

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 mai 2011

Présidence de M. MÉTRAL
Juges : M. Bonard et Mme Rossier, assesseurs
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

R. _____, à Lausanne, recourante,

et

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

Art. 6 ss, 16 et 43 al. 3 LPGA; 6a al. 1 et 28 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1963, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 26 juillet 2007. Elle travaillait à l'époque comme femme de ménage pour la Clinique M._____ mais avait présenté, depuis 2005 en tout cas, plusieurs périodes d'incapacité de travail. Dès le mois de janvier 2007 ces incapacités de travail sont devenues plus rapprochées, variant de 50 à 100 %, mais entrecoupées de reprises du travail à 100 % pour des périodes de quelques jours à quelques semaines. Le 2 octobre 2007, son employeur a résumé comme suit les absences pour cause de maladie en 2007: 100 % du 22 janvier au 5 février, du 15 au 28 février, du 25 mars au 2 avril et du 10 au 23 avril, ainsi que du 11 au 27 juillet; 50 % du 25 septembre au 5 octobre. Dans un rapport du 11 décembre 2007, le médecin traitant de l'assurée, le Dr J._____, spécialiste FMH en médecine générale a pour sa part attesté une incapacité de travail de 50 % depuis le 22 janvier 2007, en raison de fibromyalgie invalidante, troubles somatoformes douloureux invalidants, polyinsertionite floride chronique invalidante, syndrome radiculaire L4 S1 droit sur compression discale.

B. Dans le cadre de l'instruction de la cause, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a notamment organisé, le 28 avril 2008, un examen clinique rhumatologique et psychiatrique à son Service médical régional pour la Suisse romande (ci-après: SMR). Dans un rapport du 14 mai 2008, les Drs Q._____ et A._____ ont posé les diagnostics de rachialgies communes (M54.9), syndrome rotulien bilatéral (M22.4), troubles statiques plantaires (M21.4), fibromyalgie et excès pondéral. Ils ont constaté une capacité résiduelle de travail de 50 % dans l'activité habituelle, et de 100 % dans une activité adaptée. Il convenait que l'assurée puisse alterner deux fois par heure les positions assise et debout, qu'elle ne soit pas tenue de soulever régulièrement des charges d'un poids excédant 7 kg, ni de porter régulièrement des charges excédant 12 kg, et qu'elle puisse éviter le

travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Le travail contre résistance avec les membres supérieurs de manière répétitive à plus de 60° de flexion et/ou d'abduction des épaules, ainsi qu'à genou, ou imposant des genuflexions répétées ainsi que des déplacements réguliers dans des escaliers, escabeaux ou échelles était également proscrit.

C. Dès le mois d'octobre 2008, l'assurée a demandé des prestations de l'assurance-chômage. A partir du 9 mars 2009, l'OAI l'a mise au bénéfice d'une aide au placement. Le 18 juillet 2009, toutefois, elle a informé ce dernier du fait que du point de vue de l'assurance-chômage, elle n'était plus reconnue apte au placement depuis le 14 juillet 2009. Le 12 octobre 2009, l'OAI a mis fin à la mesure d'aide au placement et a demandé à l'assurée de lui communiquer un rapport de son médecin traitant. Le 30 octobre suivant, il a communiqué à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité. Selon ce projet de décision, l'assurée pouvait encore réaliser, dans une activité adaptée aux limitations décrites par les Drs Q._____ et A._____ dans leur rapport du 14 mai 2008, un revenu de "46'925 fr. 58". Il résultait d'une comparaison de ce revenu avec celui qu'elle aurait pu réaliser en continuant son activité à plein temps pour la Clinique M._____, correspondant à 49'503 fr. 95, qu'elle présentait un taux d'invalidité inférieur au seuil de 40 % ouvrant droit à une rente.

D. L'assurée a contesté ce projet de décision en produisant notamment un rapport établi le 6 juillet 2009 par le Dr P._____, médecin-conseil du Service de l'emploi de [...]. Selon ce rapport, l'assurée a présenté une incapacité de travail totale dès le 23 juin 2009, pour une durée prévisible de six mois. Le Dr P._____ ajoutait la soutenir dans sa demande à être placée dans un atelier protégé. L'assurée a également produit une "carte maladie" remplie à la demande d'un assureur privé par le Dr J._____ et dont il ressort que ce médecin a attesté une incapacité de travail totale dès le 23 juin 2009 pour une durée indéterminée, mais se prolongeant en tout cas jusqu'au 28 octobre 2009.

Le 30 novembre 2009, l'OAI a demandé au Dr J._____ d'établir un rapport relatif à l'état de santé de sa patiente. Celle demande est restée

vaine, malgré deux rappels des 23 février et 23 mars 2010. Le 4 mai 2010, l'OAI a exposé à l'assurée qu'il ne parvenait pas à obtenir de rapport du Dr J._____. Le 12 mai suivant, il demandait à nouveau au Dr J._____ de lui remettre un rapport ou d'expliquer les raisons pour lesquelles il n'était pas en mesure de le faire. Le 14 juillet 2010 finalement, le Dr J._____ a téléphoné à l'OAI. La notice téléphonique établie le jour même par son interlocuteur indique:

"Le Dr J._____ m'appelle pour le dossier de sa patiente qui se trouve en face d'elle [recte: de lui], et aussi pour le dossier du fils de l'assurée et il m'informe qu'il me faut lancer la décision suite au préavis du 30.10.2009, il ne va pas établir de nouveau rapport ou courrier, préfère passer au Tribunal, même s'il y a des frais (pas de problème selon lui)."

Par décision du 14 juillet 2010, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée, pour les motifs déjà exposés dans le projet de décision du 30 octobre 2009. Il précisait également qu'il n'avait pas pu obtenir de nouveau rapport médical du Dr J._____ et que celui-ci avait annoncé par téléphone qu'il n'apporterait pas d'autre élément médical que ceux figurant dans son rapport de décembre 2007. De plus, le médecin-conseil du Service de l'emploi n'avait attesté qu'une incapacité de travail temporaire, sans autre précision.

E. R._____ interjette un recours de droit administratif contre cette décision, en date du 11 août 2010, au motif que "[son] état de santé s'est [...] énormément péjoré les derniers mois (voir avec le Dr. J._____)".

Dans sa réponse du 1^{er} novembre 2010, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud conclut au rejet du recours, en se référant au rapport des Drs Q._____ et A._____ du 14 mai 2008 et en soulignant que la recourante n'avait produit aucun document probant à l'appui de ses allégations.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, 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). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Aux termes de l'art. 79 LPA-VD (par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), l'acte de recours doit être signé et indiquer les conclusions et les motifs du recours. La décision attaquée est jointe au recours (cf. également art. 61 let. b LPGA). En l'espèce, le recours est à la limite de la recevabilité. Mais bien que la recourante se soit limitée à annoter la décision litigieuse d'une seule phrase, on comprend qu'elle allègue une péjoration de son état de santé justifiant désormais l'octroi d'une rente d'invalidité. On comprend également que d'après la recourante, la décision litigieuse ne prend pas en considération la péjoration alléguée et que la production d'un rapport médical par le Dr J. _____ est demandée, à titre de mesure d'instruction. Il convient par conséquent d'entrer en matière sur le recours.

2. Le litige porte en l'espèce sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- Sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;

- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Cette définition de l'invalidité implique, pour une personne qui exercerait une activité lucrative à plein temps si elle n'était pas atteinte dans sa santé, de comparer le revenu qu'elle pourrait obtenir dans cette activité ("revenu hypothétique sans invalidité") avec celui qu'elle pourrait réaliser en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ("revenu d'invalide"); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4).

3. L'intimé a nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité en se référant, pour l'essentiel, à la capacité résiduelle de travail attestée par les Drs Q. _____ et A. _____ en date du 14 mai 2008. Le rapport établi par ces médecins est probant. Il permet de constater que la recourante disposait à l'époque d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, telle que décrite dans le rapport en question. Cette capacité de travail permettait à la recourante de réaliser un revenu de l'ordre de 47'000 fr. en 2008. Il ressort d'une comparaison avec le revenu que la recourante aurait pu réaliser à la même époque, sans atteinte à la santé, dans son ancienne activité professionnelle, soit un revenu de l'ordre de 50'000 fr., que le seuil de 40% d'invalidité ouvrant droit à une rente n'était pas atteint. Il n'y a pas lieu de revenir sur ces différents aspects de

la décision litigieuse, qui ne prêtent pas flanc à la critique et que la recourante ne conteste d'ailleurs pas.

