

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 avril 2015

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Pasche et Dessaux, juges
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourante, représentée par Me Claudio Venturelli, avocat
à Lausanne,

et

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

Art. 82 LPA-VD.

E n f a i t e t e n d r o i t :

Vu la première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) déposée le 17 novembre 1998 par P._____ (ci-après : l'assurée), tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité ainsi que de mesures de reclassement en raison d'une épicondylite et d'une épitrochléite du coude droit,

vu les décisions rendues les 16 et 23 septembre 2003 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), confirmées sur opposition le 12 août 2004, accordant à l'assurée une rente d'invalidité limitée dans le temps du 1^{er} janvier 1999 au 30 novembre 2000 (rente entière) puis du 1^{er} décembre 2000 au 30 septembre 2002 (demi-rente),

vu le jugement prononcé le 9 novembre 2005 par le Tribunal des assurances du canton de Vaud, confirmant la décision sur opposition du 12 août 2004,

vu la nouvelle demande AI déposée le 18 juin 2013 par l'assurée, faisant état d'une spondylarthropathie inflammatoire ainsi que d'une discopathie avec protrusion discale,

vu le projet de décision de l'OAI du 1^{er} avril 2014, allant dans le sens d'un refus de rente d'invalidité eu égard à un taux d'invalidité de 8,08%,

vu les objections formulées le 12 mai 2014 par l'assurée à l'encontre de ce projet,

vu le rapport du 26 juin 2014 de la Dresse L._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et médecin associée au Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier V._____), retenant le diagnostic incapacitant de

syndrome douloureux chronique de l'appareil locomoteur d'origine multifactorielle (avec sacro-illite gauche inactive, lésions dégénératives discrètes cervicales et lombaires, tendomyoses scapulaires et douleurs insertionnelles au niveau des membres supérieurs),

vu les renseignements complémentaires fournis par ce médecin le 25 août 2014, dont il ressort notamment ce qui suit :

"Suite au séjour dans le service de réadaptation effectué au mois de mai de cette année, Madame P._____ n'a pas présenté une évolution spectaculaire concernant les douleurs et les limitations fonctionnelles. Dans cette situation, qui est donc stable ces derniers temps, on peut toutefois considérer que Madame P._____ peut accomplir une activité adaptée à un maximum de 50%. Comme vous le mentionnez, il s'agit d'une activité plutôt sédentaire, sans contrainte physique. Elle devrait être autorisée à faire des pauses régulièrement, changer de postures à sa convenance, ne pas travailler en zone basse ou en zone haute, ni manipuler des charges.

Le pronostic reste réservé chez cette patiente qui est très fragile sur le plan physique. Cette capacité de travail à un maximum de 50%, dans une activité sédentaire, peut être considérée de suite, en prenant la précaution d'une réinsertion progressive dans un cadre rassurant et sans stress."

vu l'examen clinique réalisé sous l'égide du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) le 19 décembre 2014 par le Dr O._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation ainsi qu'en rhumatologie, lequel a fait part de ses conclusions dans un rapport du 12 janvier 2015 retenant, d'une part, les diagnostics ayant une répercussion durable sur la capacité de travail de lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs sans radiculopathie et de cervicalgies basses sur discopathies C4 à C7, prédominant en C5-C6, avec hernie discale paramédiane gauche à ce niveau et modification inflammatoire en miroir de type MODIC I, sans radiculopathie, et attestant, d'autre part, une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée,

vu la décision du 26 janvier 2015, aux termes de laquelle l'OAI a confirmé son projet précité,

vu le recours interjeté le 26 février 2015 par la recourante, concluant avec dépens, principalement, à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui est allouée à compter du 1^{er} décembre 2013 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants,

vu les griefs invoqués par la recourante, par lesquels elle fait notamment valoir que le Dr O. _____ s'est prononcé sur le taux d'activité résiduel en précisant que la capacité de travail exigible dépendait de la tolérance mécanique du rachis cervical et lombaire et devait être déterminée par un spécialiste en réadaptation, ce qui n'a pas été fait,

vu le rapport d'expertise privé établi le 5 octobre 2015 par le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et réadaptation physique et médecin-chef auprès du Centre médical J. _____, posant les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTICS

Lombopygialgies D chroniques

- discopathie lombaire basse
- arthrose facettaire L3-L5
- troubles statiques
- kinésiophobie

Fibromyalgie selon critères ACR 2010

Probable état anxio-dépressif

[...]"

vu les constatations faites par l'expert, dont il ressort en particulier ce qui suit :

"Cette personne présente une longue histoire de rachialgies, se décompensant en 2012, dans un contexte professionnel plus difficile, avec l'apparition d'une période de chômage suite au décès d'un de ses « clients ». Dans cette situation une IRM est effectuée, suivie d'une IRM du corps entier, laissant planer un doute d'une spondylarthropathie séronégative, sans que l'anamnèse soit réellement franche. Un essai de traitement par anti-TNF est tenté sans succès, et le diagnostic de maladie rhumatismale active est finalement infirmé par le professeur T. _____ en 2014. Des approches stationnaires sont faites au Centre hospitalier V. _____, permettant d'étayer le diagnostic.

Actuellement, les plaintes ne concernent plus seulement le rachis mais aussi les articulations périphériques, faisant évoquer une

fibromyalgie, non reconnue par le Dr O. _____ dans son expertise. Cette définition est retenue, en faisant référence à la nouvelle définition de la fibromyalgie selon le questionnaire Excerpt reconnu depuis 2010 par l'ACR (American college of rheumat[o]logy)[...]. Cette définition ne se contente plus de la palpation des points musculotendineux de Smyth[e][...], mais évalue les zones douloureuses, leurs impacts sur le fonctionnement global (ce qui est compris dans le « severity score »). Ainsi sont prises en compte non seulement la douleur articulaire mais aussi d'autres plaintes (comme la fatigue, le trouble du sommeil, la thymie, et les plaintes multi-organes) et leur impact global sur le fonctionnement de la personne. De plus dans la présente expertise, il ressort une forte suspicion pour un état anxio-dépressif grâce au questionnaire HADS. Cette constatation mérite d'être évaluée par un psychiatre pour confirmation, et déterminer son éventuel impact dans ce syndrome douloureux chronique et son rapport à l'incapacité de travail. En effet l'évaluation des capacités fonctionnelles montre une baisse du rendement malgré le bon investissement global. [...]"

vu les conclusions du rapport d'expertise précité, retenant une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité d'aide-soignante et une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, au regard de l'évaluation des capacités fonctionnelles montrant une baisse de rendement malgré le bon investissement global et compte tenu d'une cohérence des limitations par rapport à l'investissement consenti par la personne,

vu les pièces annexées au rapport d'expertise susdit, dont l'évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) réalisée le 20 août 2015 au Centre hospitalier V. _____,

vu les déterminations complémentaires de la recourante du 30 novembre 2015,

vu la réponse de l'intimé du 14 janvier 2016, qui convient de la nécessité de procéder à une instruction complémentaire par la mise en œuvre d'une expertise portant sur les plans rhumatologique et psychiatrique, se ralliant à cet égard à un avis du SMR du 10 décembre 2015,

vu l'avis médical en question, émanant du Dr M. _____ et exposant notamment ce qui suit :

"L'instruction de la demande du 20 juin 2013 a conduit le SMR à la mise en place d'un examen rhumatologique. Dans l'avis du SMR du 10 octobre 2014, il était fait mention de l'appréciation [de la Dresse] L._____ qui retenait un syndrome douloureux chronique de l'appareil locomoteur d'origine multifactorielle. Antérieurement, dans l'enquête ménagère du 26 mars 2014 en page 2, l'employée relevait que l'assurée lui avait déclaré souffrir de fibromyalgie et, ce, aux dires [de la Dresse] L._____.

Même si l'examen rhumatologique SMR du 19 décembre 2014 écarte le diagnostic de fibromyalgie au motif que seul 12 des 18 points de Smyth[e] sont retrouvés comme douloureux/positif, il s'agit d'une situation similaire à celle appréciée par le Dr D._____ dans un travail d'expertise mandaté par l'avocat de l'assurée et daté du 5 octobre 2015, travail qui retient pour sa part le diagnostic de «fibromyalgie selon critères ACR 2010» comme premier problème ayant des répercussions durables sur la capacité de travail (page 10).

Force est de constater que cette assurée présentait déjà en 2014 des plaintes s'apparentant à la nébuleuse des troubles douloureux sans substrat organique au sens de la JP du TFA en la matière.

[La Dresse] L._____ et le Dr D._____ retiennent une CT de 50 % dans une activité adaptée bien que l'assurée souffre à leurs yeux d'un problème de santé apparenté au TSD/fibromyalgie, posant la question : en cas de TSD/fibromyalgie remplissant les critères jurisprudentiels, une limitation partielle (50 %) de la capacité de travail est-elle possible ?

L'instruction mise en place ne répond pas aux exigences de la jurisprudence du TFA en la matière. Je vous propose de mettre en place une expertise rhumatologique et psychiatrique."

vu les déterminations de la recourante du 3 février 2016, aux termes desquelles elle convient qu'il paraît plus expédiant d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'OAI pour complément d'instruction et requiert qu'il soit statué sur la question des frais et dépens, y compris le remboursement de la note d'honoraires du Dr D._____, par 8'100 fr.,

vu les pièces au dossier ;

attendu que, déposé en temps utile, le recours est recevable en la forme (cf. art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), l'autorité peut renoncer à l'échange d'écritures ou, après celui-ci, à toute autre mesure d'instruction, lorsque le recours paraît manifestement irrecevable, bien ou mal fondé (al. 1), rendant dans ces cas à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet, sommairement motivée (al. 2),

qu'en l'espèce, dans sa réponse du 14 janvier 2016, l'OAI convient de la nécessité de procéder à la mise en œuvre d'une expertise portant sur les plans rhumatologique et psychiatrique,

qu'il se rallie à l'avis médical du SMR du 10 décembre 2015, qui retient, après l'avoir dans un premier temps écarté, le diagnostic de fibromyalgie/trouble somatoforme douloureux posé par le Dr D. _____ ;

attendu qu'il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; cf. art. 57 al. 1 let. f LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] ; cf. art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]),

que l'assureur peut recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits (cf. art. 44 al. 1 LPGA),

que, dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente AI en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.2 et jurisprudence citée), abandonnant notamment la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduisant un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (cf. ATF 141 V 281 consid. 4),

que cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré, tandis qu'il s'agit de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social, étant souligné à cet égard, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté et que, d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3),

que la grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part, ce qui implique de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie, de vérifier si des traitements sont mis à profit ou au contraire sont négligés, pour autant que l'assuré soit en mesure de comprendre sa maladie, et enfin d'analyser le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4),

qu'en l'espèce, l'instruction de la cause ne permet pas de se déterminer sur les indicateurs retenus dans la nouvelle jurisprudence fédérale,

que l'intimé a concédé le 14 janvier 2016 que le complément préconisé par le SMR s'imposait au regard des indicateurs développés par le Tribunal fédéral à l'ATF 141 V 281 en matière de troubles somatoformes douloureux,

qu'il ressort en outre du rapport du 5 octobre 2015 du Dr D._____ que ce médecin a fait procéder à une évaluation des capacités fonctionnelles de la recourante,

que cette évaluation a permis de tester non seulement les capacités de la recourante, mais aussi d'évaluer la cohérence des limitations par rapport à l'investissement consenti par celle-ci,

que cette évaluation montre une baisse de rendement malgré le bon investissement global,

qu'à cet égard, le Dr O._____ avait lui-même admis que la capacité de travail de la recourante dépendait de la tolérance mécanique du rachis cervical et lombaire, laquelle devait être déterminée par un spécialiste,

que le Dr D._____ a également évoqué un état anxio-dépressif, lequel a été révélé grâce au questionnaire HADS,

que le SMR a finalement retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux posé tant par la Dresse L._____ que par le Dr D._____, diagnostic qu'il avait pourtant écarté le 19 décembre 2014 au motif que seulement 12 des 18 points de Smythe avaient été retenus comme douloureux,

que le dossier constitué par l'OAI est dès lors lacunaire, de sorte qu'il se justifie de le lui renvoyer pour complément d'instruction (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et les références citées),

que la recourante conclut subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision,

que le recours s'avère ainsi manifestement bien fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète sur le plan médical (cf. art. 98 let. b LPA-VD),

qu'il s'ensuit que le renvoi du dossier à l'OAI pour une expertise rhumatologique et psychiatrique, afin de déterminer précisément la capacité de travail de la recourante ainsi que ses limitations fonctionnelles, est nécessaire,

que la décision attaquée doit en conséquence être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après complément d'instruction sur le plan médical, sous la forme d'une expertise rhumatologique et psychiatrique mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA et dont le rapport à venir devra permettre de se prononcer à l'aune de la jurisprudence fédérale contenue à l'ATF 141 V 281 ;

attendu que la recourante requiert en outre la prise en charge par l'intimé des frais de l'expertise réalisée par le Dr D. _____,

que, selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à la charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (cf. ATF 135 V 473 et 115 V 62),

qu'en l'occurrence, la production de l'expertise privée s'est révélée utile à la solution du litige dès lors qu'elle a permis au SMR de constater l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, qu'il avait dans un premier temps nié, et d'une problématique psychique, ainsi qu'à l'intimé de reconsidérer sa décision (cf. art. 53 al. 3 LPGA),

qu'il se justifie par conséquent d'admettre la conclusion de la recourante tendant à la prise en charge des frais de l'expertise privée réalisée par le Dr D. _____,

qu'il appartiendra à l'intimé, à qui la cause est renvoyée, de statuer dans ce sens, une fois qu'il aura pu examiner la facture présentée par l'expert ;

attendu que la recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité à titre de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. art. 55 al. 1 LPA-VD), dont il convient d'arrêter le montant, à ce stade de la procédure, à 2'000 fr. à la charge de l'OAI (cf. art. 55 al. 2 LPA-VD), auxquels s'ajouteront les frais d'expertise, sur le montant desquels l'intimé statuera après vérification de la facture,

qu'en l'espèce, compte tenu des conclusions de l'intimé, qui permettent de statuer en procédure simplifiée, il convient de renoncer à la perception de frais judiciaires.

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision rendue le 26 janvier 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour nouvelle décision après complément d'instruction sur le plan médical conformément aux considérants.
- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens, auxquels s'ajouteront les frais d'expertise selon nouvelle décision de l'intimé.

IV. Il n'est pas perçu de frais de justice.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Claudio Venturelli (pour P. _____),
- 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 :