

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 avril 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Röthenbacher et M. Piguët, juges
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

X. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6 et 43 LPGA ; art. 28 LAI

E n f a i t :

A. X._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1955, a travaillé auprès de la commune de [...] en qualité de concierge à 50 % jusqu'au 31 janvier 2013.

Le 9 septembre 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité au vu des différentes atteintes dont elle souffrait. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux notamment auprès du Dr W._____, médecin praticien.

Selon son rapport du 17 novembre 2016, l'assurée devait être opérée pour une thyroïdectomie totale et souffrait des diagnostics incapacitants suivants :

- « – Lombalgie chronique sur spondylarthrose multiétagée, avec notamment :
 - Chirurgie de décompression lombaire en 2004 par Pr F._____
 - Canal lombaire étroit opéré par laminoplastie mini-invasive par le Dr K._____ en 2014
 - Prothèse totale des genoux opérés en 2004 et 2005
 - Thyroïdite et cancer thyroïdien (microcarcinome papillaire) avec résection partielle en 2016 et résection totale prévue pour fin 2016 en raison de nouvelles cellules suspectes
 - Trouble dysexécutif et mnésique qui sera investigué le 06.12.2016 par le Pr T._____
 - Hernie cervicale C6-C7
 - Status après cure chirurgicale d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule D en 2010
 - Status après ténolyse du long fléchisseur du pouce D pour ténosynovite sténosante le 21.08.2015 ».

Il ressort du rapport du 8 décembre 2016 du Professeur T._____, spécialiste en neurologie, rédigé à la suite de l'investigation du trouble dysexécutif et mnésique de l'assurée, que son bilan neuropsychologique ne montrait pas d'anomalie notable, ni l'IRM réalisée le 2 novembre 2016, en dehors d'une discrète leucopathie de type microvasculaire cohérente avec les facteurs de risque de la patiente.

S'agissant des problèmes thyroïdiens de l'assurée, la Dresse S._____, spécialiste en médecine interne générale et en endocrinologie-diabétologie, exposait dans son rapport du 9 février 2017 qu'elle avait traité l'assurée dans le contexte d'un microcarcinome papillaire thyroïdien bilatéral opéré une première fois en juillet 2015 avec une totalisation de sa thyroïdectomie le 25 novembre 2016, sans avoir revu la patiente depuis décembre 2016. Le médecin a renvoyé aux autres médecins de la patiente s'agissant des différents traitements qu'elle suivait.

Sur demande de l'OAI, un rapport médical a été établi le 30 août 2017 par le Dr N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et le Dr C._____, médecin assistant, auprès du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier Q._____, concernant les problèmes orthopédiques de l'assurée. Les médecins ont relevé que le dernier status orthopédique effectué datait d'août 2016 et qu'il était nécessaire de faire une nouvelle évaluation pour pouvoir déterminer la capacité de travail de l'assurée dans son activité de concierge et sa capacité de travail médico-théorique dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le status orthopédique d'août 2016 faisait mention d'une extension du rachis algique et de douleurs à la palpation rachidienne, ainsi que d'une raideur des plans sous-pelviens avec distance talon-fesse de 18 cm de chaque côté. L'assurée présentait aussi en août 2016 une faiblesse en flexion de la hanche côté à M3/5 de chaque côté et de troubles de l'équilibre avec la station unipodale non-tendue. Les limitations fonctionnelles consistaient en troubles de l'équilibre, déficit de force et raideur selon l'examen d'août 2016.

Par avis médical du 23 octobre 2017, le Dr Z._____ du Service médical régional (ci-après : le SMR) a notamment indiqué ce qui suit :

« Dans le cadre de la présente audition, nous avons reçu un dossier médical adressé par le Dr W._____ (RM [rapport médical] du

17.11.2016) qui faisait état d'une situation évolutive non considérée jusqu'alors sur le plan thyroïdien, sur le plan neurocognitif et sur le plan de troubles rachidiens avec la suspicion d'une myélopathie précoce. Nous avons donc réinterrogé les médecins référents sur chacun de ces points. A ce jour, nous pouvons admettre au vu des rapports obtenus qu'il n'existe pas de maladie incapacitante au sens de l'AI sur le plan thyroïdien (voir lettre Dr S. _____ du 09.02.2017), ni sur le plan neuropsychologique avec une IRM normale et des performances cognitives en amélioration (voir lettre Centre hospitalier Q. _____ du 08.12.2016). Sur le plan rachidien, nous avons enfin reçu les résultats des IRM dorsale (mai 2016) et lombaire (avril 2016) qui ne retiennent ni l'une ni l'autre de compression radiculaire. L'hypothèse de la myélopathie est donc abandonnée par le Dr K. _____ qui ne pose pas d'indication opératoire. L'assurée a donc été adressée au Centre hospitalier Q. _____ pour la prise en charge de ses lombalgies (RM Pr D. _____ du 03.08.2016). Les autres atteintes somatiques ayant été considérées comme non invalidantes, seule l'atteinte rachidienne et les lombalgies sont susceptibles de produire des limitations fonctionnelles ayant un impact sur la CT [capacité de travail] dans l'activité habituelle de concierge de l'assurée. Nous avons donc interrogé le Pr D. _____ qui dans un courrier du 30 août 2017 ne se détermine ni sur des limitations fonctionnelles nouvelles au plan orthopédique, ni sur une capacité de travail que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, puisqu'il demande une nouvelle évaluation (depuis 2016) pour se déterminer. Dans ce contexte, soit nous considérons que notre projet de décision d'août 2016 est valable à ce moment-là (ce qui est la vérité selon ce dernier rapport), soit nous poursuivons l'instruction en demandant au service du Dr D. _____ de procéder à une nouvelle évaluation dans le cadre d'une consultation aux frais de l'AI ».

Par décision du 24 octobre 2017, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à toute prestation de l'assurance-invalidité, au motif que cette dernière présentait une pleine capacité de travail dans toute activité.

B. Par acte du 23 novembre 2017 (date du sceau postal), X. _____ a déféré la décision précitée de l'OAI devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant implicitement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Elle a notamment exposé ce qui suit dans son écriture :

« Depuis l'an 2000, j'étais en traitement pour mes problèmes de dos chez le Dr [...] à [...], puis en 2003, j'ai subi une opération du canal lombaire (canal trop étroit L4/L5), en 2004 la première prothèse du genou gauche, 2005 prothèse genou droit, 2010 épaule droite, tendons déchirés (arthrose). En 2014, à nouveau canal lombaire trop étroit (L1/L2, Dr K. _____). Je fais des apnées du sommeil (environ 20 par heure). En 2014 polype précancéreux du colon, 2015 micro-cancer thyroïde lobe droit 2016 micro-cancer thyroïde lobe gauche.

Depuis 20 ans environ, il y a eu 8 opérations au niveau des mains, kystes tunnel carpien, tendons sectionnés et doigts à ressauts. J'ai des problèmes de vue depuis ma naissance, je vois à 10% sur l'œil droit et 50% sur l'œil gauche. J'ai une hernie discale L4/L5 et une hernie cervicale C6/C7. A cause de l'hernie cervicale mes mains ne m'obéissent plus, elles deviennent raides, marcher devient aussi de plus en plus pénible.

Tous ces problèmes de santé font de moi une personne très diminuée, je n'ai plus de vie sociale. Je ne tiens pas assise très longtemps à cause de mes douleurs au dos 24h/24.

Et maintenant (septembre 2017), on m'a annoncé un cancer du sein (gauche), je vais être opérée le 22 novembre (mastectomie). »

Dans ses déterminations du 24 janvier 2018, l'OAI a proposé l'annulation de la décision litigieuse et le renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision. L'OAI a produit en annexe à son envoi un avis médical du 15 janvier 2018 du Dr Z. _____ du SMR, relevant notamment les éléments suivants :

« Dans le cadre de l'audition, nous avons reçu un dossier médical adressé par le Dr W. _____ (RM du 17.11.2016) qui faisait état d'une situation évolutive non considérée jusqu'alors sur le plan thyroïdien, sur le plan neurocognitif et sur le plan de troubles rachidiens avec la suspicion d'une myélopathie précoce. Au vu des rapports obtenus lors d'une nouvelle instruction, nous avons admis l'absence de maladie incapacitante au sens de l'AI sur le plan thyroïdien (voir lettre Dr S. _____ du 09.02.2017), sur le plan neuropsychologique avec une IRM normale et des performances cognitives en amélioration (voir lettre Centre hospitalier Q. _____ du 08.12.2016). Sur le plan rachidien au vu des résultats des IRM dorsale (mai 2016) et lombaire (avril 2016) sans compression radiculaire, l'hypothèse de la myélopathie a été abandonnée. Quant aux problèmes lombalgiques résiduels, le Pr D. _____ dans son courrier du 30 août 2017 ne se détermine, ni sur des limitations fonctionnelles nouvelles au plan orthopédique, ni sur une capacité de travail et demande une nouvelle évaluation (depuis 2016) pour pouvoir se déterminer. Dans ce contexte, nous pouvons considérer au vu de la nature dégénérative des atteintes et de l'âge de l'assurée que la situation rachidienne est selon toute vraisemblance non compatible avec l'activité habituelle de concierge qui est de fait non exigible. Concernant la capacité de travail dans une activité adaptée, elle n'a pu être évaluée depuis 2016, mais l'acte de recours nous informe de l'apparition d'une nouvelle atteinte depuis septembre 2017, à savoir un carcinome du sein. Prenant en considération cette nouvelle pathologie, inconnue lors de notre instruction, mais bien présente et diagnostiquée de fait avant notre décision du 24.10.2017, la capacité de travail est en conséquence nulle en toute activité depuis cette date au moins. Au vu du traitement (mastectomie initiale plus chimiothérapie probable) une IT [incapacité de travail] totale de 18 à 24 mois est prévisible. Selon la vraisemblance prépondérante, cette assurée ne pourra retrouver

une CT exigible de plus de 25% même dans une activité adaptée avant l'âge légal de sa retraite. »

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 (art. 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 une rente 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 LPGA).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, 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 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

c) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

d) Dans le domaine des assurances sociales notamment, 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 examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA). En matière d'assurance-invalidité, l'art. 69 al. 2 RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) précise que si les conditions d'assurance sont remplies, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une enquête sur place peuvent être exigés ou effectués ; il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. Il dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

4. a) La recourante conteste l'exigibilité à 100 % de toute activité, vu les nombreux troubles dont elle souffre, sans toutefois fournir de détails quant aux raisons médicales qui conduisent à un tel constat.

Le Dr Z._____ du SMR, auquel se réfère l'intimé, admet quant à lui dans son avis médical du 15 janvier 2018 que l'activité habituelle de concierge n'est vraisemblablement plus exigible en raison de l'atteinte rachidienne et des limitations fonctionnelles qui en résultent, que par ailleurs, l'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée n'a pas pu être évaluée depuis 2016, et enfin que la nouvelle atteinte, soit le carcinome du sein, a été diagnostiquée avant la décision litigieuse.

b) En l'espèce, l'instruction de l'intimé s'avère lacunaire sur le plan orthopédique. En effet, dans leur rapport du 30 août 2017, les Drs N._____ et C._____ indiquaient qu'une nouvelle évaluation était nécessaire pour apprécier la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle de concierge, ainsi que sa capacité médico-théorique dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. L'intimé n'a pas donné suite à cette recommandation quand bien même il ressortait clairement du rapport précité que le dernier examen clinique de la recourante par ces médecins remontait à août 2016. Une actualisation s'imposait avant de rendre la décision litigieuse.

c) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 *in* SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Berne/St-Gall/Zurich 3^{ème} éd. 2015, n° 27 *ad* art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 137 V 210 consid. 4.4 et 122 V 157 consid. 1d). 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 que lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

d) En l'espèce, l'intimé ne pouvait faire l'impasse d'une actualisation de la situation orthopédique et de plus amples investigations avant de rendre sa décision quant au droit à la rente de la recourante.

Etant rappelé que le principe de l'unicité de la survenance de l'invalidité cesse d'être applicable lorsque l'invalidité subit des interruptions notables ou que l'évolution de l'état de santé ne permet plus d'admettre l'existence d'un lien de fait et de temps entre les diverses phases, qui en deviennent autant de cas nouveau de survenance de l'invalidité (arrêt 9C_36/2015 du 29 avril 2015 consid. 5.1 et 5.2 et les références citées), le carcinome du sein, en tant qu'atteinte à la santé totalement différente de celles qui prévalaient jusqu'alors, pourrait être considéré comme un nouveau cas d'assurance.

En de telles circonstances, il serait vain d'ordonner un complément d'instruction en relation avec l'atteinte orthopédique dans le cadre de la présente procédure alors que l'atteinte oncologique impose d'ores et déjà à l'intimé d'investiguer.

Par ailleurs, selon la jurisprudence, le moment déterminant pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite, comme la recourante, de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi correspond à celui où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4). En l'espèce, une instruction judiciaire portant sur l'atteinte orthopédique menée en parallèle à une instruction administrative concernant l'atteinte oncologique pourrait entraîner le risque de décisions contradictoires s'agissant du point de départ d'un éventuel droit à la rente.

e) Il n'appartient pas à la Cour de céans d'ordonner la forme que doit prendre cette instruction, mais à l'intimé de mettre en œuvre les mesures d'instruction idoines conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1

LPGA), et, aux termes de celles-ci, au vu de l'âge de la recourante, d'évaluer son éventuelle capacité résiduelle de travail.

5. a) En conclusion, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le 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 judiciaires (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'intimé, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante ayant agi sans le concours d'un mandataire (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 24 octobre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour 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.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- X. _____,
- 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 :