

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 mars 2019

Composition : M. PIGUET, président
MM. Métral, juge et Küng, assesseur
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

B._____, à [...], recourante,

et

U._____, à Vevey, intimé.

Art. 61 let. c LPGA et 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, mère de trois enfants, vendeuse de formation, a déposé le 5 juin 2007 une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle y a mentionné un lupus, des problèmes de coagulation, des maux de tête, des douleurs aux muscles, des problèmes de concentration, des attaques de fièvres, des troubles du sommeil ainsi que des problèmes dorsaux.

Saisie de la demande précitée, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a requis des informations médicales auprès du Dr M. _____, spécialiste en médecine interne générale. Dans un rapport du 16 octobre 2007, ce médecin a indiqué comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail un syndrome anticorps-antiphospholipide. Ce syndrome n'avait pas de répercussions sur la capacité de travail, néanmoins la nécessité de l'anticoagulation orale menait à une diminution de 5% de celle-ci.

Par décision du 8 novembre 2010, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Elle retenait que l'incapacité de travail de 50% présentée par l'assurée avait duré moins d'une année et ne l'avait pas empêchée de poursuivre une activité lucrative.

B. Le 5 août 2014, B. _____ a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, mentionnant souffrir d'un syndrome phospholipide ainsi que d'un lupus.

Par projet de décision du 8 octobre 2014, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'elle comptait ne pas entrer en matière sur sa demande de prestations.

Dans un rapport médical du 27 octobre 2014 adressé à l'OAI, le Dr F. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics de syndrome des anticorps

antiphospholipides ainsi qu'un lupus érythémateux systémique. Pour ce médecin, l'incapacité de travail de l'assurée était totale et, vu le contexte de lupus érythémateux, le pronostic restait mauvais. Il évoquait en outre les éléments suivants :

Patiente est épuisée sur le plan physique. Elle ressent des douleurs graves dans la région lombaire et dorsale qui peut être en relation avec sa maladie de lupus. Cet état algique s'est nettement aggravé ce qui nécessite l'introduction du Lyrica et de MST. L'AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) est contre indiqué chez Mme B. _____ en raison de son anticoagulation au Sintrom. Au moindre écart de l'INR (International Normalized Ratio) efficace, elle pourrait faire une embolie pulmonaire. Cette situation reste stressante ce qui peut accentuer la fatigue. Le diagnostic a été posé lors de son embolie pulmonaire en 2003. Depuis lors, son état de santé ne fait que s'aggraver sur le plan respiratoire et algique. Actuellement, Mme B. _____ présente une perte pondérale de 6 kg en quelques mois. Elle pèse 57 kg pour 1m80, donc BMI à 18 ! Je n'ai pas encore d'étiologie de ce symptôme.

Dans un rapport médical daté du 9 février 2015, le Dr F. _____ a confirmé les diagnostics de syndrome des anticorps antiphospholipides et de lupus érythémateux systémique. Il considérait que l'assurée se trouvait en incapacité de travail totale depuis le 1^{er} janvier 2013 pour une durée indéterminée en raison de ses douleurs articulaires, de la fatigue et d'un épuisement complet. Il estimait qu'on ne pouvait pas s'attendre à une reprise d'une activité professionnelle, respectivement à l'amélioration de la capacité de travail, un travail physique même simple constituant un effort impossible pour l'assurée.

Dans un rapport médical du 1^{er} avril 2015, la Dresse Q. _____ a retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail un syndrome des antiphospholipides avec status post-embolie pulmonaire en 2006 avec possibles récives non prouvées ou éventuellement épisodes de pleurites. Le pronostic demeurait plutôt bon, mais, au vu de la personnalité de la patiente, il restait difficile à évaluer. Ce médecin retenait que l'assurée était « probablement et actuellement surtout limitée par son état physique et par de probables difficultés psychiques ». La diminution de la capacité de travail paraissait faible sur le plan physique, la spécialiste ne pouvant l'évaluer sur le plan psychique.

Dans un avis médical SMR du 4 mai 2015, le Dr R. _____ a estimé nécessaire l'établissement d'un examen ou d'une expertise rhumatologique. L'OAI a confié sa réalisation au Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie. Dans son rapport d'expertise du 25 septembre 2015, ce médecin a retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de syndrome antiphospholipide primaire avec status post-embolie pulmonaire en 2003 avec récives anamnestiques, de syndrome de fibromyalgie ainsi que d'état de déconditionnement physique. L'expert retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit l'interdiction de porter des charges supérieures à 5 kilos et la nécessité d'alterner les positions. A l'appui de ses conclusions, le Dr S. _____ a mentionné les éléments suivants :

A l'examen clinique, je trouve une assurée de 43 ans en bonne santé habituelle, maigre, l'examen de médecine interne est dans les limites de la norme, auscultation cardio-pulmonaire physiologique. Je n'ai pas d'arthralgie ou d'arthrite, il n'y a pas de syndrome cervical ou lombaire aigu, je ne trouve pas de lésions cutanées suspectant un lupus érythémateux. Je trouve par contre une importante dysbalance musculaire avec hypoextensibilité des muscles toniques et affaiblissement des muscles phasiques (erector spinae, abdominaux). Le rachis lombaire malgré qu'elle ait une bonne mobilité en flexion et qu'elle soit inexaminable en extension ainsi qu'en rotation gauche. L'épaule gauche est également inexaminable, elle arrive à lever le bras jusqu'au 100° d'abduction et d'élévation puis elle bloque. Cliniquement, elle a un syndrome de fibromyalgie, elle remplit les anciens critères avec les tender points ainsi que les nouveaux critères ACR (*Critères 1987 classification arthrite rhumatoïde*).

Les radiographies de l'épaule gauche ainsi que du thorax PA debout sont dans les limites de la norme, pas de pleurésie, pas de signe d'insuffisance cardiaque, pas de foyer pleuroparenchymateux.

Mon bilan biologique ne montre pas de syndrome inflammatoire, la formule sanguine complète est dans les limites de la norme, le stick urinaire ne montre pas de trace de protéine ne de leucocyte ou d'érythrocyte. Les tests immunologiques effectués à l'Institut Central des Hôpitaux valaisans montrent uniquement des facteurs anti-nucléaires augmentés à 320 (norme < de 160), les anti-ADN natifs, les anti-RNP, les anti-Sm ainsi que l'anti-Jo1 sont tous négatifs.

Sur la base de la clinique et des examens complémentaires, je pose le diagnostic de syndrome des antiphospholipides primaire avec status post-embolies pulmonaires.

Je n'ai par conséquent pas d'argument pour un lupus érythémateux systémique. Sa dyspnée, je ne peux que la mettre sur le compte d'un état de déconditionnement majeur, car elle ne fait plus rien du

point de vue physique ou sportif. Si le médecin traitant de demander une ergo-spirométrie. Après discussion avec l'assurée, elle est fortement dans la croyance de souffrir d'une maladie systémique grave telle le lupus érythémateux systémique et qu'elle souffre de séquelles de son embolie pulmonaire. Elle a eu le 03.05.2012 un échodoppler du membre inférieur gauche qui n'a pas mis en évidence de thrombose veineuse ni de syndrome post-trombotique. Une IRM des articulations sacro-iliaques ainsi que du fond du rachis lombaire du 17.10.2014 n'ont pas montré d'argument pour une spondylarthropathie avec sacro-iléite. Il est très peu probable que la patiente ait un lupus érythémateux qui évolue par poussée comme elle me le dit (perte de poids, céphalées). Ce qui est sûr, c'est qu'elle a un déconditionnement physique majeur due à son inactivité. Il faut plutôt l'encourager à une réhabilitation cardio-pulmonaire et ostéo-articulaire progressive. Pour moi, elle a une capacité de travail entière dans une activité adaptée où elle peut alterner les positions et où elle ne doit pas porter des charges dépassant 5 kilos.

Dans un avis médical SMR du 10 novembre 2015, le Dr R. _____ a recommandé la poursuite de l'instruction sous la forme d'une expertise, respectivement d'un examen psychiatrique, compte tenu du diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr S. _____ dans son rapport d'expertise du 25 septembre 2015.

L'OAI a confié l'établissement de l'expertise psychiatrique préconisée au Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 10 juillet 2017, ce médecin a retenu une dysthymie comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Concernant les diagnostics dénués de répercussions sur la capacité de travail, l'expert a énuméré un trouble douloureux somatoforme persistant sans indice de gravité jurisprudentiels remplis (diagnostic probable) versus des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs sans indices de gravité jurisprudentiels remplis (diagnostic moins probable), des traits de la personnalité émotionnellement labile, de type impulsifs, actuellement non décompensés ainsi que des troubles de l'attention avec hyperactivité depuis l'enfance. L'expert concluait à une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20%, tant dans l'ancienne activité exercée par l'assurée que dans une activité adaptée au niveau d'acquisition et au status somatique de l'assurée.

Par avis médical du 7 août 2017, le Dr R._____ a confirmé les conclusions du rapport d'expertise précité. Il a retenu que l'assurée disposait depuis 2007 d'une capacité de travail de 100% avec une baisse de rendement de 20% en raison de la dysthymie responsable d'une légère fatigabilité, d'une faible résistance au stress et d'une intolérance à la frustration.

Par projet de décision du 6 mars 2018, remplaçant et annulant celui du 8 octobre 2014, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations. L'office AI a retenu qu'au vu des renseignements médicaux présents au dossier, sa capacité de travail était de 100% avec une baisse de rendement de 20% ; le degré d'invalidité fixé à 20%, était insuffisant pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité.

Par acte du 9 mars 2018, l'assurée s'est opposée au projet de décision précité, soutenant que l'OAI n'avait pas pris en compte la maladie dont elle souffrait, soit un lupus chronique.

Par décision du 2 mai 2018, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations de l'assurée.

C. Par acte du 23 mai 2018, B._____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle dénonçait de multiples erreurs dans l'établissement des faits.

Par réponse du 15 août 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'au maintien de la décision attaquée. Il retenait que le déroulement de l'instruction ne prêtait pas le flanc à la critique.

Répliquant en date du 31 août 2018, l'assurée contestait une nouvelle fois l'établissement des faits pertinents par l'OAI, ces derniers constituant une accumulation de mensonges, d'interprétations et d'opinions personnelles.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il 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, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

b) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. a) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

b) Le Tribunal fédéral a par ailleurs maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques du trouble au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas

de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 ; TF 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6. Dans le cas d'espèce, l'OAI a rejeté la demande de prestations de la recourante, au motif qu'elle disposait d'une pleine capacité de travail avec une baisse de rendement de 20%. Il s'est fondé sur les conclusions des expertises réalisées par les Drs S._____ sur le plan somatique et J._____ sur le plan psychiatrique.

a) Sur le plan somatique, la recourante souffre d'un syndrome des antiphospholipides primaire, d'un syndrome fibromyalgique et d'un état de déconditionnement physique. D'après le Dr S._____, elle dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée où elle peut alterner les positions et ne doit pas porter des charges supérieures à 5 kilos. Rien au dossier ne permet de remettre en cause les constatations du Dr S._____. Ce spécialiste démontre, examens biologiques à l'appui, que la recourante ne souffre pas d'un lupus érythémateux systémique. Dits examens, en particulier les tests immunologiques effectués à l'Institut Central des Hôpitaux [...], sont venus confirmer les soupçons précédemment formulés par les Drs L._____ (rapport du 24 août 2012) et Q._____ (rapport du 16 février 2015), soit l'absence d'arguments en faveur d'une maladie auto-immune active, respectivement d'un lupus érythémateux systémique. Les rapports établis par le Dr F._____ sont trop sommairement motivés et ne comprennent pas d'éléments tangibles afin de susciter le doute quant au bien-fondé des conclusions prises par le Dr S._____.

b) Sur le plan psychique, la recourante présente le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de dysthymie, ainsi que ceux,

sans répercussion sur dite capacité, de trouble douloureux somatoforme persistant, de traits de la personnalité émotionnellement labile de type impulsifs (actuellement non-décompensés) et de troubles de l'attention avec hyperactivité (depuis l'enfance). Selon l'expert J._____, elle dispose d'une capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 20%. A l'instar des conclusions prises sous l'angle somatique, rien au dossier de permet de remettre en cause les conclusions du Dr J._____.

c) Il ressort des observations rapportées dans le rapport d'expertise du 10 juillet 2017 que, en l'absence de diagnostic d'épisode dépressif caractérisé ou de troubles anxieux, tant la dysthymie retenue que le trouble douloureux somatoforme persistant n'atteignent pas la gravité requise susceptible d'influencer la capacité de travail de la recourante. En effet, il ressort de l'expertise du Dr J._____ qu'elle a pu exercer une activité professionnelle malgré la dysthymie présente depuis 2007, qu'elle continue de bénéficier d'un contexte social globalement préservé et qu'elle dispose de bonnes capacités, respectivement de ressources personnelles suffisantes, lui permettant notamment de conserver des activités diverses (réaliser ses courses, lire, regarder la télévision [informations, documentaires], s'occuper de ses tâches administratives), des contacts sociaux adéquats et de gérer de façon satisfaisante son quotidien. Au regard des indicateurs définis par la jurisprudence en matière de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281), il y a lieu d'exclure, sans qu'il faille procéder à un examen circonstancié de la situation, tout caractère invalidant résultant de la symptomatologie douloureuse présentées par la recourante et de retenir uniquement une baisse de rendement en lien avec la dysthymie.

d) Au vu de ce qui précède, la recourante présente effectivement une capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 20% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans la mesure où le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, celui-ci doit être fixé à 20%, ce qui n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité.

7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe.

c) Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 2 mai 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'B._____.

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 :

- B. _____,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :