

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 août 2019

Composition : M. PIGUET, président
MM. Métral, juge, et Reinberg, assesseur
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourante, représentée par Me Jeanne-Marie Monney,
avocate à Lausanne,

et

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

Art. 17 LPGA ; art. 28 LAI ; art. 88bis al. 1 let. a RAI

E n f a i t :

A. **a)** H. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) née en 1962, a déposé une première demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 30 mai 2000 en raison de lombalgies chroniques ressenties à la suite d'une ponction lombaire effectuée en 1999. A l'issue de l'instruction de la demande, l'OAI a octroyé à l'assurée, par décision du 17 juillet 2003, une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2000, une rente entière dès le 1^{er} octobre 2001, puis une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2002, sur la base des diagnostics notamment de lombalgies chroniques, de syndrome somatoforme douloureux persistant et de trouble mixte de la personnalité dépendante et immature.

b) Dans le cadre d'une procédure de révision entamée en 2005, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire (rhumatologie et psychiatrie) de la part du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR ; rapport du 19 juillet 2007). Au vu des renseignements médicaux au dossier, l'OAI a informé l'assurée du maintien de sa rente d'invalidité, en l'absence de modification de son état de santé (communication du 23 mai 2008 et décision du 24 juillet 2008).

c) Après plusieurs procédures de révision ayant confirmé le taux d'incapacité de travail, l'assurée a informé l'OAI le 20 septembre 2014 de la détérioration de son état de santé, indiquant souffrir désormais d'une spondylarthrite, en se référant notamment aux rapports du 2 mai 2014 du Service de rhumatologie du Centre J. _____ et du 24 octobre 2014 du Dr S. _____, spécialiste en médecine interne générale.

L'OAI a recueilli divers rapports médicaux qu'il a soumis au SMR, puis rendu une décision de maintien de la demi-rente le 30 août 2016, le seul élément nouveau depuis l'examen clinique du 4 juillet 2007 étant une synovite du poignet gauche.

Par jugement du 11 septembre 2017, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours de l'assurée formé contre la décision précitée et renvoyé la cause à l'OAI afin qu'il complète l'instruction, au moyen d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant un volet rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, puis rende une nouvelle décision.

d) Reprenant l'instruction du dossier, l'OAI a confié la réalisation de l'expertise au Centre N._____ de [...] (ci-après : le Centre N._____). Selon leur rapport du 3 mai 2018, les Drs B._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics incapacitants de spondylarthropathie indifférenciée HLA-B27 depuis 1984 avec syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter, de psoriasis cutané depuis 1990, d'uvéite antérieure de l'œil gauche en 2002 et d'arthrites périphériques en 2014. L'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis le 24 septembre 2014 sur le plan rhumatologique. Aucune activité, même adaptée, n'était exigible.

Dans un avis SMR du 8 juin 2018, la Dre G._____ a considéré que les limitations des activités quotidiennes de l'assurée étaient déjà présentes en 2004. Une modification de l'état de santé du point de vue somatique par rapport à 2004 n'était dès lors pas documentée. Que la dénomination de l'atteinte soit une spondylarthropathie, dont plusieurs éléments étaient déjà présents depuis 1984, ou un trouble somatoforme revenait selon ce médecin à une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée.

Par projet de décision du 21 juin 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de révision et de maintenir le droit à la demi-rente d'invalidité.

A la suite de l'opposition de l'assurée du 15 août 2018, le dossier a été soumis une nouvelle fois au SMR, qui a maintenu son appréciation par avis du 17 octobre 2018.

Par décision du 23 octobre 2018, l'OAI a confirmé son projet du 21 juin 2018.

B. Par acte du 26 novembre 2018, H._____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à l'octroi, depuis le 1^{er} septembre 2014, d'une rente entière d'invalidité ; subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir que seul l'état de fait de 2008 était déterminant pour examiner l'existence d'une aggravation. Or une telle aggravation avait été mise en évidence par les experts du Centre N._____ dans leur rapport du 19 février 2018, lesquels avaient diagnostiqué une spondylarthropathie indifférenciée HLA-B27 avec syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter, un psoriasis cutané, une uvéite antérieure de l'œil gauche et des arthrites périphériques. Les effets de ces atteintes sur la capacité de travail de l'assurée avaient considérablement évolué depuis la dernière décision. L'appréciation de la Dre G._____, qui était pédiatre, n'était pas suffisante pour s'écarter des conclusions de l'expertise du Centre N._____.

Dans sa réponse du 20 décembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant à l'avis SMR du 8 juin 2018 relatif à l'expertise du 19 février 2018. Il a relevé au surplus que l'assurée avait eu de nombreuses activités, nécessitant aussi de la dextérité, jusqu'en novembre 2017 ; elle avait arrêté les activités, non pas à cause des douleurs, mais par manque de motivation.

Répliquant le 4 mars 2019, l'assurée a réitéré ses arguments et s'est notamment référée à l'appréciation du Dr S._____ de 2014. Elle a souligné qu'il n'y avait pas d'incohérence dans les plaintes formulées, ce qui était relevé dans l'expertise. S'agissant de son réseau social, l'assurée a rappelé le constat des experts, selon lequel il était faible, qu'elle ne pouvait compter sur personne et que son état de fatigue était tel qu'elle avait tendance à se replier socialement. La situation sur le plan

psychiatrique s'était par ailleurs péjorée depuis l'expertise du Centre N._____, les médecins de l'Hôpital de Z._____ ayant diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique (rapport du 14 février 2019). L'assurée a requis un complément d'expertise si la situation médicale n'était pas suffisamment investiguée, subsidiairement une nouvelle expertise médicale, comprenant au moins un volet rhumatologique et un volet psychiatrique.

Par duplique du 25 mars 2019, l'OAI a renvoyé à ses précédentes écritures.

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 porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré

rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1).

b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a).

4. a) 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 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 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

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).

5. a) La dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente date du 24 juillet 2008. Il convient dès lors d'examiner si, entre cette dernière décision et la décision litigieuse du 23 octobre 2018, date à laquelle l'office intimé s'est prononcé sur la demande de révision de la rente, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

b) En 2008, la recourante présentait sur le plan psychique un trouble mixte de la personnalité dépendante et immature, engendrant une difficulté d'expression de ses demandes, un sentiment d'impuissance à les soutenir et une incapacité à prendre des décisions dans la vie quotidienne (rapport d'examen clinique bidisciplinaire du SMR du 19 juillet 2007). Il n'y avait pas de trouble somatoforme douloureux incapacitant en l'absence de comorbidité psychiatrique, de perte d'intégration sociale ou d'inefficacité des traitements (avis SMR du 30 juillet 2007). Sur le plan somatique, la recourante présentait des lombalgies à prédominance droite par intermittence de type mécanique et un trouble neurologique aspécifique, avec mise en évidence de lésions au niveau de la substance blanche hémisphériques et symétriques (rapport d'examen clinique bidisciplinaire du SMR du 19 juillet 2007). Le SMR avait indiqué que l'examen clinique était complètement vierge pour un processus inflammatoire au décours. En l'absence d'atteinte à la santé d'ordre somatique à caractère invalidant, aucune limitation fonctionnelle n'avait été retenue. Des recommandations fonctionnelles avaient toutefois été mises en place par le SMR, à savoir des activités à faible charge physique avec des ports de charges ne dépassant pas les 5 kg, les activités à rendement imposé ou nécessitant des mouvements répétitifs, les positions statiques au-delà

d'une heure et en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis. La recourante disposait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle, comme dans une activité adaptée (rapport du 19 juillet 2007 précité).

b) Dans l'intervalle, le diagnostic de spondylarthrite séronégative a été posé. En effet, le Dr S._____ a fait état de l'aggravation de l'état de santé de la recourante et d'une capacité de travail nulle du fait d'une nette synovite du poignet gauche avec une enflure du dos du poignet qui n'avait jamais été présente antérieurement, ainsi que d'une synovite de la cheville droite également nouvelle. Il y avait aussi probablement des synovites des articulations métacarpo-phalangiennes 2 à 4 de la main droite et des articulations métacarpo-phalangiennes 2 à 4 du pied gauche (rapport du 24 octobre 2014). Le Service de rhumatologie du Centre J._____ a également posé le diagnostic de spondylarthrite indifférenciée, entre autres atteintes à la santé, en citant des critères pour retenir ce diagnostic (« psoriasique, spondylarthrite ankylosante, arthrite réactionnelle ? » ; rapport du 2 mai 2014 du Centre J._____). Les experts du Centre N._____ retiennent aussi ce diagnostic dans leur rapport du 3 mai 2018. Ils précisent que l'évolution clinique de douleurs fluctuantes, prédominantes la nuit, impliquant principalement le rachis axial et les membres inférieurs, accompagnées d'une raideur matinale supérieure à 30 minutes témoignent de la spondylarthropathie. Chez la recourante, cette atteinte a été compliquée de manifestations viscérales urinaires (syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter) et cutanées (psoriasis). Des affections aortique et pulmonaire seraient également à considérer chez la recourante, qui souffre d'un problème pulmonaire, d'un asthme (avec fonctions pulmonaires normales) et certainement d'une limitation de la capacité vitale due à la faible ampliation thoracique par souffrance des articulations chondro-costales. L'antigène d'histocompatibilité B27 (HLA-B27) était présent. La recourante présentait le tableau classique avec, depuis 1984, des périodes de poussées inflammatoires plus aiguës, avec des complications viscérales, entrecoupées d'intervalles parfois libres de plusieurs mois ou années. Les experts expliquent que la recourante se trouvait dans une période inflammatoire particulièrement active avec une

souffrance de la colonne cervicale, des articulations sacro-iliaque, manubrio-sternale, acromio-claviculaire et du poignet gauche et de la sous-astragienne droite, précisant que le caractère inflammatoire des douleurs était reconnu par leur présence nocturne et leur raideur matinale de plus de 60 minutes et par les paramètres biologiques qui, sans être excessifs, étaient augmentés. Les experts relèvent par ailleurs que la recourante résistait aux AINS et était intolérante et allergique aux médicaments biologiques (anti-TNF alpha). S'agissant de la capacité de travail, les experts considèrent que la recourante ne pouvait pas être contrainte à un travail régulier dans un poste répondant aux exigences de l'économie, dès lors qu'elle était restreinte dans sa mobilité, son adresse et sa dextérité, son endurance et sa vigueur. Au vu de ces éléments, qui concordent avec l'appréciation du Dr S._____ et du Service de rhumatologie du Centre J._____, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise, lesquelles mettent en évidence une aggravation de l'état de santé de la recourante et répondent au demeurant aux réquisits jurisprudentiels tant s'agissant d'un examen complet du dossier, de la prise en compte des plaintes de la recourante, d'une pleine connaissance de l'anamnèse que des conclusions dûment motivées (consid. 4c *supra*).

c) Les avis médicaux rédigés les 8 juin et 17 octobre 2018 par la Dre G._____ ne permettent pas de susciter un doute quant au bien-fondé des conclusions rendues par les experts. La Dre G._____ considère qu'en 2007, il existait une situation superposable à celle de 2002. Les plaintes de la recourante et les limitations constatées lors des examens cliniques se rapportaient à des douleurs, mais pas à des modifications des mouvements ou de la force. Les traitements anti-inflammatoires avaient été réduits et n'étaient pris que sporadiquement, en réserve (rapport du 17 octobre 2018). En tant que ce médecin soutient, sur la base d'une comparaison des constatations cliniques, que la situation n'avait pas évolué depuis 2008, ce point de vue est contredit par les rapports des médecins traitants (cf. consid. 5b *supra* concernant les rapports du 2 mai 2014 du Service de rhumatologie du Centre J._____ et du 24 octobre 2014 du Dr S._____), lesquels ont fait part d'une aggravation de la

situation à compter du début de l'année 2014, si bien qu'il a été décidé d'administrer à compter de ce moment-là des médicaments biologiques (anti-TNF alpha). La prise réduite de médicaments au moment de l'expertise ne doit pas être mise sur le compte de la faible gravité de la symptomatologie, comme le laisse entendre la Dre G._____, mais sur le compte de l'échec des traitements (intolérance ; cf. consid. 5b *supra*). Sur la base du raisonnement conduit, ce médecin semble d'ailleurs assimiler la spondylarthrose à un trouble somatoforme douloureux et, partant, nier l'origine somatique des douleurs ressenties par la recourante. Selon la Dre G._____, que la dénomination de l'atteinte soit une spondylarthropathie, dont plusieurs éléments étaient déjà présents depuis 1984, ou un trouble somatoforme reviendrait en effet à une appréciation différente (avis SMR du 8 juin 2018). Or il convient de préciser que la jurisprudence développée dans le cas d'une symptomatique douloureuse sans substrat organique objectivable n'est pas applicable dans un cas comme celui-ci, dès lors que les symptômes de la recourante reposent sur des éléments parfaitement objectivables (cf. TF 8C_350/2017 du 30 novembre 2017 consid. 5, singulièrement consid. 5.4).

d) En conclusion, la recourante peut prétendre à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2014, soit dès le mois où elle a présenté sa demande de révision (art. 88bis al. 1 let. a RAI).

6. Il n'y a pas lieu de procéder à la mesure d'instruction requise par la recourante, dès lors que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire ne modifierait pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; ATF 141 I 60 consid. 3.3).

7. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2014.

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 des 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 l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe. Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante.

**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 23 octobre 2018 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée, en ce sens qu'H._____ a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2014.

- 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 H._____ une indemnité de dépens fixée à 3'000 fr. (trois mille francs).

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Jeanne-Marie Monney (pour H. _____)
- 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 :