4. a) La décision litigieuse ne porte pas uniquement sur le droit à la rente courant jusqu'à la date du rapport établi par les Drs Q._____ et A._____. Depuis ce rapport, plus de deux ans se sont écoulés jusqu'à la décision de refus de prestations du 14 juillet 2010. La recourante allègue une péjoration de son état de santé survenue pendant ces deux ans et a produit un rapport du 6 juillet 2009 du Dr P._____, dans lequel celui-ci constate une incapacité de travail totale depuis le 23 juin 2009, certes pour une durée probablement limitée à six mois. Dans le même temps, le Dr J._____ a attesté une aggravation de l'incapacité de travail de la recourante, qui aurait passé de 50 % à 100 % pour une durée indéterminée, mais qui a duré en tout cas du 23 juin au 28 octobre 2009. Pour la période postérieure, on ne dispose plus de renseignements médicaux, en raison notamment d'un manque de collaboration du médecin traitant de la recourante. Le Dr J._____ n'a en effet jamais donné suite aux demandes réitérées de l'intimé d'établir un rapport médical, jusqu'à son téléphone du 14 juillet 2010 à un collaborateur de l'intimé. Selon le compte-rendu écrit de cet entretien, ce médecin a déclaré ce jour là qu'il n'établirait pas de nouveau rapport ou courrier et qu'il préférerait "passer au tribunal".

b) Il appartient prioritairement à l'intimé - et non à l'instance judiciaire de recours - d'instruire la cause en requérant notamment la collaboration du médecin traitant de la personne assurée, quoique puisse en penser ce dernier. Le médecin traitant auquel s'est référé la personne assurée dans la demande de prestations est tenu de collaborer, comme le prévoit l'art. 6a al. 1, 2^{ème} phrase, LAI (cf. également art. 28 al. 3, 2^{ème} phrase, LPGA). En cas de refus, il s'expose aux sanctions prévues par les art. 70 LAI et 88 LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants, RS 831.10).

c) En l'occurrence, compte tenu des allégations de la recourante relatives à une péjoration de son état de santé et de

l'incapacité de travail totale attestée dès le 23 juin 2009 par les Drs P._____ et J._____, l'intimé ne pouvait pas statuer en connaissance de cause sur le droit à la rente pour la période courant dès cette date, sans procéder à un complément d'instruction. Il a d'ailleurs lui-même reconnu la nécessité d'un tel complément, puisqu'il a tenté d'obtenir plus d'informations de la part du Dr J._____. Devant les difficultés à se voir remettre un rapport médical, l'intimé ne pouvait toutefois pas renoncer purement et simplement à compléter l'instruction, statuer plus de deux ans après le dernier document médical probant dont il disposait et renvoyer l'assurée à agir par la voie d'un recours si elle entendait contester le refus de rente. Il appartenait au contraire à l'intimé d'enjoindre à nouveau le Dr J._____ à établir un rapport médical sur la situation actuelle de sa patiente, en le rendant expressément attentif à son obligation de collaborer ainsi qu'aux sanctions qu'il encourait en cas de refus. L'intimé pouvait également enjoindre l'assurée à consulter un autre médecin de son choix, voire à se soumettre à un nouvel examen médical au SMR, en lui rappelant son obligation de collaborer à l'instruction de la cause et en lui impartissant un délai de réflexion tout en l'avertissant des conséquences d'un éventuel défaut de collaboration, prévues par l'art. 43 al. 3 LPGA. En l'absence de telles injonctions, on ne saurait considérer que l'intimé a rempli son obligation d'instruire la cause d'office de sorte qu'un renvoi pour complément d'instruction se justifie. Dans ce contexte, on soulignera que la notice téléphonique du 14 juillet 2010 ne permet pas de tenir pour établie l'absence de constatation médicale nouvelle par le Dr J._____, par rapport à ses constatations dans le rapport qu'il avait établi en décembre 2007, contrairement à ce que laisse entendre la motivation de la décision litigieuse.

5. a) Vu ce qui précède, le refus de l'intimé d'allouer des prestations pour la période courant jusqu'au 22 juin 2009 ne prête pas flanc à la critique. Sur ce point, la décision litigieuse doit être maintenue. En revanche, pour la période postérieure à cette date, la décision entreprise doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision.

b) La recourante n'était pas représentée en procédure et ne peut donc pas prétendre de dépens (61 let. g LPGA; 55 LPA-VD par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Compte tenu de l'issue du litige, elle n'encourt par ailleurs pas de frais de justice (art. 49 LPA-VD). Les frais ne peuvent pas davantage être mis à la charge de l'intimé (art. 52 al. 1 LPA-VD).

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

- I. Le recours est partiellement admis. La décision de refus de rente rendue le 14 juillet 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est maintenue en tant qu'elle porte sur le droit à la rente pour la période courant jusqu'au 22 juin 2009; elle est annulée en tant qu'elle porte sur le droit à la rente pour la période postérieure à cette date.

- II. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit à la rente pour la période courant dès le 23 juin 2009.

- 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 :

- R. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS),

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 :