

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 novembre 2021

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
M. Métral et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], titulaire d'un CFC d'aide en pharmacie, n'ayant plus travaillé depuis la naissance de sa fille en 1988, a déposé le 8 avril 2016 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en mentionnant souffrir d'une dépression depuis le 15 mars 2005.

Le 22 avril 2016, elle a indiqué à l'OAI que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % depuis 1995 en tant qu'aide en pharmacie ou infirmière par intérêt personnel et par nécessité financière.

Dans un rapport du 17 mai 2016, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de dorso-lombalgie chronique existant depuis 1989 et de trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel moyen à sévère. Sans incidence sur la capacité de travail, il a mentionné une arthrose sterno-claviculaire droite et gauche, un status post-cholécystectomie, une BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive) probable secondaire à un tabagisme, une urticaire chronique et une obésité (BMI 30,1). Il a précisé que l'assurée était suivie actuellement pour sa lombalgie chronique et des douleurs de l'hypocondre gauche et qu'elle bénéficiait d'un traitement par anti-inflammatoires et myorelaxants de manière quotidienne. Le Dr L._____ n'était pas en mesure de se déterminer sur la possibilité d'un reclassement ou d'une reprise des activités professionnelles antérieures. Une réadaptation professionnelle lui semblait toutefois envisageable et un essai dans un milieu protégé lui paraissait être la seule façon d'évaluer la capacité de travail de l'assurée, qui était sortie du monde professionnel depuis longtemps. Il a joint à son envoi divers rapports médicaux de confrères.

Dans un rapport du 1^{er} juillet 2016, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33.2), en précisant

qu'il suivait l'assurée depuis le 15 mars 2005, mais que le suivi psychiatrique avait débuté en 1988 auprès d'un confrère. Depuis le début de la prise en charge, il avait constaté chez l'assurée une thymie fluctuante, avec de fréquents épisodes dépressifs et anxieux, qui justifiaient la prise régulière d'un traitement médicamenteux et un suivi psychiatrique psychothérapeutique intégré. Le trouble dépressif de l'assurée s'était fortement péjoré en 2011 lorsque son ex-époux avait entamé une procédure de divorce. Le Dr D. _____ a indiqué que l'assurée présentait également des troubles du sommeil qui avaient conduit à une quasi-inversion du cycle nycthémeral, de sévères troubles de l'attention, un retrait social marqué et une personnalité émotionnellement labile avec une sensibilité aux pertes affectives et aux deuils. Les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient les suivantes : thymie dépressive, troubles de l'attention et de la concentration, un apragmatisme et une perte de l'élan vital, une fatigabilité liée à des insomnies sévères, une irritabilité et un retrait social. Le Dr D. _____ a attesté d'une incapacité de travail de 100 % depuis le 9 janvier 2015. Il a précisé que la situation n'était pas stabilisée et que le pronostic était réservé.

Sur questions complémentaires de l'OAI, ce médecin a précisé le 21 août 2017 que depuis son précédent rapport, l'évolution de l'assurée avait été marquée par plusieurs exacerbations de son trouble thymique et avait nécessité un séjour du 6 au 26 septembre 2016 à C. _____. Au cours de ce séjour, un traitement de Mirtazapin® avait été introduit, en complément de sa médication habituelle, pour combattre les insomnies sévères. Il estimait que l'équilibre psychique de l'assurée restait fragile, que la capacité de travail sur le plan psychiatrique restait nulle et que des mesures professionnelles n'étaient pas possibles. Il a confirmé les limitations fonctionnelles évoquées dans son précédent rapport.

Dans un rapport du 20 septembre 2017 à l'OAI, la Dre T. _____ spécialiste en rhumatologie, a posé les diagnostics de rachialgies à prédominance lombaire dans un contexte de troubles dégénératifs, de périarthrite de hanche droite, de douleurs chroniques des deux épaules dans un contexte d'arthrose acromio-claviculaire et de

tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Concernant la problématique rachidienne et de l'épaule, une capacité de travail de 60 % était probablement exigible dans une activité sédentaire stricte, soit en position assise permettant d'alterner les positions et sans port de charge.

A la suite d'un avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) du 17 octobre 2017 préconisant une expertise bi-disciplinaire rhumato-psychiatrique, l'OAI a mandaté le Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr N._____, spécialiste en rhumatologie, qui ont vu l'assurée respectivement le 26 novembre 2018 et le 25 janvier 2019.

Dans son rapport d'expertise du 14 janvier 2019, l'expert psychiatre a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F33.01), caractérisé par une tristesse légère, anxiété, avec inversion du rythme nyctéméral, de trouble anxieux sans précision existant vraisemblablement depuis l'enfance (F41.9), de difficultés liées à une enfance malheureuse (Z61) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou hypnotiques, utilisation continue (F13.25). Il a conclu à une pleine capacité de travail.

Dans son rapport du 28 janvier 2019, le Dr N._____ a posé les diagnostics suivants :

« *6.1 Diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail :*

Dorso-lombalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire

- discopathie et arthrose facettaire postérieure L5-S1
- lombalisation de S1
- spondylose antérieure dorsale multi-étagée

6.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

Syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent de type fibromyalgique

- diminution du seuil de déclenchement à la douleur
- > Status post arthropathie acromio-claviculaire au décours
- > Status post omalgies sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs en 2007
- > Status post hystérectomie et stérilisation en 2004

- > Status post excision et révision vaginale d'un nodule sous-muqueux en 2004
- > Status post œsophagite de reflux grade I et hernie hiatale réductible en 1991
- > Status post appendicectomie en 1971
- Status post adénectomie jugulaire moyenne G (gauche) et reprise en G en 1982
- Status post amygdalectomie bilatérale en 1969
- Gonalgies bilatérales sans signes méniscaux ou tendineux."

L'expert rhumatologue a conclu que dans l'activité professionnelle antérieure, l'assurée présentait une capacité de travail de 90 % (tenant compte d'une baisse de rendement de 10 %). Dans une activité adaptée, sans ports de charge répétitifs en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5-10 kg, la capacité de travail était entière selon l'expert.

Dans un projet de décision du 13 janvier 2020, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il envisageait de lui refuser l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité.

Par courrier du 28 janvier 2020, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision. Le 25 février 2020, elle a complété son opposition en transmettant à l'OAI un rapport du Dr D._____, daté du même jour, dans lequel ce médecin s'est déterminé sur l'expertise du Dr V._____. Le psychiatre traitant a en outre signalé qu'une pathologie polyarticulaire inflammatoire d'origine auto-immune, compatible avec une polyarthrite rhumatoïde, avait été diagnostiquée récemment. Si l'assurée était soulagée qu'un diagnostic ait été posé, après des années passées avec l'impression de ne pas être crue, la découverte de cette pathologie avait provoqué une nouvelle exacerbation de son trouble dépressif majeur, qui était alors d'intensité sévère.

Dans un avis du 8 août 2020, le SMR a estimé que les commentaires du Dr D._____ sur l'expertise du Dr V._____ ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions de l'expert.

Par décision du 25 août 2020, l'OAI a confirmé son refus de prestations. Se basant sur l'expertise des Drs V._____ et N._____, il a

considéré que l'assurée présentait depuis toujours une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (port de charge en porte-à-faux de plus de 5 kg) et que le degré d'invalidité était nul.

B. Par acte du 22 septembre 2020, F._____, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente entière depuis le 1^{er} septembre 2016 au plus tard, et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle instruction. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et l'audition du Dr D._____. La recourante a en particulier critiqué la valeur probante de l'expertise mise en œuvre par l'intimé, surtout le volet psychiatrique mené par le Dr V._____.

Dans sa réponse du 9 novembre 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le 14 janvier 2021, la recourante a produit un rapport du 12 janvier 2021 du Dr L._____ mentionnant que son état de santé avait radicalement changé depuis l'automne 2019 avec l'apparition d'une forme floride de polyarthrite rhumatoïde dont les premiers symptômes avaient débuté en septembre 2019 et qui avaient nécessité la mise en place d'aide à domicile pour le ménage et les repas, ainsi qu'une évaluation ergothérapeutique pour adapter son lieu de vie. Ce médecin a ajouté que la recourante était suivie par le Dr K._____, spécialiste en rhumatologie, depuis novembre 2019, qu'elle était toujours en phase d'adaptation au niveau de son traitement et qu'elle restait symptomatique en fonction du dosage de la prednisone, malgré un traitement de fond de méthotrexate et d'anti-TNF depuis plusieurs mois. Il a attesté d'une incapacité de travail de 100 % sur le plan somatique depuis début septembre 2019.

Dans sa réplique du 25 janvier 2021, la recourante a confirmé ses conclusions et maintenu ses réquisitions de preuve, en sollicitant en

outre l'audition du Dr V._____. Elle a produit notamment un rapport du Dr D._____ du 7 janvier 2021 faisant état d'une aggravation du trouble dépressif majeur récurrent, qui était passé de moyen à sévère.

L'intimé a maintenu sa position aux termes de sa duplique du 25 février 2021.

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). 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) 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). 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.

b) 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).

c) 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 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

4. a) En l'espèce, sur le plan somatique, l'intimé n'a pas examiné la question de la polyarthrite rhumatoïde dont les premiers symptômes ont débuté au mois de septembre 2019 selon le médecin traitant de l'assurée. L'intimé avait pourtant été informé en février 2020 par le Dr D._____ qu'une exacerbation des douleurs depuis la fin de l'année 2019 avait conduit le médecin traitant à adresser la recourante à un spécialiste en rhumatologie, qui avait posé ce nouveau diagnostic et instauré un traitement. Dans la mesure où les précédents rapports médicaux versés au dossier et l'expertise du Dr N._____, sur lequel l'intimé s'est basé pour rendre la décision litigieuse, ne font pas état de ce diagnostic, l'intimé aurait dû instruire cette question, en particulier interroger le médecin traitant et le Dr K._____ sur ce trouble et son éventuelle incidence sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles de la recourante. L'intimé ne pouvait pas faire abstraction de ce diagnostic, d'autant moins que la recourante se plaignait de douleurs permanentes poly et périarticulaires (cf. p. 6 du rapport d'expertise du Dr N._____), que l'exacerbation de ses douleurs articulaires multiples à l'automne 2019 était telle qu'elle avait réclamé une hospitalisation d'urgence (rapport du Dr D._____ du 25 février 2020) et que son état de santé avait en outre nécessité la mise en place d'une aide à domicile pour le ménage et les repas, ainsi qu'une évaluation ergothérapeutique pour adapter son lieu de vie (rapport du Dr L._____ du 12 janvier 2021).

Au vu de ce qui précède, le dossier est insuffisamment instruit sur le plan somatique et ne permet pas de déterminer les effets de la polyarthrite rhumatoïde sur la capacité de travail de la recourante, ni les éventuelles limitations fonctionnelles en lien avec ce trouble.

b) Sur le plan psychiatrique, l'intimé s'est basé sur les conclusions de l'expertise du Dr V._____, qui ne peut pas se voir reconnaître une pleine valeur probante.

En effet, l'expert n'a pas tenu compte ou n'a pas suffisamment discuté certains éléments importants pour l'appréciation du cas. Dans ses constatations, il a notamment retenu, sans le moindre commentaire, que le sommeil de la recourante n'était pas perturbé (p. 13 du rapport d'expertise), alors que le Dr D._____ a fait état d'insomnies sévères depuis des années, qui avaient conduit à une inversion du rythme nyctéméral et à l'instauration d'un traitement de Mirtazapin® au cours du séjour à C._____ en 2016, et qui entraînaient une fatigabilité. Le Dr D._____ a indiqué que c'était du reste à cause des troubles du sommeil que la recourante s'était déplacée la veille à [...] afin de pouvoir être à l'heure à l'entretien avec l'expert (cf. son rapport du 25 février 2020). Si le Dr V._____ a effectivement relevé dans son rapport d'expertise que la recourante était arrivée la veille à [...] et avait passé la nuit à l'hôtel, il ne semble pas en avoir discuté les raisons avec la recourante puisque son rapport ne fournit aucune explication sur ce point et il n'a visiblement pas attribué ces faits à des troubles du sommeil puisqu'il a retenu que le sommeil de la recourante n'était pas perturbé. A noter que le Dr N._____ a mentionné dans l'anamnèse que le sommeil de la recourante était perturbé avec un réveil fréquent et non réparateur. Les observations du Dr V._____ ne sont pas non plus complètes lorsqu'il mentionne que la recourante elle-même ne se reconnaissait pas comme ayant une maladie psychiatrique, sans commenter cette perception de la situation par la recourante, qui ne concorde pas avec la fréquence de ses consultations chez un psychiatre et la durée du traitement. L'expert n'a pas non plus discuté du trouble thymique, qui a pourtant été évoqué par le

Dr D._____ dans tous ses rapports et qui est la cause d'une partie des limitations fonctionnelles retenues par le psychiatre traitant.

Pour la période antérieure à l'expertise, le Dr V._____ s'est limité à indiquer qu'il s'éloignait de l'appréciation du psychiatre traitant concernant le degré de sévérité du trouble dépressif, car au moment de l'entretien avec la recourante ainsi que du point de vue anamnestique, les critères de la CIM-10 n'étaient pas remplis, et qu'il pouvait tout au plus admettre un degré moyen pendant l'hospitalisation à C._____ du 6 au 26 septembre 2016. Cette appréciation, insuffisamment motivée, ne permet pas d'accorder pleine valeur probante au rapport d'expertise, d'autant plus que le psychiatre traitant a détaillé de manière précise les limitations fonctionnelles qu'il a retenues au cours de son suivi régulier de la recourante. En l'état du dossier, il n'est pas possible de départager les avis divergents du Dr V._____ et du psychiatre traitant de la recourante.

Il convient en outre de constater que l'intimé n'a pas examiné l'aggravation de l'état de santé psychique évoquée par le psychiatre traitant en février 2020. Le Dr D._____ avait pourtant signalé que la découverte de la nouvelle pathologie de la recourante avait provoqué une exacerbation du trouble dépressif majeur qui était devenu d'intensité sévère.

c) Au vu de ce qui précède, une instruction complémentaire s'avère nécessaire et une nouvelle expertise doit être ordonnée tant pour les troubles physiques que psychiques.

5. a) Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimé, à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA, pour qu'il en complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale conformément à l'art. 44 LPGA comportant un volet psychiatrique et un volet rhumatologique, en y associant, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune.

b) Dès lors que la cause doit être retournée à l'intimé pour complément d'instruction, il n'y a pas lieu d'examiner les autres griefs soulevés par la recourante.

c) Vu l'issue du litige, il n'y a en outre pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par la recourante.

6. a) En définitive, le recours doit être admis, et la décision attaquée annulée, la cause étant retournée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

b) 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'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, 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). Il convient d'arrêter cette indemnité 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 la mettre à la charge de la partie intimée.

**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 25 août 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé 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.

III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à F._____ 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 Gilles-Antoine Hofstetter (pour la recourante),
- 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 :