une incapacité dans tous les métiers. Un travail en position assise permet d'éviter les douleurs au pied gauche et me semble adapté. Une activité idéale devrait se faire en position assise en comportant une activité manuelle légère, en permettant un changement de position et en évitant la position debout prolongée ou le port de charge lourde.

Relevons en passant que Mme S. _____ n'a aucune formation professionnelle et qu'elle ne peut pas prétendre à un travail de gestion ou de réception. Elle souhaite un emploi de caissière dans un grand magasin, ce qui me paraît médicalement envisageable, mais je laisse à l'Al le soin d'en évaluer la possibilité pratique.

Questions

(...)

6. Quel est le degré de l'incapacité de travail dans la profession habituelle ? Quels sont vos pronostics pour une reprise du travail totale dans cette profession ?

En tant que serveuse dans un restaurant, Mme S._____ est incapable de travailler à 100%. Il est peu probable qu'elle puisse reprendre ce métier à l'avenir, même à temps partiel.

7. Du point de vue médical, quelles autres activités professionnelles seraient le[s] plus adaptées à l'assurée?

Un métier en position assise permettrait d'éviter les douleurs au pied droit et il semble adapté. Une activité idéale doit aussi éviter les charges lourdes et les efforts répétés du bras droit.

8. Quelle caractéristique une telle activité adaptée doit-elle avoir ?

Une activité adaptée doit permettre la position assise avec des changements intermittents de positions. Il faut également une activité manuelle légère des deux mains, qui évite la position debout prolongée ou le port de charge lourde.

9. Dans quelle mesure peut-on exiger de l'assurée qu'elle exerce une telle activité professionnelle (taux/temps)?

Dans le cas d'une activité idéale, une activité professionnelle à 100% peut être exigée sans attendre. "

B. **a)** Le 8 mars 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité. En substance, l'OAI a retenu que l'assurée, qui travaille depuis mars 2009 en qualité de serveuse à plein temps auprès du restaurant de la K._____ — elle exerçait auparavant cette fonction à la cantine dudit établissement depuis juin 2004 — présente une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de serveuse, mais que, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (pas de travaux de force, ni de port de charges au-delà de 10 kg, ni de déplacements au-delà d'un kilomètre, ni de station debout prolongée au-delà de 30 minutes ou assise au-delà de 60 minutes, ni d'exposition prolongée au froid ou à l'humidité, ni de rendement imposé), ce qui est le cas dans des activités industrielles légères, elle conserve une

capacité de travail de 100% depuis le 1^{er} octobre 2009. Le revenu d'invalidé doit être déterminé sur la base des données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique. En prenant comme base le salaire auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), le revenu d'invalidé en 2009 (année d'ouverture du droit éventuel à la rente) doit être fixé à 44'251 fr. 97 compte tenu d'un abattement de 15% justifié par les limitations fonctionnelles. La comparaison de ce revenu avec le revenu auquel l'assurée pourrait prétendre sans atteinte à la santé, soit 48'000 fr. par an selon les indications données par l'employeur le 3 juillet 2009, fait apparaître une perte de gain de 3'748 fr. 03 et donc un degré d'invalidité de 7.80%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

b) Le 4 mai 2010, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité dont la motivation était identique à celle du projet de décision du 8 mars 2010 (cf. lettre B.a supra), sur lequel l'assurée n'avait pas formulé d'observations.

C. a) L'assurée a recouru contre cette décision par acte du 1^{er} juin 2010. Elle reproche à l'OAI d'avoir retenu à tort qu'elle serait en capacité d'exercer à 100% une activité professionnelle adaptée moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles. Elle fait valoir que cette constatation serait contraire aux versions de ses médecins traitants qui estiment que compte tenu du rhumatisme chronique dont elle souffre, elle n'est pas en capacité d'exercer une quelconque activité à 100%. A l'appui de son recours, qui tend au « ré-examen » de la décision attaquée, elle produit une attestation du 28 mai 2010 du Dr L._____, ainsi qu'un rapport de consilium adressé le 19 mai 2010 à ce praticien par la Dresse O._____, chef de clinique au Service de rhumatologie du CHUV.

L'attestation précitée du Dr L._____ a la teneur suivante:

"Par la présente le médecin soussigné suite au suivi, aux examens effectués et à la prise en considération des rapports des spécialistes, après avoir connu la volonté de la patiente de faire opposition à la décision de l'AI [la] concernant a décidé de soutenir sa requête de réexamen de son cas.

Elle présente un trouble rhumatismal auto-immunitaire touchant plusieurs points de son système ostéoarticulaire avec une tendance claire à la péjoration raison par laquelle il est impensable qu'elle puisse avoir une activité professionnelle sauf une activité à but thérapeutique dans une activité adaptée avec un horaire réduit."

Dans son rapport médical du 19 mai 2010 précité, la Dresse O. _____ expose ce qui suit:

"Diagnostic:

- Connectivite avec atteinte probablement cutanée, articulaire et pression artérielle pulmonaire élevée
- Carence en Vitamine D
- Hyperlaxité ligamentaire

Anamnèse intermédiaire

Concernant la manifestation articulaire Madame S. _____ va bien du point de vue des douleurs inflammatoires. Par contre, elle souffre toujours de douleurs mécaniques en rapport avec son hyperlaxité ligamentaire. A noter une intolérance au traitement de fond à cause des épigastalgies chroniques mal calmées par les IPP, raison pour laquelle, je demande une gastroscopie. En effet, la patiente est bien soulagée par le [...] et le [...], mais ces deux derniers traitements entraînent des épigastalgies. (...)

Appréciation du cas:

Madame S. _____, du point de vue articulaire, est bien sous [...] et [...] concernant sa connectivite. Il n'y a pas d'indication à changer de traitement pour le moment. Par contre, pour pouvoir poursuivre

cette thérapie, il y a une indication à mieux comprendre ce qu'il se passe au niveau digestif.

(...)

Enfin, concernant les problèmes d'assurance, Madame S. _____ s'est vu refuser une prise en charge par l'AI pour une reconversion professionnelle étant donné qu'elle est capable de travailler à 100% soit disant dans une activité adaptée. Je suis d'accord qu'il faut adapter son activité professionnelle à sa maladie, mais étant donné l'état inflammatoire chronique, une activité à 100%, même dans une profession adaptée, me paraît difficile. (...) »

La recourante s'est acquittée de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

b) Dans sa réponse du 3 août 2010, l'OAI propose le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il fait valoir que l'appréciation des médecins traitants - à savoir le Dr L. _____ et la Dresse O. _____ - sur l'incapacité de travail est moins étayée et circonstanciée que le rapport d'examen clinique rhumatologique du SMR du 5 février 2010, raison pour laquelle elle n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du SMR.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les

décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile par S. _____ contre la décision rendue le 4 mai 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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 les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, le litige porte sur le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité, la recourante contestant à cet égard uniquement la capacité de travail entière dans une activité adaptée retenue par l'OAI sur la base du rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr P. _____ du 5 février 2010 (cf. lettre A.d supra) et du rapport d'expertise du Dr D. _____ du 1^{er} février 2010 (cf. lettre A.e supra).

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Pour procéder à la comparaison des revenus sans et avec invalidité, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 2c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.1).

c) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 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 125 V 351 cons. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1).

d) Par ailleurs, selon la jurisprudence, 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 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43 ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2.). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2 ; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3).

4. a) En l'espèce, la recourante a été examinée le 18 janvier 2010 par le Dr P._____, spécialiste FMH en rhumatologie ainsi qu'en médecine physique et rééducation (cf. lettre A.d supra). Le rapport de ce spécialiste, daté du 5 février 2010, se fonde sur des examens complets - comprenant notamment un examen clinique circonstancié et l'analyse du dossier radiologique - et a été établi en pleine connaissance du dossier, y compris des rapports médicaux établis par les médecins traitants de la recourante, le Dr L._____, (rapport médical du 18 juillet 2009 ; cf. lettre A.b supra) et la Dresse O._____, (rapport médical du 29 octobre 2009 : cf. lettre A.c supra), ainsi que du rapport d'expertise établi le 1^{er} février 2010 par le Dr D._____ pour la caisse-maladie [...] (cf. lettre A.e supra). Le rapport médical du Dr P._____ prend dûment en considération les plaintes de l'expertisée et décrit clairement le contexte médical ainsi que l'appréciation de la situation médicale ; enfin, ses conclusions, s'agissant de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, sont parfaitement motivées. Ce rapport médical détaillé et cohérent, qui

conclut que la recourante présente une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de serveuse, mais conserve une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de travaux de force, pas de port de charges au-delà de 10 kg, pas de marche sans s'arrêter au-delà de 1 km, pas de position debout prolongée ou statique au-delà de 30 mn, pas de position assise statique au-delà de 60 mn ; pas d'exposition au froid ou à l'humidité prolongée ; pas de rendement imposé) remplit ainsi toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra).

b) Au-delà d'une formulation quelque peu différente des diagnostics – lesquels se rapportent toutefois aux mêmes constatations objectives –, les conclusions du Dr P. _____ sont entièrement corroborées par celles auxquelles aboutit le Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine interne, au terme de l'expertise indépendante qu'il a effectuée le 25 janvier 2010 pour la caisse-maladie [...] et qui a donné lieu à un rapport d'expertise du 1^{er} février 2010 (cf. lettre A.e supra). Ce rapport d'expertise, qui repose sur un examen clinique et sur l'examen du dossier médical, contient une anamnèse et prend en compte les plaintes subjectives de l'expertise, décrit clairement l'appréciation de la situation médicale et aboutit à des conclusions convaincantes et bien motivées. A l'instar du rapport du Dr P. _____, il remplit ainsi toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra). Ses conclusions, s'agissant de la capacité de travail de la recourante, concordent entièrement avec celles du Dr P. _____, à savoir que la recourante présente une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de serveuse, mais conserve une pleine capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (activité permettant la position assise avec des changements intermittents de position, permettant une activité manuelle légère des deux mains et évitant la position debout prolongée ainsi que le port de charges lourdes).

c) Face aux appréciations parfaitement motivées et concordantes du Dr P._____ et du Dr D._____, les médecins traitants de la recourante, soit d'une part le Dr L._____, spécialiste FMH en médecine générale à Lausanne, et d'autre part la Dresse O._____, chef de clinique au Service de rhumatologie du CHUV, qui dans un premier temps ne s'étaient exprimés que sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle de serveuse (cf. lettres A.b et A.c supra), ont fait état, en vue du recours de l'assurée contre la décision de refus de rente du 4 mai 2010, de leur désaccord sur l'exigibilité médicale dans une activité adaptée retenue par l'OAI. Toutefois, ni l'attestation du 28 mai 2010 du Dr L._____ - dont le contenu, qui tient en deux paragraphes, ne satisfait nullement aux exigences de la jurisprudence (cf. consid. 3c supra) - ni le rapport médical du 19 mai 2010 de la Dresse O._____ (cf. lettre C.a supra) ne font état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'examen clinique du Dr P._____ et de l'expertise du Dr D._____ et qui seraient de nature à remettre en cause les conclusions concordantes de ces deux spécialistes (cf. consid. 3d supra). Dans ces conditions, il y a lieu de s'en tenir à l'appréciation concordante des Drs P._____ et D._____, ceux-ci ayant examiné la recourante en dehors de tout lien thérapeutique qui incline naturellement les médecins traitants à se prononcer en faveur de leurs patients. Cela se justifie d'autant plus que cette appréciation apparaît nettement mieux motivée que celle du Dr L._____, qui estime « impensable qu'elle [la recourante] puisse avoir une activité professionnelle sauf une activité à but thérapeutique dans une activité adaptée avec un horaire réduit », et que celle de la Dresse O._____, à qui « une activité à 100%, même dans une profession adaptée, [...] paraît difficile ».

d) Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, dont l'exploitation lui permettrait de réaliser un revenu excluant tout droit à une rente d'invalidité (cf. consid. 3a supra).

5. a) En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) 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 ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, qui a au demeurant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 4 mai 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Mme S. _____
- 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).

La greffière: