

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 novembre 2014

Présidence de M. MERZ
Juges : Mme Rossier et M. Berthoud, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

D. _____, à Lausanne, recourant,

et

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

Art. 6, 7 al. 1, 8 al. 1 et 44 LPGA ; 4 al. 1, 8 et 17 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. Ressortissant espagnol entré en Suisse en mars 2009, au bénéfice d'un permis d'établissement (C), D._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1976, divorcé, est père de quatre enfants nés de deux lits différents entre 2003 et 2010. Titulaire d'un diplôme de cuisinier et de pâtissier délivré en France en 1999, l'assuré a depuis lors œuvré dans le secteur de la restauration auprès de plusieurs établissements en Suisse et à l'étranger. D'octobre 2009 à juillet 2011, il a effectué diverses missions temporaires en qualité de cuisinier et de serveur pour une agence spécialisée dans le secteur de l'hôtellerie et la restauration (S._____).

En raison d'un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée, une procédure de détection précoce a été engagée en date du 2 novembre 2011 par D._____ auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). Dans un rapport initial du 16 novembre 2011, il était écrit ce qui suit en regard de la rubrique « atteinte à la santé » : « syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée se traduisant par des douleurs dans le dos et les genoux. Ce syndrome agit également sur l'équilibre. » Une incapacité totale de travail était attestée depuis le 22 août 2011 par le médecin traitant (Dr C._____, médecin généraliste) dans l'activité habituelle. Quant à une capacité de travail dans une activité adaptée, elle devait être déterminée par le SMR. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : port de charges, position accroupie, à genoux et positions statiques prolongées.

Le 5 décembre 2011, D._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en invoquant l'atteinte susmentionnée. Etaient jointes à ce document diverses pièces administratives (copies des diplômes obtenus, certificats de travail et pièces d'état-civil notamment) et médicales. Parmi ces dernières figuraient deux lettres adressées au Dr C._____ par le Dr P._____, médecin associé au Service de rhumatologie de l'Hôpital L._____. Dans la première, datée du 29 avril 2011, cosignée par le Dr J._____, médecin

assistant, le Dr P._____ a posé le diagnostic de lombalgies chroniques non spécifiques versus rhumatisme inflammatoire de type spondylarthropathie à investiguer, associé à un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée. Dans la lettre du 17 août 2011, il a explicité en quoi le traitement de l'assuré devait consister, soulignant à cet égard la nécessité d'un soutien psychiatrique. Le Dr P._____ ne s'est à aucun moment prononcé sur la capacité de travail de l'assuré.

L'office AI a demandé à l'assurance-maladie collective d'indemnités journalières de l'assuré de lui fournir son dossier médical, ce qu'elle a fait en date du 5 janvier 2012. Celui-ci contenait notamment une lettre du 14 juillet 2011 adressée par la Dresse F._____, médecin associée au Service de génétique médicale de l'Hôpital L._____, au Dr J._____, dans laquelle elle a indiqué ne pas avoir d'argument pour suspecter une collagénopathie, ajoutant que le tableau clinique était compatible avec un syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée. Elle a suggéré des investigations complémentaires à propos d'une éventuelle hématurie microscopique. Elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de l'intéressé. Figurait également au dossier un rapport médical (dont manque la dernière page) du 1^{er} décembre 2011 adressé au médecin-conseil de l'assureur-maladie par la Dresse W._____, médecin auprès de la Clinique M._____ (Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité). Sous l'intitulé « diagnostics relatifs à ces symptômes », elle a écrit ce qui suit :

« En effet, il s'agit d'une lombalgie commune et le spondylolisthésis n'a aucune participation étiologique à ces symptômes. Il a été cité dans les dossiers à disposition une hypermobilité gé[né]ralisée, laquelle n'est pas retrouvée ce jour à l'examen clinique. Il existe en outre des contre-épreuves positives, témoignant d'éléments de surcharge. En effet, l'assuré rapporte des troubles du sommeil associés à un comportement agressif, surtout en juillet-août 2011, avec une « ...envie de frapper » selon ses propres propos, ayant dû recourir à un suivi psychiatrique. En outre, il existe un problème financier en raison de la nécessité de versement d'une pension alimentaire à son ex-épouse, lequel majore vraisemblablement les symptômes. Enfin, il semble y avoir une recherche de bénéfices secondaires : l'intéressé souhaite en effet une reconversion professionnelle dans la gestion en hôtellerie (achats et planification), pour laquelle il n'a pas de qualification. Selon ses dires, cette formation d'un an, pour laquelle il n'a pas de financement, pourrait

être prise en charge par l'AI. (...) Limitations fonctionnelles d'origine médicale : il n'existe aucune limitation. Reprise possible dans l'activité habituelle : la reprise de son activité professionnelle est possible à 100%, horaire et rendement, dès le jour de la présente, soit le 1^{er} décembre 2011. »

Invité par l'office AI à compléter un rapport médical à son intention, le Dr P._____ a renvoyé, par pli du 13 janvier 2012, à ses lettres des 29 avril et 17 août 2011 au médecin traitant. Il a précisé qu'il lui serait impossible de revoir le patient pour réévaluer la situation d'ici sa retraite, qu'il atteindrait le 30 mars 2012.

L'office AI a demandé au Dr C._____ un rapport sur formulaire ad hoc, lequel a été retourné par ce médecin en date du 18 mars 2012. Avec effet sur la capacité de travail, il a posé le diagnostic de lombalgies chroniques sur syndrome d'hypermobilité articulaire généralisée, existant de longue date. Il a retenu une incapacité de travail comme cuisinier de 100% du 22 août 2011 au 31 mars 2012, en raison de douleurs chroniques invalidantes. A la question de savoir si l'activité exercée était encore exigible, il a répondu par ces mots : « pas avant réévaluation de la capacité fonctionnelle par spécialiste. De plus, les rapports cités montrent divergence quant au diagnostic, au traitement et à la capacité de travail entre les spécialistes impliqués. ». Il a joint à son rapport copie des documents suivants : lettres des 29 avril et 17 août 2011 du Dr P._____, lettre du 14 juillet 2011 de la Dresse F._____, rapport du 1^{er} décembre 2011 de la Dresse W._____ et lettre du 13 mars 2012 du Dr P._____ au Dr C._____.

Le 14 mai 2012, l'office AI a indexé cette dernière correspondance dans laquelle le Dr P._____ s'est exprimé en ces termes à propos de l'appréciation effectuée par la Clinique M._____ :

« Sur le plan de la forme, sans tenir compte du fond scientifique, je note que l'expertise a été réalisée par une collègue ne figurant pas sur la liste de la FMH. Une rapide recherche sur Google montre que la Dresse W._____, en l'occurrence signataire de cette expertise, a un cabinet de rhumatologie en France. Je me permets cette remarque en me posant la question de l'adéquation du choix de l'expert par rapport aux exigences des expertises en Suisse. En effet la plupart des médecins-conseils des assurances sociales et de

beaucoup d'assurances privées en Suisse sont experts médicaux de la SIM, en plus de leur sous-spécialité. J'ai donc quelques doutes concernant les compétences d'un médecin étranger à rentrer sans autres dans les arcanes de la complexité du système asséculoologique suisse et en particulier de l'AI, et des assurances pertes de gain. Sur un plan juridique, je pense que l'on peut ici évoquer un vice de forme, ce qui serait à faire confirmer par un juriste.

En ce qui concerne le texte lui-même, je ne reviens pas sur quelques détails plutôt sémantiques ou de discussion, en particulier la définition d'une lombalgie non spécifique, qui me paraît être différente de ce côté-ci ou de l'autre du Rhône, à la page 2 de l'expertise.

Je m'attarde un peu plus sur l'examen lui-même pour relever que c'est à la page 8 qu'il me semble trouver une description de l'examen physique: notre collègue note qu'il n'y a pas de raideur lombaire puisque la distance doigts-sol est à zéro cm, oubliant ainsi que la distance doigts-sol reflète non seulement la mobilité rachidienne mais et, surtout, la mobilité des hanches, si bien que cette distance doigts-sol ne permet pas d'en inférer que la mobilité de la région lombaire est correcte. En outre, elle utilise l'indice de Schöber, dont on sait actuellement qu'il n'a aucune valeur sémantique et significative en terme de mobilité, par manque de reproductibilité et de spécificité de la méthode.

En outre, il n'y a aucune recherche des troubles proprioceptifs, aucune analyse de la mobilité segmentaire du rachis, aucun bilan des dysbalances musculaires éventuelles, tous éléments que j'ai notés personnellement dans mon rapport et qui font partie de l'enseignement normal de l'examen du rachis, en tout cas dans l'enseignement que je donne à la Faculté, ici à Lausanne.

Plus loin, je note que notre collègue parle: « d'un signe de Lasègue lombaire à droite dès 60°, alors que les contre-épreuves sont positives, témoignant d'une discordance ». Il y a là une affirmation implicite peu claire: la discordance n'est pas expliquée, pas plus que les contre-épreuves ne sont décrites, ceci alors qu'un signe de Lasègue lombaire à droite dès 60° rentre dans la norme. En effet, le Lasègue est décrit pour témoigner d'une irritation du sciatique. Or, dès 60° et plus, le sciatique a atteint son maximum de tension et toute douleur décrite dès cet angle témoigne d'une pathologie purement mécanique musculo-ligamentaire, normale chez la plupart des patients, dans le contexte en particulier souvent d'une rétraction des ischio-jambiers que j'avais, quant à moi, observée en son temps. Cette phrase n'a donc aucune signification en termes de validité de preuve sur une discordance ou une anomalie pouvant éventuellement suggérer une simulation comme on pourrait le croire d'après la façon dont la phrase est rédigée.

Notre collègue passe totalement sous silence (oubli ?), l'hypermobilité articulaire dûment documentée par la distance doigts-sol atteinte avec les doigts fléchis et différents signes, comme celui de Steinberg et l'hyperextension de l'auriculaire gauche au-delà de 90°, que j'ai décrit dans mon rapport et qui font partie des

signes mineurs selon la classification de Brighton décrite dans la littérature scientifique spécialisée.

Dès lors, il existe un raccourci que je qualifierai d'audacieux de sa part, lorsqu'elle discute au bas de la page 8 d'une hypermobilité généralisée qu'elle n'a pas retrouvée à l'examen clinique et qu'elle n'a de toute évidence même pas recherchée.

Un peu plus bas, elle signale des contre-épreuves positives et parle d'éléments de surcharge, sans détailler lesquels: une expertise se doit d'être explicite et complète.

Page 9, elle parle d'un problème financier et en déduit plus loin la recherche de bénéfice secondaire, discussion totalement inadéquate dans une expertise médicale. À ma connaissance, la recherche de bénéfice secondaire ne fait pas partie du catalogue diagnostique de la SIM, même si le terme est utilisé dans les commentaires concernant les névroses.

Dans ses conclusions, la Dresse W. _____ annonce de façon abrupte une reprise professionnelle possible à 100 % aussi bien en termes d'horaires que de rendement, dès le 1^{er} décembre 2011, sans nullement citer les critères qui lui permettent d'affirmer ce 100 %, sans préciser le type d'examen qui lui a permis d'arriver à cette conclusion, autrement dit, une conclusion arbitraire, puisque non motivée scientifiquement.

Au total, ce texte ne tient pas compte d'éléments objectivés à plusieurs reprises dans un service universitaire, il assène des affirmations scientifiquement fausses, et à ce titre-là, en termes de fiabilité, ce texte n'est pas acceptable comme expertise et n'a pas valeur probante au sens de la LPGA. Ce rapport devrait susciter un recours et justifie d'exiger une contre-expertise multidisciplinaire, conjuguant aussi bien les aspects somatiques que psychologiques, dans le cadre de son atteinte à la santé. »

Dans un avis médical du 5 juin 2012, le Dr K. _____, médecin généraliste rattaché au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a proposé de « faire un mandat SMR pour ce dossier trop complexe pour être traité en permanence : il y a les RM [rapports médicaux, réd.] des médecins traitants, le rapport d'expertise Clinique M. _____ du 1^{er} décembre 2011 pour l'assurance perte de gain (...), contrée par le Dr P. _____ (RM du 14 mai 2012). »

Le 23 juillet 2012, le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie et médecin au SMR, a rédigé un avis médical à la teneur suivante :

« Voir avis du 5 juin 2012.

Pour ce qui concerne le dossier médical :

Le Dr P._____ porte la controverse sur la nationalité et les qualifications de la Dresse W._____, dans le but évident de la discréditer.

Pour ma part, j'observe que la Dresse W._____ est rhumatologue accréditée à la Clinique G._____ à B._____. Il n'y a aucune raison d'inférer que ses qualifications professionnelles sont moindres que celles du Dr P._____.

Finalement, seul le contenu de l'expertise compte. Pour ma part, j'observe que l'expertise de la Clinique M._____ a été rédigée en pleine connaissance du dossier médical. Elle comporte une étude fouillée, des examens complets et approfondis. Les plaintes de l'assuré ont été prises en considération. L'exposé médical est cohérent et donne une appréciation de la situation médicale claire et exhaustive. Ses conclusions sont bien motivées. Nous n'avons par conséquent pas de raison de nous écarter de ses conclusions.

Ceci dit, le Dr P._____ mentionne que l'assuré a accepté une prise en charge psychiatrique spécialisée. Merci de nous renseigner si cette prise en charge a eu lieu, par qui, et, le cas échéant, de nous procurer un rapport du spécialiste concerné. »

Le 26 juillet 2012, l'office AI a demandé à l'assuré de lui indiquer le nom de son médecin-psychiatre. Par pli du 10 septembre suivant, l'assuré a annoncé qu'il s'agissait du Dr Q._____, psychiatre à Lausanne.

Ayant complété en date du 5 octobre 2012 le rapport médical à l'intention de l'office AI, le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F 32.10), existant depuis juin 2011, en rémission à ce jour. Il a précisé que l'assuré avait été suivi par ses soins du 30 septembre 2011 au 21 novembre 2011, le dernier contrôle ayant eu lieu le 1^{er} octobre 2012. Il a indiqué qu'il n'y avait plus de symptômes dépressifs et que l'irritabilité - directement liée aux exacerbations douloureuses - avait diminué. L'assuré ne faisait plus l'objet d'un traitement psychiatrique particulier. S'agissant de la capacité de travail, le Dr Q._____ a considéré que celle-ci était entière du point de vue psychiatrique dans l'activité habituelle de chef de cuisine, le pronostic étant pour le surplus déterminé par l'affection somatique.

Le Dr K._____ s'est prononcé en date du 19 octobre 2012 sur le dossier médical de l'assuré. S'appuyant sur le rapport de la Clinique

M._____ et sur celui du Dr Q._____, il a retenu une capacité de travail entière dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. L'assuré ne présentait ni affection somatique ni maladie psychiatrique justifiant une incapacité de travail prolongée et/ou des limitations fonctionnelles.

Sur cette base, l'office AI a informé l'assuré, par projet de décision du 31 octobre 2012, qu'il comptait refuser le droit à des prestations (reclassement et rente d'invalidité), au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

Après consultation du dossier constitué par l'administration, l'assuré a formulé le 15 janvier 2013 des objections à l'encontre de ce projet. Se référant aux critiques émises par le Dr P._____ dans sa lettre du 13 mars 2012, il a demandé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, somatique et psychiatrique.

Appelé à se déterminer, le Dr N._____ a écrit ce qui suit dans un avis du 5 février 2013, après avoir rappelé le contenu de son avis du 23 juillet 2012 :

« (...)

Le Dr P._____ avance que l'examen de la Dresse W._____ serait incomplet. Il manquerait en particulier :

- une recherche des troubles proprioceptifs,
- une analyse de la mobilité segmentaire du rachis,
- un bilan des dysbalances musculaires éventuelles,

tous éléments « qui font partie de l'enseignement normal de l'examen du rachis, en tous cas l'enseignement que je (le Dr P._____) donne à la Faculté, ici à Lausanne. »

A cet égard, je me rapporte au status décrit par le même Dr P._____ dans son courrier du 29 avril 2011. Je n'y trouve aucune étude de la proprioception, ni analyse segmentaire de la mobilité du rachis, ni bilan des dysbalances musculaires éventuelles. » La critique semble plus facile que la pratique.

En résumé, les objections du Dr P._____, et par conséquent celles de l'assuré, n'emportent pas la conviction. »

Par décision du 28 février 2013, l'office AI a entériné son refus de toutes prestations (reclassement et rente d'invalidité) avec une motivation identique à celle figurant dans son projet du 31 octobre 2012 :

« Au bénéfice d'un grand diplôme de cuisine et de pâtisserie obtenu à Paris, vous avez travaillé en dernier lieu comme cuisinier pour des missions temporaires via S._____. Actuellement, vous êtes soutenu par les services sociaux.

En raison de votre atteinte à la santé, vous avez présenté une incapacité de travail depuis le 22 août 2011.

Sur la base de l'ensemble des pièces médicales en notre possession, et après analyse médicale de la part du Service Médical Régional, il ressort que vous ne présentez pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI, c'est-à-dire entravant de manière durable et importante l'exercice de votre activité habituelle ou toute autre activité.

Au vu de ce qui précède, le droit à des prestations de notre assurance doit vous être nié. »

Dans une lettre d'accompagnement du même jour, l'office AI a pour l'essentiel exposé la position exprimée par son SMR dans ses avis des 23 juillet 2012 et 5 février 2013.

B. Par acte du 8 avril 2013, D._____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Il conclut en substance à son annulation et à ce que la cause soit renvoyée à l'office AI « pour que ce dernier [l]e dirige vers une solution afin de pouvoir réintégrer une vie professionnelle adéquate ainsi que sauvegarder [s]a capacité de gain pour pouvoir donner à [s]a famille, et à ce pays qui [les] a accueillis le meilleur de [s]on potentiel d'un point de vue socio-économique. » Précisant que sa démarche ne vise pas l'obtention d'une rente mais tend plutôt à une réadaptation professionnelle, le recourant se réfère à nouveau aux critiques développées par le Dr P._____ à propos de l'expertise effectuée par la Clinique M._____. Il expose que la Dresse X._____, médecin associée au Service de rhumatologie de l'Hôpital L._____ - qui a succédé au Dr P._____ après le départ à la retraite de ce dernier -, l'aurait inscrit à un programme intensif de l'Unité rachis et réhabilitation du 18 février au 8 mars 2013. Il a joint à son écriture une lettre adressée le 21 mars 2013 au

Dr C._____, dans laquelle la Dresse X._____ avait posé les diagnostics suivants : lombo-sciatalgies droites non déficitaires d'origine multifactorielle, avec lyse isthmique bilatérale de L5 avec antélisthesis du premier degré de L5 sur S1, discopathie L4/L5 avec petite hernie discale médiane luxée vers le bas susceptible d'entrer en contact avec la racine L5 droite et dysbalances musculaires ; probable trouble de la personnalité à préciser (F 60.9) et difficultés liées à l'emploi (Z 58.7). Après avoir rendu compte des résultats des tests effectués (souplesse et force musculaires et évaluation en ergothérapie notamment), elle a écrit ce qui suit s'agissant de la capacité de travail : « en effet, sur le plan strictement physique, Monsieur D._____ pourra travailler à 100% dans toute activité qui lui permet d'alterner les postures assis-debout, ainsi que d'éviter le port ou la manipulation de poids au-delà de 10 kg. » Selon le recourant, ces limitations ne seraient pas compatibles avec l'exercice de sa profession de cuisinier, ainsi que l'a déclaré son médecin traitant. Enfin, alléguant être au bénéfice du revenu d'insertion, il a sollicité, au titre de l'assistance judiciaire, d'être dispensé de toute avance de frais.

Par décision du 23 avril 2013, le magistrat instructeur a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire, avec effet au 9 avril précédent. Il a ainsi été exonéré du paiement d'avances et des frais judiciaires.

Dans sa réponse du 27 mai 2013, l'office intimé propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il considère que le rapport d'expertise de la Clinique M._____ satisfait aux réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Il se réfère pour le surplus à un avis du 15 mai 2013 dans lequel le Dr N._____ a écrit ce qui suit :

« Le rapport de la Dresse X._____ retient le diagnostic de lombo-sciatalgies droites non déficitaires sur lyse isthmique bilatérale de L5, discopathie L4-5 et dysbalances musculaires. Il n'y a pas de syndrome irritatif. Le status clinique est banal, compatible avec l'âge ; il ne s'est pas modifié depuis l'expertise de décembre 2011.

Au total, la Dresse X. _____ fait une appréciation différente d'une situation identique. Nous n'avons en l'état pas de raison de modifier notre position. »

Réitérant ses arguments en réplique du 19 juin 2013, le recourant s'étonne que l'intimé puisse soutenir que sa situation personnelle, physique et psychologique, soit identique à celle prévalant le 1^{er} décembre 2011, notamment au regard des résultats issus du reconditionnement fonctionnel du rachis (cf. lettre de la Dresse X. _____ du 21 mars 2013). Il constate par ailleurs que ne figurent pas au dossier administratif, d'une part, le rapport médical dressé par le Dr Q. _____ et, d'autre part, un rapport de l'Hôpital L. _____ qui aurait été établi à la suite d'une hospitalisation en raison d'une intervention chirurgicale urgente pour une appendicite. Considérant que sa situation médicale n'a pas été correctement évaluée, l'expertise de la Clinique M. _____ n'étant pas satisfaisante, il renouvelle sa requête tendant à la mise en oeuvre d'une expertise.

Dupliquant le 9 juillet 2013, l'intimé fait valoir que, sur la base de l'ensemble des pièces médicales en sa possession, la capacité de travail du recourant est entière dans toute activité, tant sur le plan somatique que psychiatrique. Estimant que le dossier contient suffisamment de pièces permettant de statuer en toute connaissance de cause sur l'état de santé de l'assuré et sur sa capacité de travail, il est d'avis que la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire n'est pas nécessaire. Partant, il propose derechef le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

Dans une écriture du 2 septembre 2013, le recourant fait en substance état de ses difficultés financières et privées. Il a joint une convocation au Centre d'antalgie de l'Hôpital L. _____ pour le 9 septembre 2013 ainsi que les certificats médicaux de son médecin traitant (depuis le 1^{er} mai 2013, il s'agit de la Dresse H. _____) attestant une incapacité totale de travail pour la période courant du 22 août 2011 au 30 septembre 2013.

Le 7 février 2014, le recourant a encore produit deux nouveaux certificats d'incapacité de travail de son médecin traitant attestant une incapacité totale de travail pour la période du 1^{er} janvier au 28 février 2014. Il a joint une lettre du 9 janvier 2014 adressée au médecin traitant par la Dresse X._____, qui s'est exprimée en ces termes en guise de conclusion :

« Dans un contexte de lésions somatiques bien déterminées (lyse isthmique bilatérale de L5 avec antélisthesis du premier degré de L5 sur S1, discopathie L4/L5 avec petite hernie discale médiane luxée vers le bas susceptible d'entrer en contact avec la racine L5 droite), ce patient présente des lombo-sciatalgies et des limitations fonctionnelles qui sont incompatibles avec son travail de cuisinier. En effet, on peut raisonnablement admettre que la position statique debout prolongée, les ports et les manipulations de charges, tels qu'ils sont demandés dans un tel métier, ne sont pas compatibles avec son état de santé.

Par contre, dans une activité professionnelle adaptée, dans laquelle le patient peut changer souvent de postures assis-debout, sans obligation de manipuler ou porter des charges et sans travail en zone basse, on peut admettre qu'il est apte à travailler. Des mesures de réadaptation professionnelle sont donc indiquées. Dans un tel travail qui ne sursollicite pas son dos, Monsieur D._____ pourra travailler à au moins 80%. »

Dans ses déterminations du 27 février 2014, l'office intimé constate qu'aucun élément nouveau n'est apporté. Il est d'avis qu'en l'absence d'éléments médicaux objectifs, qui n'auraient pas été pris en compte lors de l'expertise effectuée début décembre 2011 par la Clinique M._____ pour l'assurance-maladie perte de gain, ou qui seraient survenus entre-temps, il n'y a pas de raison de douter de ses conclusions. Les limitations fonctionnelles avancées par la Dresse X._____, limitations qui rendraient nécessaire la mise en place de mesures de reclassement professionnel, ne peuvent dès lors être retenues. La capacité de travail étant entière dans l'activité habituelle de cuisinier, c'est donc à juste titre que le droit à des mesures professionnelles a été nié.

S'exprimant une ultime fois par lettre du 24 mars 2014, le recourant fait part de son incompréhension quant à la position de l'office AI et s'interroge sur la différence existant entre les différentes catégories

de rapports médicaux entrant en ligne de compte dans le cadre du présent litige.

Ce pli a été transmis pour information à l'intimé, lequel n'a pas réagi.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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 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 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Interjeté en temps utile – compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA) – et satisfaisant aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable, si bien qu'il y a lieu d'entrer en matière.

2. Est litigieux en l'occurrence le point de savoir si l'assuré présente, en raison de son atteinte à la santé, une diminution de sa

capacité de travail et de sa capacité de gain, susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures de réadaptation selon les art. 8 ss LAI et rente AI selon les art. 28 ss LAI).

3. a) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 (let. b) LAI, les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18 LAI, donc l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital.

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 ; 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b ; TF 9C_347/2010 du 3 février 2011 consid. 3 et les références citées).

b) Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée.

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain approximativement équivalente à celle que lui offrait son activité avant la survenance de l'invalidité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (ATF 124 V 108 consid. 2a ; TF 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3 et les références). En règle ordinaire, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de la réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans

son cas, car la loi ne veut garantir la réadaptation que dans la mesure où elle est nécessaire et suffisante dans le cas d'espèce. En particulier, il ne peut prétendre à une formation d'un niveau nettement supérieur à celui de son ancienne activité (TF 9C_644/2008 précité consid. 3 ; ATFA 1965 p. 42), sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé (ATF 124 V 108 précité consid. 2a ; TF 9C_644/2008 précité consid. 3). Comme toute mesure de réadaptation, les mesures de reclassement doivent par ailleurs être adéquates : il doit exister une proportion raisonnable entre les frais qu'elles entraînent, leur durée et le résultat que l'on peut en attendre (ATF 103 V 16 consid. 1b ; 99 V 34). Si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (ATF 130 V 488 précité consid. 4.2 et les références ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 397/87 du 15 janvier 1988 consid. 1 et la référence, publié in RCC 1988 p. 265 ; TF 9C_644/2008 précité consid. 3).

c) L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que 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.

d) Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 LAI). En vertu de l'art. 7 al. 1 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. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie comme 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 (art. 6 LPGA).

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.

e) Pour l'évaluation de l'incapacité de travail, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_682/2013 du 25 février 2014 consid. 3.2.1).

Consacré à l'art. 61 let. c LPGA, le principe inquisitoire impose au juge de constater les faits d'office, avec la collaboration des parties, et d'administrer les preuves nécessaires (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). En cas de doute sur le sérieux de l'existence d'un fait, il appartient au juge de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 429 et les références).

L'art. 61 let. c LPGA prévoit également le principe de la libre appréciation des preuves, selon lequel le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1 p. 396) ; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 médicales soient dûment 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 consid. 3a p. 352; ATF 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références ; TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1).

Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que lorsqu'une décision administrative, rendue dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 p. 467 ss. ; TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

4. En l'espèce, l'office intimé a considéré que l'expertise de la Dresse W._____ remplissait les conditions posées par la jurisprudence pour qu'il lui soit accordé pleine valeur probante. Dès lors, il s'est fondé sur les conclusions de ce médecin, qui a fixé la capacité résiduelle de travail à 100%, pour nier le droit du recourant à toute prestation.

D._____ conteste la valeur probante de l'expertise susmentionnée. S'appuyant sur l'avis exprimé par le Dr P._____ en date du 13 mars 2012, il fait valoir que « cette expertise comporte des manques et des incohérences ». Il en déduit qu'elle ne saurait servir de base à l'évaluation de son taux d'invalidité, de sorte qu'il sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale.

a) Le recourant souffre de problèmes rachidiens qui, malgré de nombreuses investigations, n'ont pas pu faire l'objet d'une appréciation médicale claire et précise. Dans ce contexte, le rapport d'expertise de la Dresse W._____ ne permet guère - contrairement à ce que soutient l'office intimé - de déterminer les atteintes à la santé du recourant et leurs répercussions éventuelles sur sa capacité de travail.

Dans sa lettre du 13 mars 2012 au Dr C._____, le Dr P._____ expose de manière convaincante en quoi cette expertise ne satisfait pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il observe, en premier lieu, que la Dresse W._____ n'a procédé à « aucune recherche des troubles proprioceptifs, aucune analyse de la mobilité segmentaire du rachis, aucun bilan des dysbalances musculaires éventuelles », tous éléments consignés par le médecin prénommé lors des investigations qu'il a lui-même réalisées. Il note aussi que la Dresse W._____ n'évoque pas « l'hypermobilité articulaire dûment documentée par la distance doigts-sol atteinte avec les doigts fléchis et différents signes, comme celui de Steinberg et l'hyperextension de l'auriculaire gauche au-delà de 90° », qu'il a également décrits dans son rapport. Dans cette mesure, l'expertise de la Dresse W._____ apparaît incomplète, dès lors que, selon le Dr P._____, elle ne tient pas compte d'éléments objectivés à plusieurs reprises dans un service universitaire. En outre, le

Dr P._____ critique la méthodologie suivie par l'expert. Il s'étonne dans ce contexte qu'elle recoure à l'indice de Schöber pour mesurer la mobilité rachidienne et avoue ne pas comprendre les déductions tirées du signe de Lasègue et des contre-épreuves positives l'accompagnant. Quant aux éléments de surcharge mentionnés en lien avec ces dernières, la Dresse W._____ ne les détaille pas. Le Dr P._____ fait ainsi part de son désaccord avec la démarche scientifique adoptée par cette dernière, à laquelle il reproche par ailleurs le caractère peu explicite de ses affirmations. Il en découle selon lui des conclusions erronées du point de vue scientifique.

Les explications - non motivées - de la Dresse W._____ ne sont par conséquent pas suffisantes, au regard du tableau clinique présenté par l'assuré, pour se convaincre, au degré de vraisemblance requis, que la capacité de travail du recourant serait entière dans toute activité, ainsi qu'elle le retient. En effet, les affirmations de l'expert ne sont pas fondées sur une analyse concrète et approfondie de la situation de l'assuré, mais relèvent bien plutôt d'une appréciation de nature générale et subjective, les constatations cliniques de la Dresse W._____ étant au demeurant particulièrement ténues. En outre, les conclusions de cette dernière ne sont pas étayées par des explications claires quant aux motifs pour lesquels l'atteinte à la santé constatée - qui ne fait d'ailleurs pas l'objet d'un diagnostic relevant d'une classification reconnue - conduirait à la reconnaissance d'une capacité de travail entière dans toute activité. Par ailleurs, on aurait pu attendre de la Dresse W._____ qu'elle se prononce sur les éléments mis en évidence dans les rapports du Dr P._____ des 29 avril et 17 août 2011, auquel sa qualité de maître d'enseignement et de recherche à l'Université de Lausanne et celle de médecin associé au Service de rhumatologie de l'Hôpital L._____ confèrent un poids particulier. L'ensemble de ces éléments tend à affaiblir considérablement la valeur probante du rapport de la Dresse W._____.

b) Sur le vu de ce qui précède, les considérations de l'office intimé ne suffisent pas pour retenir que le recourant présente une capacité de travail complète dans toute activité. A lui seul, le rapport du

13 mars 2012 du Dr P._____ laisse subsister des doutes sérieux à cet égard. En reprochant à ce médecin de ne pas avoir procédé lui-même à une recherche des troubles proprioceptifs, à une analyse de la mobilité segmentaire du rachis et à un bilan des dysbalances musculaires, le SMR se méprend. En effet, s'il est vrai que les rapports des 29 avril et 17 août 2011 du médecin prénommé ne contiennent pas une appréciation circonstanciée de ces points - ces rapports ayant plutôt pour principal objectif d'aider le médecin traitant dans la mise en place d'une thérapie adaptée -, il n'en demeure pas moins que les trois points précités peuvent être déduits de ces documents, notamment en relation avec le résultat des tests effectués. C'est ainsi, par exemple, que le syndrome d'hypermobilité se fonde sur la présence de deux critères au score de Beighton. Or, le rapport de la Dresse W._____ ne fait pas état d'éventuels tests cliniques effectués, pas plus qu'il ne se détermine sur les résultats obtenus par le Dr P._____ à ce propos, ni ne se prononce sur les autres aspects contenus dans les deux rapports mentionnés, en particulier les troubles proprioceptifs. Dans ces conditions, c'est à tort que l'administration n'a pas soumis l'avis du Dr P._____ à l'appréciation de la Dresse W._____. On relèvera au demeurant que les médecins du SMR appelés à se prononcer ne prennent nullement position sur les arguments médicaux développés par le Dr P._____, se limitant à soutenir que le rapport d'expertise revêt pleine valeur probante au sens de la jurisprudence résumée ci-avant (cf. consid. 3.e supra). Or, quoi qu'en dise l'intimé, il ne peut être accordé de valeur probante au rapport de la Dresse W._____, de sorte qu'il ne pouvait s'en contenter. Cela étant, les objections de fond soulevées par le Dr P._____ étant de nature à mettre en doute la pertinence des déductions de l'expert, point n'est besoin d'examiner celles tenant à la personne de la Dresse W._____, non plus que d'analyser les rapports des 21 mars 2013 et 9 janvier 2014 de la Dresse X._____. On précisera que ceux-ci, produits le 10 avril 2013 et le 10 février 2014 par le recourant, concernent l'évolution de son état de santé depuis le mois de mars 2013. Dès lors qu'ils portent sur des circonstances postérieures à la période déterminante sous l'angle des faits pertinents pour l'examen juridictionnel en cas de recours (s'étendant jusqu'à la décision du 28 février 2013), ces documents ne peuvent être

pris en considération (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243 ; 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 ; 127 V 466 consid. 1 p. 467 ; 116 V 246 consid. 1a p. 248).

c) Ainsi, en présence d'une instruction lacunaire et non d'un seul conflit d'avis médicaux imposant une surexpertise, il y a lieu de renvoyer la cause à l'office AI afin qu'il effectue – ou fasse effectuer –, sous la forme d'une expertise comprenant à tout le moins un volet orthopédique, rhumatologique et de médecine interne, une nouvelle évaluation de la capacité de travail et du rendement exigible du recourant dans une activité adaptée, à l'aune des affections constatées et des limitations qu'elles entraînent. Il sied de souligner dans ce contexte que des investigations complémentaires sur le plan psychiatrique ne se justifient pas à ce stade, dans la mesure où le psychiatre traitant ne met en évidence aucune atteinte à la santé sur ce plan. Quant au diagnostic de « probable trouble de la personnalité à préciser » posé par la Dresse X._____ dans son rapport du 21 mars 2013, il ne saurait à l'évidence suffire, faute d'avoir été confirmé par un spécialiste. Il va toutefois de soi que les experts disposeront de toute la latitude nécessaire pour s'adjoindre, le cas échéant, les services d'un spécialiste, si l'examen de la situation médicale l'imposait. On ajoutera encore que le Tribunal fédéral a précisé qu'un renvoi à l'administration était en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence). En outre, selon les constatations au sujet de la capacité de travail et de gain dans l'activité habituelle, l'intimé devra évaluer la capacité de travail et de gain dans des activités adaptées afin de déterminer le taux d'invalidité conformément à l'art. 16 LPGA susmentionné.

5. En définitive, le recours se révèle bien fondé et doit donc être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision rendue par l'office AI le 28 février 2013, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

6. a) 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 (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Succombant, l'office intimé supportera les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. (art. 49 al. 1 LPA-VD).

b) Le recourant obtient certes gain de cause ; cependant, dès lors qu'il n'est pas représenté par un mandataire professionnel et que les éléments au dossier ne font pas état d'une situation exceptionnelle, il n'y a pas lieu de lui allouer de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD ; ATF 110 V 134 consid. 7).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 28 février 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause lui est renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- M. D. _____,
- 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 :