

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2018

Composition : M. NEU, président
Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

F. _____, à R. _____, recourante, représentée par Me Claudio Venturelli,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA ; 57 al. 1 let. f LAI et 69 RAI

E n f a i t :

A. Ressortissante macédonienne au bénéfice d'une autorisation d'établissement (permis C), F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1985, est mariée et mère de trois enfants nés entre 2010 et 2015. Sans formation professionnelle, elle a travaillé à compter du 1^{er} mars 2011 en tant que femme de chambre pour le compte d'un établissement hôtelier. Ayant présenté une incapacité de travail totale depuis le 26 octobre 2015, elle s'est vue signifier son licenciement pour le 29 février 2016 (courrier du 27 janvier 2016).

Alléguant souffrir d'une hernie discale et de problèmes dermatologiques au dos et aux mains, F._____ a déposé, en date du 4 février 2016, une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI ou l'intimé) a versé au dossier les renseignements recueillis par l'assureur perte de gain en cas de maladie, tout en récoltant diverses informations sur la situation personnelle, professionnelle et médicale de l'assurée.

Dans un rapport médical non daté, indexé le 14 avril 2016, le Dr P._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, dermatologue traitant, a posé le diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - de dermatite atopique avec des sensibilisations de contact, existant depuis plusieurs années. Il a considéré que l'activité de femme de chambre n'était plus exigible en raison de l'état inflammatoire chronique et des douleurs.

Le 15 avril 2016, la Dresse W._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics incapacitants de dermatite atopique des mains et de l'ensemble du corps, d'eczéma irritatif surajouté ainsi que de petite hernie discale sous-ligamentaire L4-L5 latéralisée à gauche. Selon ce médecin, la profession de femme de chambre dans un hôtel n'était plus exigible en raison du contact avec les

produits de nettoyage, lequel induisait une réaction inflammatoire et allergique. En revanche, dans une activité au sec et n'impliquant pas de contact avec des produits de nettoyage, une capacité de travail entière était envisageable.

A la demande de l'assureur perte de gain en cas de maladie, le Dr L._____, spécialiste en rhumatologie, a procédé à l'expertise de l'assurée. Dans son rapport du 28 avril 2016, il a posé les diagnostics suivants : lombalgies chroniques et cervicalgies aiguës ainsi que lésions cutanées prédominant sur les mains, mais aussi présentes sur le visage et dans une moindre mesure sur le tronc et les cuisses dans un contexte de dermatite atopique avec un eczéma irritatif surajouté. L'expert a estimé que, dans l'activité habituelle, la capacité de travail était nulle au vu de l'atteinte cutanée et des lombalgies chroniques. En revanche, dans une profession compatible avec diverses limitations fonctionnelles rachidiennes et excluant tout contact avec des produits de nettoyage et de l'eau, l'exigibilité était entière.

Se déterminant sur cette expertise dans un avis médical du 31 août 2016, le Dr V._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a indiqué que, dans la mesure où les lombalgies communes chroniques n'avaient pas fait l'objet d'un traitement reconnu comme efficace, elles ne pouvaient être considérées comme invalidantes. Il en allait de même sur le plan dermatologique, dès lors que les lésions persistaient malgré la cessation de l'activité de femme de chambre ; elles n'apparaissaient donc pas liées à l'accomplissement de cette activité. Au surplus, elles existaient depuis de nombreuses années.

Dans un rapport médical du 6 octobre 2016 à l'attention du médecin-conseil de l'assureur perte de gain, le Dr Q._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie, a relevé que l'assurée présentait depuis quinze ans un eczéma dysidrosique. L'examen clinique mettait en évidence une dermatite irritative symétrique et bilatérale des deux faces palmaires sans atteinte dorsale. Il y avait par ailleurs des lésions d'eczéma du même type sur le corps. Le Dr Q._____ a également noté un

érythème fissuré au niveau des doigts avec une pulpite gênant la préhension et les tâches ménagères en général. Selon lui, la capacité de travail dans la profession habituelle était nulle en raison de la chronicité de la dermatose, qu'il était au demeurant très difficile d'équilibrer ; l'éventualité d'une reprise du travail n'était ainsi pas envisageable. Quant à une activité ne comportant aucune tâche manuelle et excluant tout contact avec des irritants, le Dr Q._____ a estimé qu'il était difficile d'exiger l'exercice d'une telle profession à 100% compte tenu du retentissement psychologique associé à la dermatose, laquelle restait très invalidante.

Quand bien même une ambiguïté subsistait à propos de la source de l'atteinte cutanée, le Dr V._____ a considéré que, dans une activité n'impliquant pas le contact des mains de l'assurée avec des produits chimiques et/ou des produits humides ou liquides, sa capacité de travail était entière. Seuls des produits secs pouvaient être manipulés, le cas échéant en portant des gants (avis médical du 8 mars 2017).

