

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 27 avril 2020

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mmes Brélaz Braillard et Berberat, juges  
Greffier : M. Favez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg,

et

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

---

**Art. 43 al. 1 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 déposée le 28 décembre 2018 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par A. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 2000, en raison de rachialgies apparues à la suite d'un accident intervenu le 6 mars 2018 et de suspicion d'un syndrome d'Ehlers-Danlos,

vu le rapport du 17 janvier 2019 du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie à l'Hôpital J. \_\_\_\_\_, dans lequel il a posé le diagnostic d'hypermobilité articulaire avec déconditionnement physique apparu durant l'incapacité causée par l'accident, estimé la capacité de travail à 50 % en raison des douleurs qui apparaissaient au-delà de ce temps de travail et prescrit une rééducation progressive (renforcement rachidien et articulaire),

vu le rapport de la Clinique de réadaptation K. \_\_\_\_\_ (ci-après : la CRR) du 12 mars 2019 (Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation), faisant état d'une hospitalisation du 30 janvier 2019 au 1<sup>er</sup> mars 2019 pour une rééducation dans laquelle l'assuré s'est bien investi (amélioration de la force et de l'endurance), diagnostiquant des cervico-dorso-lombalgies sans lésion osseuse, ligamentaire ou discale et identifiant des limitations fonctionnelles (éviter les mouvements répétitifs et/ou prolongés en flexion et rotation du tronc et le port de charges de plus de 15-20 kg) qui ne s'expliquaient que partiellement par des constatations objectives dans le cadre de facteurs contextuels qui pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles (kinésiophobie modérée, catastrophisme élevé, perception élevée du handicap fonctionnel),

vu le rapport du 7 mars 2019 du Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, dans lequel il a posé le diagnostic de déconditionnement physique sur hypermobilité articulaire, éventuellement de syndrome d'Ehlers-Danlos (à vérifier par consilium au Centre hospitalier L. \_\_\_\_\_),

ayant entraîné une incapacité de travail à 100 % jusqu'à la fin du mois d'avril 2019 avec une reprise progressive du travail au taux de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de 5 kg, pas de position en porte-à-faux, alterner les positions assise/debout),

vu les rapports des 18 avril et 21 avril 2019 de la Dre G.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie au Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_, dans lesquels elle a notamment posé le diagnostic d'hypermobilité articulaire généralisée, indiquant que le reconditionnement musculaire s'était révélé insuffisant et précisant qu'elle ne retenait pas de maladie rare du tissu conjonctif, mais une hypermobilité articulaire généralisée, sans atteinte systémique ou vasculaire, avec une problématique locomotrice au premier plan (dyskinésie des scapulae, insuffisance de la musculature péri-scapulaire, instabilité du bassin, des genoux, des chevilles et des mains),

vu l'avis du 7 mai 2019 de la Dre R.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'Al, dont les conclusions sont les suivantes :

« Appréciation du SMR : les pièces médicales au dossier ne permettent pas de retenir une atteinte durablement incapacitante, le diagnostic retenu étant un déconditionnement physique. L'hypermobilité articulaire ne semble pas s'inscrire dans un syndrome d'Ehlers-Danlos ou autre atteinte congénitale du tissu conjonctif et n'a pas causé des limitations fonctionnelles avant l'accident de mars 2018 ; comme le disent le Dr I.\_\_\_\_\_, le Dr Q.\_\_\_\_\_ et la Dre G.\_\_\_\_\_, un déconditionnement physique s'est installé après l'accident et une récupération est tout à fait possible par les mesures déjà entreprises. Les LF retenues ne sont donc pas définitives et ne justifient pas un changement d'orientation professionnelle ni une FPI dans le cadre Al. »

vu le projet de décision du 20 mai 2019, confirmé par décision du 1<sup>er</sup> juillet 2019, par lequel l'OAI a refusé à l'assuré les prestations de l'assurance-invalidité, au motif que son atteinte à la santé n'était pas invalidante au sens de l'assurance-invalidité et qu'il ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée,

vu le rapport du 13 mars 2019 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie (examen IRM [imagerie par résonance magnétique] du rachis entier et des articulations sacro-iliaques), communiqué à l'OAI le 5 juillet 2019, qui mettait en évidence une érosion de la berge iliaque du pied de l'articulation sacro-iliaque à droite (correspondant en première hypothèse à des stigmates de sacro-iliite inflammatoire plutôt séquellaire), des synovites zygapophysaires lombaires au niveau des vertèbres L3-L4 et L4-L5 essentiellement, ainsi que de petites pointes d'enthésopathie des ligaments inter-épineux,

vu le rapport du 13 mai 2019 du Dr I.\_\_\_\_\_, également communiqué à l'OAI le 5 juillet 2019, dans lequel ce spécialiste a posé, sur la base des symptômes décrits et de l'IRM du 13 mars 2019, le diagnostic de possible spondylarthrite axiale qui dénotait la présence de plusieurs enthésites et d'inflammations des structures postérieures du rachis pouvant être compatibles avec une atteinte inflammatoire, et prescrit une réhabilitation à base de proprioception, ainsi qu'une prise en charge psychiatrique, précisant que, selon lui, le bilan réalisé au Centre hospitalier L.\_\_\_\_\_ auprès des maladies congénitales démontrait un probable syndrome de Ehlers-Danlos de type 3,

vu l'acte du 30 juillet 2019 par lequel A.\_\_\_\_\_, assisté de Me Charles Guerry, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à sa réforme par l'octroi d'une rente entière de l'AI jusqu'à la reprise de son activité habituelle ou au début d'un reclassement professionnel, et subsidiairement à son annulation et à son renvoi à l'OAI pour instruction médicale complémentaire et nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens,

vu le rapport du 20 août 2019 du Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chiropratique spécialisée, par lequel ce spécialiste a attesté une incapacité de travail à 100 % du 12 mars au 5 avril 2018, à 60 % du 18 avril au 30 juin 2018, et à 50 % du 30 juin au 14 juillet 2018, estimé que le déconditionnement physique était secondaire au syndrome douloureux et

posé les diagnostics de syndrome d'Ehlers-Danlos de type 3 (à confirmer par des tests génétiques) et d'atteinte inflammatoire sous la forme d'une spondylarthrite ankylosante, toutes deux durablement incapacitantes,

vu le rapport du 21 août 2019 du Dr I. \_\_\_\_\_ dans lequel ce spécialiste a posé les diagnostics de syndrome douloureux musculo-squelettique persistant depuis l'accident intervenu au mois de mars 2018 ayant entraîné un impact psychologique et émotionnel, estimé que les atteintes étaient durablement incapacitantes et que le diagnostic de déconditionnement physique ne permettait pas d'expliquer l'invalidité dans le cas de son jeune patient, et a informé que ce dernier recherchait un emploi adapté à ses douleurs,

vu la réponse de l'intimé du 3 octobre 2019, concluant implicitement à l'admission du recours en référence à un nouvel avis médical du SMR établi le 25 septembre 2019 qui constatait que les documents médicaux au dossier ne permettaient pas de se prononcer sur la présence d'une atteinte à la santé durablement incapacitante ni sur les limitations fonctionnelles, cela tant sur le plan somatique que psychiatrique, et préconisait la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique,

vu la réplique du recourant du 16 décembre 2019 par laquelle il a principalement conclu, sous suite de frais et dépens, au renvoi de la cause à l'intimé afin de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique et de rendre une nouvelle décision, et subsidiairement à la mise en œuvre d'une telle expertise par la Cour de céans,

vu le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, produit à l'appui de la réplique susmentionnée, retenant les diagnostics de trouble panique, d'agoraphobie et d'épisode dépressif majeur, tous avec effet sur la capacité de travail (incapacité totale dans

toutes activités), et indiquant qu'un traitement était en cours depuis le mois d'août 2019,

vu les pièces au dossier ;

**attendu** que 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]),

que 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),

qu'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 ;

attendu qu'aux termes de l'art. 82 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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,

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),

que cette disposition est applicable en l'espèce vu la teneur des conclusions concordantes des parties ;

attendu que le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité,

que la teneur de la réponse de la partie intimée vaut en définitive acquiescement aux conclusions du recourant,

qu'un acquiescement est en principe inopérant en droit des assurances sociales, en ce sens qu'il ne rend pas le litige sans objet et ne dispense ainsi pas le juge de se prononcer sur le recours (TF 8C\_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3 ; Margit Moser-Szeless, *in* Dupont/Moser-Szeless [édit.], *op. cit.*, p. 647, note de bas de page n° 168 ad art. 53 LPGA),

que cela étant précisé, il y a lieu sur le fond de se rallier à la position des parties compte tenu de ce qui suit ;

attendu que l'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA),

qu'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),

que l'incapacité de travail se définit 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 (art. 6, première phrase, LPGA),

qu'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 (art. 6, seconde phrase, LPGA),

que 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),

que pour 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,

que 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,

qu'en outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée 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),

que selon la jurisprudence, 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),

que 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),

qu'en l'espèce et comme les parties en conviennent, l'instruction menée à ce jour ne permet pas de rendre compte de la situation médicale du recourant,

que les différents rapports établis par les médecins traitants du recourant, ainsi que par les médecins mandatés par d'autres assureurs, sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations médicales de l'avis SMR du 7 mai 2019,

que sur le plan somatique, les conclusions de la Clinique de réadaptation K.\_\_\_\_\_ (rapport du 12 mars 2019) et du Dr Q.\_\_\_\_\_ (rapport du 7 mars 2019) ne sont pas concordantes s'agissant de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, ceci malgré l'intervalle très rapproché entre les examens (hospitalisation du 30 janvier 2019 au 1<sup>er</sup> mars 2019 à la Clinique de réadaptation K.\_\_\_\_\_ ; examen le 5 mars 2019 par le Dr Q.\_\_\_\_\_),

que les rapports des 13 mai 2019 et 13 mars 2019 des Drs I.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, produits après le prononcé de la décision entreprise, ont montré des éléments médicaux qui n'étaient pas connus du SMR lors de l'évaluation du 7 mai 2019 (évolution des symptômes, possible diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos, recherche d'un emploi adapté),

qu'il en va de même des éléments relevés par le Dr D.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 août 2019 (arrêt de travail, prédominance de l'un ou l'autre des diagnostics),

que ces avis médicaux, qui demeurent prudents, montrent qu'il convient de compléter les investigations pour évaluer les limitations fonctionnelles affectant le recourant, sa capacité de travail dans l'activité habituelle, et le cas échéant dans une activité adaptée qu'il conviendra de décrire, ainsi que pour estimer l'adéquation du traitement et la nécessité de recourir à d'éventuelles mesures de réadaptation,

que sur le plan psychique le Dr I. \_\_\_\_\_ a notamment prescrit une prise en charge psychiatrique (rapport du 13 mai 2019),

que le recourant est suivi depuis le mois d'août 2019 par le Dr S. \_\_\_\_\_ pour un trouble panique, une agoraphobie et un épisode dépressif majeur, tous avec effet sur la capacité de travail selon ce spécialiste,

que l'aspect psychique n'a pas été investigué par l'intimé,

que le rapport du Dr S. \_\_\_\_\_ ne fournit pas une appréciation circonstanciée de l'état de santé psychique du recourant à l'aune des indicateurs déterminants et ne permet pas d'évaluer la surmontabilité des atteintes à la santé,

qu'en l'état, le dossier ne permet pas de statuer en pleine connaissance de cause sur les droits du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité ;

attendu que selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGA),

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'il convient ainsi de mettre en œuvre une expertise médicale du recourant, à tout le moins sur les aspects rhumatologiques et psychiatriques, voire sur tout autre aspect que le SMR ou les experts désignés jugeraient nécessaire après examen du dossier,

qu'en sus de l'expertise susmentionnée, il y a aussi lieu de réinterroger préalablement les médecins traitants, soit en particulier et à tout le moins le psychiatre traitant et les médecins pouvant fournir des informations sur les éventuels tests génétiques préconisés par plusieurs spécialistes, faute de quoi les experts pourraient ne pas disposer d'un tableau complet de la situation médicale du recourant ;

attendu que, comme les parties en conviennent, le recours se révèle dès lors manifestement bien-fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète (art. 98 let. b LPA-VD),

que la décision litigieuse doit en conséquence être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction médicale complémentaire au sens des considérants, puis pour nouvelle décision ;

attendu 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'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'intimé qui succombe,

que le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit être arrêté à 2'500 fr., TVA comprise, à la charge de l'intimé qui

succombe, ceci compte tenu des circonstances du cas d'espèce (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 2 et 56 al. 2 LPA-VD ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**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 1<sup>er</sup> juillet 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'autorité précitée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants puis 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 A. \_\_\_\_\_ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Charles Guerry (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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 :