

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 11 décembre 2018

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
M. Piguet et Mme Berberat, juges  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Radivoje Stamenkovic,  
avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 43 et 44 LPGA; 82 al. 1 LPA-VD**

## **En fait et en droit :**

**Vu** la demande de prestations déposée le 23 mars 2012 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par S.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], au motif d'une hernie cervicale, d'un état dépressif et d'hypertension,

vu le rapport du 17 juillet 2012 de la Dresse V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, qui retient comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un syndrome douloureux chronique depuis 2009, des rachialgies avec prédominance cervicale sur hernie C5-C6 et arthrose postérieure L2-L3 et L3-L4 apparues en 2011, une épicondylite bilatérale chronique (poussée aiguë dès 2007-2008) ainsi qu'un état anxio-dépressif existant depuis 2007, lesquels entraînent une incapacité de travail de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007,

vu le rapport établi le 10 octobre 2012 par la Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, retenant comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), qui s'est progressivement développé depuis quelques années (probablement avant 2007) et des difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0), lesquels entraînent une incapacité de travail dans le métier de vendeuse de 50 % depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007,

vu l'avis du 8 mai 2013 des Drs D.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'OAI (ci-après : le SMR) lesquels, faisant état d'éléments discordants sur le plan psychique, recommandent la mise en œuvre d'une évaluation psychiatrique par le SMR afin de déterminer précisément la capacité de travail de l'assurée,

vu le rapport d'expertise établi le 16 juillet 2013 par les Drs L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et R.\_\_\_\_\_, médecin praticien, à la requête de J.\_\_\_\_\_, assureur perte de gains, qui retient comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un épisode dépressif moyen, qui fait suite à un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F32.11), des troubles statiques et dégénératifs multi-étagés du rachis : hernie discale C5-C6 avec empreinte sur le cordon médullaire, sténose des trous de conjugaison C5-C6, arthrose L2-L3-L4 (M50, M51) ainsi qu'une épicondylite gauche (M77.1) et conclut, compte tenu de l'ensemble du tableau clinique, que la capacité de travail clinique de l'assurée est nulle jusqu'au 31 août 2013, de 20 % du 1<sup>er</sup> au 30 septembre 2013, de 40 % du 1<sup>er</sup> au 31 octobre 2013, de 60 % du 1<sup>er</sup> au 30 novembre 2013 et de 100 %, sans diminution du rendement dès le 1<sup>er</sup> décembre 2013, dans toute activité adaptée à son status somatique (port de poids limité à trois kilos, soulèvement de poids limité à cinq kilos et possibilité de changer de position toutes les quinze minutes), y compris dans l'activité professionnelle exercée actuellement,

vu l'avis SMR établi le 26 novembre 2013 par le Dr D.\_\_\_\_\_ qui, estimant que les conclusions de cette expertise sont pleinement convaincantes, déclare s'y rallier,

vu le rapport établi le 19 décembre 2013 par le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin chef du Service de rhumatologie du Centre hospitalier A.\_\_\_\_\_ (ci-après : le K.\_\_\_\_\_), à l'attention de la Dresse V.\_\_\_\_\_ qui conclut à un probable syndrome fibromyalgique chronique, pour lequel il propose en premier lieu le maintien d'une activité physique régulière mais pas trop intensive, le remplacement des anti inflammatoires par du Dafalgan® en réserve ainsi que la poursuite du traitement anti-dépresseur,

vu l'avis SMR du 18 février 2014 du Dr D.\_\_\_\_\_ qui, après avoir relevé que le Dr N.\_\_\_\_\_ ne propose que des antalgiques de classe I et ne prévoit pas de revoir l'assurée, estime que la situation est claire et qu'il y a lieu de clore le dossier en suivant les conclusions de l'expertise diligentée par la J.\_\_\_\_\_,

vu le projet de décision de l'OAI du 24 janvier 2017 qui, considérant que la capacité de travail et de gain de l'assurée à l'issue du délai d'attente d'un an (le 25 mai 2013) était nulle, mais qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles est exigible depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2013, alloue à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai 2013 au 28 février 2014,

vu les observations de l'assurée du 15 février 2017 par lesquelles elle déclare s'opposer au projet de décision du 24 janvier 2017 en ce qu'il limite dans le temps l'octroi d'une pleine rente d'invalidité alors que, loin de s'être amélioré, son état de santé (état dépressif et syndrome de fibromyalgie) se dégrade de jour en jour au point qu'elle ne dispose plus d'aucune capacité de travail dans quelque activité que ce soit,

vu le courrier de la Dresse V. \_\_\_\_\_ à l'OAI du 22 février 2017 par lequel celle-ci, après avoir rappelé les diverses pathologies que présente sa patiente, relève que le syndrome fibromyalgique résiste aux traitements proposés et que cette situation s'accompagne de limitations fonctionnelles multiples - physiques, mentales et psychiques - ce qui entraîne, selon elle, une incapacité de travail de 100 % dans toute activité au-delà du 1<sup>er</sup> décembre 2013 pour une durée indéterminée,

vu le courrier du 1<sup>er</sup> mars 2017 de la Dresse G. \_\_\_\_\_, par lequel elle indique à l'OAI qu'elle estime que la capacité de travail de sa patiente est nulle dans toute activité, dès lors que l'état dépressif sévère ne répond pas au traitement médicamenteux psychotrope, qu'il s'est aggravé par rapport au tableau clinique de 2012, l'assurée faisant montre d'un total désintérêt pour ses proches et sa maison et vivant dans un important isolement, avec des idées noires et la peur de devenir paralysée,

vu l'avis SMR du 7 avril 2017 du Dr D. \_\_\_\_\_, dans lequel celui-ci exprime ses doutes quant aux rapports des médecins traitants, n'estimant en particulier pas crédible l'existence d'un état dépressif

sévère perdurant depuis décembre 2013, en l'absence d'une argumentation et de détails quant aux traitements successifs et alors que l'assurée a été vue en expertise quatre mois avant,

vu le courrier de l'OAI du 11 janvier 2018 informant l'assurée que ses observations ainsi que les rapports médicaux produits dans le cadre de la procédure d'audition ne sont pas susceptibles de modifier sa position et qu'elle recevra ultérieurement une décision susceptible de recours confirmant le projet de décision du 24 janvier 2017,

vu le courrier du 27 mars 2018 de Me Radivoje Stamenkovic, conseil de l'assurée, informant notamment l'OAI que l'assurée a consulté la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, laquelle a diagnostiqué une spondylarthrite ankylosante axiale et périphérique HLA-B27 positive (rapport du 22 mars 2018 annexé),

vu la décision de l'OAI du 5 avril 2018 allouant à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période allant du 1<sup>er</sup> mai 2013 au 28 février 2014,

vu le recours formé le 7 mai 2018 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par Me Radivoje Stamenkovic pour le compte de S.\_\_\_\_\_, par lequel, contestant la valeur probante du rapport d'expertise du 16 juillet 2013 des Drs L.\_\_\_\_\_ et R.\_\_\_\_\_ et mettant en exergue les rapports des médecins traitants de sa mandante, il conclut principalement à l'annulation de la décision du 5 avril 2018 pour ce qui concerne la période postérieure au 28 février 2014, à ce qu'il soit prononcé que l'assurée est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1<sup>er</sup> mars 2014 et requiert subsidiairement la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire en vue de déterminer le degré d'incapacité de travail et d'invalidité de l'intéressée,

vu la réponse du 21 juin 2018 de l'OAI se référant à l'avis SMR du Dr D.\_\_\_\_\_ du 13 juin précédent, dans lequel celui-ci concède la nécessité de mettre en œuvre une expertise rhumatologique et

psychiatrique afin d'évaluer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assurée,

vu la réplique du 18 septembre 2018 par laquelle la recourante rejette la "proposition" de l'intimé de mettre en œuvre une expertise, considérant que les rapports des médecins traitants versés au dossier sont suffisants pour admettre qu'elle présente une incapacité totale de gain,

vu la duplique de l'intimé du 5 octobre 2018 par laquelle il maintient sa "proposition" d'une expertise rhumato-psychiatrique, à mettre en œuvre rapidement, vu l'âge de la recourante ;

**attendu** que le recours, formé en temps utile, 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, 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,

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'espèce, il convient de relever que l'expertise sur laquelle s'est fondée l'OAI pour allouer à la recourante une rente entière d'invalidité limitée dans le temps date de juillet 2013,

qu'en outre, selon les derniers éléments médicaux versés au dossier, il apparaît que la recourante présenterait de nouvelles pathologies,

que l'intimé, respectivement le SMR, a lui-même retenu la nécessité de faire procéder à une expertise bidisciplinaire sur les plans rhumatologique et psychiatrique, afin d'évaluer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante,

que le volet médical du dossier doit ainsi faire l'objet d'une instruction complémentaire sous la forme d'une telle expertise,

qu'il y aura lieu, dans ce contexte, de déterminer précisément les diagnostics affectant l'état de santé de la recourante, avec l'indication des dates de leur survenance, ainsi que sa capacité de travail résiduelle et ses limitations fonctionnelles,

qu'il y a dès lors lieu renvoyer la cause à l'intimé, le dossier se trouvant incomplet en l'état,

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

attendu que la décision attaquée du 5 avril 2018 doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision, après complément d'instruction,

qu'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),

qu'en l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe,

qu'obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a également droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD),

que selon l'art. 7 al. 3 TFJAS (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs,

qu'en l'espèce, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 3'000 fr. à titre de dépens, mise à la charge de l'intimé ;

attendu que lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité

au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD),

que le défenseur d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré,

que le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RS 211.02.3]),

qu'en l'espèce, par décision du juge instructeur du 14 mai 2018, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Radivoje Stamenkovic à compter du 7 mai 2018 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD),

que le 13 novembre 2018, Me Stamenkovic a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de sa mandante et réclame à ce titre le paiement de 3'821 fr. 80, TVA comprise mais hors débours, pour 19 heures et 43 minutes d'activité,

que le décompte produit inclut toutefois des opérations antérieures à la procédure de recours proprement dite, à savoir dès le 14 février 2018, pour un total de 5 heures 43 minutes, qui ne sauraient être prises en compte et qu'il convient de retrancher,

que par ailleurs, le temps consacré à la rédaction du recours, soit 5 heures 45, est excessif au regard de la difficulté de la cause et doit être ramené à 5 heures,

que le nombre de courriels et de téléphones à la recourante est également trop élevé,

qu'au final, le temps nécessaire à la défense des intérêts de la recourante dans le cadre de la présente procédure de recours doit être fixé, ex aequo et bono, à 13 heures,

qu'il convient par conséquent d'arrêter l'indemnité allouée au conseil d'office pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause à 2'627 fr. 90, à savoir 2'340 fr. pour les honoraires proprement dits (13 heures au tarif horaire de 180 francs), auxquels s'ajoutent un montant forfaitaire de 100 fr. pour les débours (art. 3 al. 2 RAJ) et la TVA, par 7,7 %, soit 187 fr. 90,

que cette rémunération étant toutefois couverte par les dépens devant être acquittés par l'OAI, la Cour de céans constate que le canton n'a pas à intervenir au titre de l'assistance judiciaire.

**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 5 avril 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et 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 la recourante la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Radivoje Stamenkovic, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :