

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 août 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Métral, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat,
à Lausanne

et

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

Art. 43 et 44 LPGA ; art. 82 LPA-VD.

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

Vu la demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) déposée le 7 août 2012 par B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au motif d'une « spondylarthrite ankylosante »,

vu les rapports recueillis par l'OAI auprès des médecins traitants de l'assurée, à savoir les Drs C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, D._____, généraliste, et F._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, lesquels ont pour l'essentiel diagnostiqué un « épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique » et des « cervicalgies chroniques dans le cadre d'une spondylarthropathie HLA-B27 positive » sous suite d'incapacité de travail depuis le 15 mai 2012 (cf. rapports médicaux des 11, 14 et 21 septembre 2012),

vu l'évolution défavorable rapportée par la Dresse F._____ du fait de l'apparition d'une « sacro-iliite droite » en janvier 2013 et d'une « déchirure du ménisque du genou droit » opérée en juin 2015 (cf. rapports de cette spécialiste des 27 mars 2013, 26 mars 2014, 18 décembre 2014 et 6 novembre 2015),

vu l'examen bidisciplinaire - rhumatologique et psychiatrique - mis en œuvre au sein du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) les 23 février 2016 et 14 juillet 2016, ainsi que le rapport corrélatif, établi le 3 novembre 2016 par les Drs J._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,

vu l'absence de tout diagnostic se répercutant durablement sur la capacité de travail selon les spécialistes du SMR, les diagnostics de « fibromyalgie », « douleurs axiales et périphériques dans le contexte

d'une possible spondylarthropathie », « discrets troubles dégénératifs lombaires », « discrets troubles dégénératifs de la colonne cervicale », « départ du foyer pendant l'enfance », « difficultés dans les rapports avec le conjoint ou le partenaire » et « dislocation de la famille par séparation ou divorce » étant considérés comme des diagnostics sans incidence sur dite capacité (cf. rapport d'examen du SMR du 3 novembre 2016, p. 15),

vu l'avis du SMR, rédigé le 8 décembre 2016 par le Dr H._____, concluant à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle dès le 1^{er} décembre 2012,

vu le projet de décision, rendu le 13 décembre 2016 par l'OAI, où ce dernier envisageait de nier le droit de l'assurée à des mesures professionnelles et à une rente, en l'absence de toute maladie ayant valeur d'invalidité,

vu les objections audit projet, formulées par l'assurée le 21 décembre 2016, par lesquelles elle a souligné l'évolution défavorable de son état de santé et s'est prévalu du contexte de l'examen diligenté au sein du SMR, estimant que le Dr J._____ avait fait preuve de prévention à son encontre,

vu la correspondance du 31 mars 2017 de l'assurée, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, produisant un nouveau rapport _____ médical _____ de _____ la Dresse F._____, daté du 24 janvier 2017, dans lequel cette spécialiste a réitéré le diagnostic d'une « spondylarthropathie HLA-B27 positive avec atteinte axiale (cervicalgies chroniques et sacro-iliite), périphérique et enthésitique » et précisé que sa patiente était dotée d'une capacité de travail maximale de 20% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles,

vu la confirmation de cette appréciation communiquée le 1^{er} mai 2017 par la Dresse F._____ au SMR et l'avis de ce dernier du 31 mai 2017, maintenant ses conclusions du 8 décembre 2016,

vu la décision de l'OAI du 20 juin 2017, prononçant le refus de mesures professionnelles et de rente en l'absence d'atteinte à la santé invalidante,

vu le recours interjeté par l'assurée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en date du 17 août 2017, aux termes duquel elle a conclu à l'annulation de la décision du 20 juin 2017, au renvoi de la cause à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise, et signalé avoir consulté pour expertise le Prof. P._____, médecin-chef de la Clinique de rhumatologie de l'Hôpital R._____, dont elle attendait un prochain rapport,

vu le courrier de l'OAI du 12 octobre 2017, proposant de patienter jusqu'à réception du rapport du Prof. P._____,

vu la correspondance de l'assurée du 8 janvier 2018, transmettant un tirage du rapport du Prof. P._____, rédigé le 8 janvier 2018, par lequel ce spécialiste a rejoint l'appréciation de la Dresse F._____ quant aux diagnostics retenus et quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée,

vu les conclusions complémentaires formulées par l'assurée, tendant à la prise en charge des frais de l'expertise réalisée par le Prof. P._____, à hauteur de 1'500 francs,

vu la requête de l'assurée, formulée le 23 février 2018, en vue d'obtenir le bénéfice de l'assistance judiciaire à compter du 17 août 2017,

vu la décision de la magistrate instructrice du 27 février 2018, octroyant l'assistance judiciaire en faveur de l'assurée avec effet dès le 30 janvier 2018 et désignant Me Duc au titre d'avocat d'office,

vu la réponse au recours du 6 mars 2018 de l'OAI, annexant une prise de position du Dr J._____ du 5 mars 2018, où ce dernier a

suggéré la mise en œuvre d'une nouvelle expertise – bidisciplinaire ou rhumatologique – externe à l'assurance,

vu la réplique de l'assurée du 9 avril 2018, s'opposant à une nouvelle mesure d'instruction,

vu la duplique de l'OAI du 17 avril 2018, persistant dans les termes de sa précédente écriture,

vu la liste des opérations communiquée le 3 mai 2018 par le mandataire de l'assurée,

vu les pièces versées au dossier ;

attendu que le recours, formé en temps utile compte tenu des fêtes judiciaires estivales, remplit les autres conditions de forme, de sorte qu'il est recevable (art. 60 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 vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD, 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),

que, dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (art. 82 al. 2 LPA-VD),

attendu que, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur – en l'espèce l'OAI – examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin,

qu'il peut recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits (art. 44 al. 1 LPGA),

que pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF [Tribunal fédéral] 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1),

que selon la jurisprudence, bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_500/2011 du 26 mars 2012 consid. 3.1 ; 9C_28/2011 du 6 octobre 2011 consid. 2.2 ; 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.3 et 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références ; consid. 3.3.2 non publié de l'ATF 135 V 254),

qu'il convient cependant d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_500/2011 précité loc. cit. ; 9C_28/2011 précité loc. cit. et 9C_745/2010 précité loc. cit.),

que, selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (art. 42 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] ;

art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ;

ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff, in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt),

qu'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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5),

qu'en l'occurrence, l'intimé, respectivement le SMR, a lui-même estimé que des doutes subsistaient au niveau diagnostique, ainsi que s'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, de sorte qu'une nouvelle expertise de cette dernière s'imposait,

que, contrairement à ce que soutient la recourante, le rapport établi par le Prof. P._____ le 3 janvier 2018 n'est pas suffisant pour statuer à satisfaction sur ses droits, dans la mesure où ce document ne remplit pas tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante,

qu'en particulier les explications du spécialiste précité eu égard à l'appréciation de la capacité de travail de la recourante sont insuffisamment étayées,

qu'il y a dès lors lieu renvoyer la cause à l'intimé pour de faire procéder à l'expertise rhumatologique suggérée par le Dr J._____ dans son avis du 5 mars 2018,

qu'il appartiendra à l'intimé d'examiner l'opportunité d'y adjoindre un volet psychiatrique après actualisation des pièces médicales versées au dossier,

que le recours se révèle ainsi bien-fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constaté de manière complète sur le plan médical (art. 98 let. b LPA-VD),

que la décision attaquée du 20 juin 2017 doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après complément d'instruction sur le plan médical par la mise en œuvre, conformément à l'art. 44 LPGA, d'une nouvelle expertise,

attendu qu'en vertu de l'art. 45 al. 1, 2^{ème} phrase, LPGA, les frais occasionnés par les mesures d'instruction indispensables à l'appréciation du cas sont pris en charge par l'assureur,

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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 ; 135 V 473, 115 V 62 ; TF 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 et la référence),

qu'en l'occurrence, le rapport du Prof. P._____ est venu apporter un éclairage supplémentaire du cas de l'assurée, ce qui entraîne le renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction,

que la conclusion de la recourante tendant à la prise en charge de la facture du Prof. P._____ afférente à son rapport du 3 janvier 2018 doit être admise et les frais correspondants portés à la charge de l'intimé,

qu'il appartiendra à l'intimé de se prononcer en ce sens, après avoir sollicité et analysé la facture du Prof. P._____ que la recourante n'a pas produite auprès de la Cour de céans,

attendu que la recourante obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, de sorte qu'elle peut prétendre une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGA),

qu'au vu de la nature et de la complexité de la procédure, cette indemnité doit être arrêtée à 1'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.26.5.1]),

que cette indemnité permet de couvrir équitablement les honoraires dus au titre de l'assistance judiciaire en faveur de Me Jean-Michel Duc,

qu'au surplus, débouté, l'OAI supportera les frais judiciaires de la cause, fixés à 400 fr. (cf. à cet égard art. 69 al. 1^{bis} LAI) ;

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 20 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés 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 au recourant une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs) à titre de dépens, auxquels s'ajouteront les frais de l'expertise privée réalisée par le Prof. P._____ par décision dudit office.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Jean-Michel Duc, à Lausanne (pour B._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :