

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 décembre 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Dessaux et Pasche, juges
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6ss et 43 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 17 al. 1 et 28 al. 1 - 2 LAI

E n f a i t :

A. A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est mariée et mère de quatre enfants dont le cadet est né en [...]. Elle travaillait en qualité d'aide-infirmière pour le compte de la Fondation N. _____, Etablissement Médico-Social (EMS) à [...], à un taux de 80 %. Depuis le 1^{er} septembre 2012, elle est également bénéficiaire du revenu d'insertion (RI). Elle a allégué souffrir de maux de dos depuis le mois de mars 2016. Elle a présenté des périodes de totale incapacité de travail du 12 au 20 mars 2016, puis du 1^{er} au 15 juillet 2016. Par la suite, son médecin traitant, le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne, a encore régulièrement attesté des incapacités de travail, à un taux variant de 50 à 100 %, dès le mois d'août 2016. L'employeur a annoncé l'assurée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), pour une détection précoce, le 2 novembre 2016.

Le Dr L. _____ a adressé sa patiente au Professeur S. _____, spécialiste en médecine physique et en réadaptation, chef de service au Département de l'appareil locomoteur (DAL) du CHUV. Dans un rapport du 1^{er} septembre 2016 au Dr L. _____, le Professeur S. _____ a fait état de « lombocruralgies droites (sans sciatique vraie) sur terrain d'hyperlaxité, de déconditionnement à l'effort et de syndrome dépressif chronique ». Il n'y avait pas de conflit à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), mais un début d'involution graisseuse des canaux spinaux au niveau lombaire. Le Professeur S. _____ a proposé la reprise d'une physiothérapie avec, comme objectif principal, l'apprentissage d'exercices à réaliser seule au domicile pendant plusieurs mois, à base notamment de gainage et d'exercices proprioceptifs. Il a également prescrit des médicaments anti-inflammatoires et antidouleurs. Selon le Professeur S. _____, l'assurée avait compris que la reprise d'une activité physique sur le long terme était le seul traitement susceptible d'améliorer durablement la situation. Une infiltration facettaire basse pouvait toutefois être envisagée dans un second temps.

A. _____ a déposé une demande de prestations pour adultes auprès de l'OAI, le 14 novembre 2016.

Dans un rapport du 29 décembre 2016 à l'OAI, le Dr L. _____ a fait état de lombocruralgies droites non déficitaires, depuis 2016, ainsi que d'un trouble dépressif récurrent. Cette dernière atteinte était sans influence sur la capacité de travail selon le Dr L. _____ ; en revanche, les lombocruralgies entraînaient une incapacité de travail de 50 % (quatre heures par jour) dans l'activité habituelle d'aide-infirmière, avec une diminution de rendement en raison d'une limitation du port de charges. Pour le médecin traitant, les restrictions mentionnées pouvaient être améliorées par des « mesures de réhabilitation », sans que l'on puisse toutefois en prévoir précisément les effets.

Le 6 février 2017, l'assureur perte de gain E. _____, qui servait ses indemnités journalières à un taux variant de 50 à 100 % dès le 5 août 2016, a produit le dossier médical de l'assurée qu'il avait constitué.

Au terme d'un avis du 22 février 2017, le Dr X. _____, médecin du Service médical régional (SMR) de l'assurance-invalidité, a observé que le Dr L. _____ recommandait un reconditionnement effectif et efficace qui permettrait à l'assurée de pouvoir assumer son activité professionnelle et ses obligations de maman de quatre enfants. Selon le Dr X. _____, le reconditionnement pourrait être effectué au CHUV de façon intensive et serait pris en charge par l'assurance en cas de perte de gain. Un déconditionnement musculaire n'était pas reconnu comme invalidant en assurance-invalidité et l'assurée retrouverait une pleine capacité de travail ensuite d'un reconditionnement physique effectif.

Par projet du 23 février 2017, puis décision du 7 avril 2017, l'OAI a refusé à l'assurée le droit à la rente et à des mesures professionnelles. Selon ses investigations, nonobstant l'incapacité de travail de 50 % attestée au dossier, le trouble (déconditionnement musculaire) présenté par l'assurée ne justifiait pas une incapacité de

travail durable au sens de l'assurance-invalidité, et donc l'octroi de prestations de cette assurance.

B. Par acte du 5 mai 2017, A. _____ a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, en concluant à son annulation. La recourante fait en substance grief à l'OAI de ne pas avoir correctement instruit sa demande de prestations. Elle expose qu'elle a été licenciée de son emploi d'aide-infirmière en EMS avec effet au 30 juin 2017 et allègue que son travail habituel n'est plus exigible de sa part compte tenu de son état de santé (maintien de la station debout et le port de charges, activités qualifiées de « très pénibles »). Elle a notamment produit des rapports établis les 3 février, 29 mars et 27 avril 2017 par le Dr G. _____, spécialiste en anesthésiologie au Centre [...] de la Clinique [...], et qui établissent que la recourante s'est soumise, aux deux dernières dates, à des blocs facettaires L3-S1 bilatéraux, en présence d'une lombosciatalgie persistante dans le cadre d'une discopathie L4-L5 significative source de douleurs lombaires sans irradiation dans les membres inférieurs. Elle produit également des certificats d'incapacité de travail de 50 à 100 % établis par son médecin traitant pour la période du 1^{er} juillet 2016 au 1^{er} juin 2017.

Dans sa réponse du 11 septembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée, avec la précision qu'un reconditionnement physique est exigible de la recourante au vu de son obligation de réduire le dommage.

La recourante a déposé une nouvelle détermination le 10 octobre 2017 en produisant notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 11 mai 2017 du Dr G. _____ qui établit que la recourante s'est soumise, à cette date, à une série de blocs facettaires L3-S1 bilatéraux ;

- un certificat établi le 6 octobre 2017 par le Dr L. _____ qui y atteste ce qui suit :

“Le médecin soussigné confirme que le (la) patient(e) ci-dessus présente des lombalgies chroniques invalidantes.

En plus de la problématique de déconditionnement musculaire attestée en décembre 2016, la patiente présente des lésions organiques objectivées à l'IRM (cf. rapport annexe) ayant nécessité infiltrations rachidiennes puis thermoablation.

Dès lors il s'agit de lombalgies compliquées où le reconditionnement musculaire ne représente qu'une partie du traitement.

L'avis du SMR datant du 22.2.17 doit être revu en fonction de ces éléments nouveaux.”

Cette écriture et ses annexes ont été communiquées à l'intimé pour son information.

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 prévues par la 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 LPGA).

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 vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Le recours a été formé en temps utile devant le tribunal compétent, compte tenu des fêtes pascales 2017 (art. 38 al. 4 let. a LPGA), et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité ou à des mesures de reclassement professionnel.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'art. 6 LPGA prévoit qu'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 (al. 2).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la

personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité ; un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à

une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

d) A teneur de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Tel n'est en principe pas le cas si l'assuré ne subit pas, même en l'absence d'une telle mesure de reclassement, une diminution de sa capacité de gain de l'ordre de 20 % au moins (ATF 124 V 108 consid. 2b).

4. La recourante conteste que son état de santé ne justifie pas une incapacité de travail durable au sens de l'assurance-invalidité. Elle se prévaut de certificats de son médecin traitant attestant une incapacité de travail de 50 à 100 % depuis le 1^{er} juillet 2016. Selon le Dr L._____, outre la problématique de déconditionnement musculaire depuis décembre 2016, sa patiente présente des lésions organiques objectives (lombalgies chroniques [lombocruralgies] invalidantes) nécessitant des infiltrations rachidiennes au printemps 2017 puis thermoablation. Ces éléments contrediraient l'avis SMR du 22 février 2017 sur lequel l'intimé s'est basé pour sa décision de refus de prestations du 7 avril 2017.

5. **a)** Au moment de la décision litigieuse, l'OAI a certes constaté que la recourante n'avait pas présenté une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année minimum, sans interruption

notable (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI). En effet, le début de l'incapacité de travail durable qu'elle allègue remonte au mois d'août 2016, voire au mois de juillet 2016. Toutefois, l'intimé n'avait pas à statuer en avril 2017 déjà, sur le droit à la rente de l'assurée alors même que cette question ne se posait de tout évidence pas encore au vu des incapacités de travail alléguées. En procédant ainsi, l'OAI a contraint l'assurée à recourir pour éviter d'être prétéritée, lors d'un examen ultérieur du droit aux prestations, qui n'aurait été envisagé par l'intimé qu'aux conditions restrictives d'une nouvelle demande (sur cette dernière notion, cf. art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Pour ce motif déjà, il convient d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il statue à nouveau sur le droit aux prestations, pour la période courant dès le 1^{er} juillet 2017.

Indépendamment de ce qui précède, il convient d'observer que le Dr L._____ n'a pas indiqué qu'un reconditionnement physique permettrait à la recourante de recouvrer une pleine capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle, contrairement à ce que mentionne le Dr X._____ dans sa détermination du 22 février 2017. Le médecin traitant a indiqué, au contraire, que l'effet d'un tel reconditionnement sur la capacité de travail n'était pas prévisible (rapport du 29 décembre 2016, rubrique 1.8 « questions concernant des mesures réadaptation professionnelle possibles » en p. 2). Le Dr L._____ atteste par ailleurs une incapacité de travail de 50 à 100 % de manière régulière depuis le mois de juillet 2016, non pas en raison d'un déconditionnement musculaire, mais de lombocruralgies. Que ces lombocruralgies découlent d'un déconditionnement musculaire - mais également d'une discopathie L4-L5 significative (rapport du 3 février 2017 du Dr G._____) - ne permet pas de considérer qu'elles ne constitueraient pas une atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Le Dr L._____ ne s'est d'ailleurs pas limité à prescrire un reconditionnement musculaire, puisqu'il a encore adressé sa patiente au Dr G._____, qui a procédé à des blocs facettaires (rapports des 29 mars, 27 avril et 11 mai 2017). Les pièces médicales produites avec la dernière détermination de la recourante ne modifient pas cette analyse, mais la complètent puisque le Dr L._____ y

mentionne des lésions organiques objectivées par imagerie par résonance magnétique (IRM) ayant nécessité des infiltrations rachidiennes puis thermoablation (certificat du 6 octobre 2017).

b) Au vu de ce qui précède, les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète. L'état de santé de la recourante et les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail (et de gain) n'ont pas pu être établis de manière probante. Il convient donc de renvoyer la cause à l'OAI, auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA. L'intimé reprendra l'instruction de la cause relative aux atteintes à la santé et à leur effet sur la capacité résiduelle de travail. Si, par hypothèse, il devait finalement constater une incapacité de travail dans l'activité habituelle, mais l'exigibilité d'une activité professionnelle mieux adaptée, il lui appartiendra de procéder à une comparaison de revenus et éventuellement, dans le cadre de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, à une enquête ménagère effectuée au domicile de l'assurée (cf. art. 8 al. 1 et 3 LPGA) avant de statuer sur le droit aux prestations.

6. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante qui obtient gain de cause sans l'assistance des services d'un mandataire

professionnel pour la défense de ses intérêts (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 *a contrario* LPA-VD).

**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 7 avril 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet Office pour instruction complémentaire 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. 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 :

- A. _____,
- 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 :