Le 24 mars 2017, l'office AI a informé l'assurée qu'il comptait lui refuser l'octroi de toutes prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente). Il a retenu que, depuis toujours, sa capacité de travail était entière dans un emploi respectant les limitations fonctionnelles suivantes : contact des mains avec des produits chimiques humides et liquides. A titre d'exemples, l'administration a cité des activités telles que le petit montage-assemblage, la finition de pièces sortant de fabrication, la surveillance d'un processus de production, le conditionnement d'emballage léger, de petits travaux à l'établi et la préparation de commande. Sous l'angle économique, l'office AI a déterminé le revenu d'invalidé sur la base des statistiques salariales, ce qui représentait un montant de 54'224 fr. 20. Quant au revenu sans invalidité, il s'élevait à 44'291 francs. Il résultait de la comparaison des gains que l'assurée ne subissait aucune perte de revenu. L'absence de préjudice économique excluait ainsi l'allocation de toutes prestations.

L'assurée n'ayant pas contesté ce projet, l'office AI a entériné son refus par décision du 1^{er} juin 2017.

B. Par acte du 29 juin 2017, F._____ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui est allouée et, à titre subsidiaire, à son annulation, le dossier étant renvoyé à l'office AI pour complément d'instruction. Contestant la capacité de travail entière qui lui a été reconnue par l'office AI dans une activité adaptée, l'assurée fait valoir que ses problèmes de dos et de peau l'empêchent de travailler non seulement dans son ancien emploi mais également dans n'importe quelle autre profession. En se référant au rapport du Dr Q._____ du 6 octobre 2016, elle fait par ailleurs remarquer que le retentissement psychologique de ses pathologies sur son état de santé est susceptible de réduire son aptitude à reprendre l'exercice d'une activité lucrative à plein temps. C'est donc à tort que l'office AI lui a dénié tout droit à des prestations.

Dans sa réponse du 23 août 2017, l'office AI a indiqué que, selon l'avis annexé du SMR du 15 août 2017, le courrier du Dr Q._____ du 6 octobre 2016 ne remettait pas en question l'appréciation médicale telle que figurant dans les avis des 31 août 2016 et 8 mars 2017. Il a en conséquence proposé le rejet du recours.

A l'appui de sa réplique du 4 janvier 2018, l'assurée a produit un rapport daté du 23 novembre 2017 du Dr J._____, spécialiste en dermatologie et vénéréologie. Sur la base de ses observations, ce médecin a posé les diagnostics d'eczéma de contact irritatif dans un contexte d'atopie, de sensibilisation de contact allergique au produit personnel de nettoyage, réaction irritative au chlorure de benzalkonium, ainsi que d'urticaire de contact et urticaire chronique spontanée. Selon le Dr J._____, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle. Il a par ailleurs expliqué que l'état cutané au niveau des mains et du visage ne permettait pas à l'assurée de reprendre l'exercice d'une activité, fût-ce dans une profession adaptée telle qu'envisagée par l'office AI. En effet, l'état de la peau ne permettrait pas une préhension suffisamment fine et correcte pour que le travail soit réalisé convenablement. Par ailleurs, les

sensations de prurit et de démangeaisons occasionnées la rendraient beaucoup trop distraite. Le Dr J._____ a dès lors proposé une prise en charge dermatologique adaptée et immédiate en vue d'une rémission complète de la maladie et un traitement d'entretien permettant d'avoir une situation clinique convenable. Indépendamment de la problématique dermatologique, le Dr J._____ a confirmé l'appréciation du Dr Q._____, selon laquelle la péjoration des lésions avait occasionné un retentissement psychique sur l'assurée. Tout en maintenant les conclusions prises dans son recours du 29 juin 2017, l'assurée a conclu à titre subsidiaire à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'office AI afin qu'il procède à l'investigation de la problématique psychiatrique, laquelle apparaissait de manière récurrente dans les différents rapports versés au dossier. Un tel renvoi devrait également permettre, le cas échéant, de mettre en œuvre les traitements médicaux préconisés par le Dr J._____, en vue d'améliorer l'état de santé clinique sur le plan dermatologique.

A sa duplique du 12 février 2018, l'office AI a joint un avis du 7 février 2018 du Dr G._____, médecin au SMR. Sous l'angle dermatologique, il préconisait un court séjour en établissement hospitalier avec traitement suivi, objectivable et documentable, aux fins de déterminer les causes de l'insuccès thérapeutique d'une affection, répondant en principe très bien à un traitement bien conduit et observé.

Dans ses déterminations du 9 mars 2018, l'assurée a souligné qu'en proposant une hospitalisation de courte durée en vue de rechercher la thérapie de nature à traiter efficacement la pathologie dont elle est atteinte, le SMR a admis que l'instruction du dossier n'était pas complète sur le plan somatique au moment où la décision litigieuse avait été rendue. Cela étant, l'assurée a maintenu que les troubles psychiques invoqués n'avaient jamais été examinés et instruits par l'autorité administrative. Pour cette raison, elle a derechef conclu au renvoi du dossier à l'office AI pour complément d'instruction. Elle a également sollicité le remboursement par l'office AI des frais de l'expertise effectuée par le Dr J._____ à hauteur de 1'520 fr.

S'exprimant une ultime fois par pli du 17 avril 2018, l'office AI s'est référé à un avis du SMR du 11 avril 2018 émanant du Dr G._____, dans lequel il relevait que l'assurée présentait une affection dermatologique traitable. Selon ce médecin, la raison empêchant la guérison était vraisemblablement liée à une adhésion thérapeutique sub-optimale, le Dr J._____ ayant admis en p. 2 de son rapport du 23 novembre 2017 une « dermatose insuffisamment traitée ». Sur le plan psychique, le SMR a suggéré la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique incluant l'évaluation des capacités fonctionnelles selon la mini CIF-APP. Il a enfin relevé qu'il ne lui incombait pas de prendre en charge le coût de l'examen pratiqué par le Dr J._____.

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 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant 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. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 LPGGA).

b) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2). En matière d'assurance-invalidité, il revient au premier chef à l'office AI de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles il se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 57 al. 1 let. f LAI et art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]).

c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est 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 ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence).

4. a) A la lumière des documents médicaux versés au dossier, en particulier le rapport du Dr Q._____ du 6 octobre 2016 et celui du Dr J._____ du 23 novembre 2017, il apparaît que la situation médicale de la recourante n'a pas fait l'objet d'une évaluation exhaustive, dans la mesure où les problèmes relevant des sphères psychique et dermatologique n'ont pas été examinés. En effet, le Dr J._____ a indiqué que la dermatose présentée par la recourante était insuffisamment traitée de sorte qu'il a proposé « une prise en charge dermatologique adaptée et immédiate avec pour but une rémission complète de sa maladie et un traitement d'entretien permettant d'avoir une situation clinique convenable lui permettant ensuite de réaliser un travail adapté comme proposé par l'assurance-invalidité ». Il a également préconisé des investigations sur le plan psychique, rejoignant en cela le Dr Q._____, qui avait mis en évidence la répercussion psychologique de la dermatose.

b) Se référant à l'analyse du Dr J._____, le Dr G._____ a relevé, sur le plan dermatologique, la nécessité d'investigations plus précises sous la forme d'un court séjour en établissement hospitalier avec traitement suivi, objectivable et documentable, aux fins de déterminer les causes de l'insuccès thérapeutique d'une affection, répondant en principe très bien à un traitement bien conduit et observé (avis médical du 7 février 2018). Concernant l'aspect psychique, le Dr G._____ a estimé, sur la base des avis des Drs Q._____ et J._____, qu'il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique avec évaluation des capacités fonctionnelles selon la mini CIF-APP (avis médical du 11 avril 2018).

c) Sur le vu de ce qui précède, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI, auquel il appartient au premier chef

d'instruire conformément au principe inquisitoire. Cette solution apparaît comme la plus opportune étant donné que plusieurs questions n'ont pas fait l'objet d'une nécessaire investigation. Le SMR s'est du reste prononcé sans examen clinique par un spécialiste. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire dermatologique et psychiatrique, répondant aux exigences de l'art. 44 LPGA. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de la recourante.

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 1^{er} juin 2017, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

6. Ayant procédé par l'intermédiaire d'un mandataire professionnel, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de dépens qu'il convient, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, de fixer à 1'200 fr. à la charge de l'office intimé (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]) lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

7. La recourante requiert la prise en charge par l'office AI de la note d'honoraires du Dr J._____. 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 ; 115 V 62 ; TF 8C_397/2014 du 27 avril 2015 consid. 7). En l'occurrence, la production du rapport du Dr J._____ du 23 novembre 2017 s'est révélée utile à la résolution du litige puisqu'elle conduit au renvoi de la cause à l'intimé. Il se justifie par conséquent d'admettre la conclusion de la recourante tendant à la prise en charge de la note d'honoraires établie par le médecin prénommé, ces frais faisant partie des dépens (cf. ATF 115 V 62 précité). Il reviendra préalablement à

l'intimé de vérifier que le montant réclamé est justifié selon la tarification applicable (Tarmed).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 1^{er} juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

- 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à F._____ une indemnité de 1'200 fr. (mille deux cents francs) à titre de dépens, à laquelle s'ajouteront les frais du rapport établi le 23 novembre 2017 par le Dr J._____, après vérification par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud de la conformité du montant au regard de la tarification applicable.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Claudio Venturelli, avocat (pour F. _____),
- 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 :