

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 août 2021

Composition : M. PIGUET, président
M. Métral et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 17 et 61 let. c LPGA ; 28 al. 1 LAI et 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait comme manutentionnaire à 50% en atelier chez [...] SA et comme aide de cuisine à 50% auprès de [...].

Le 14 août 2017, l'assurée a glissé et chuté sur son lieu de travail, subissant une contusion de la hanche gauche, qui avait fait l'objet d'une arthroplastie totale en 2005.

L'assurée a présenté une totale incapacité de travail dès le jour de l'accident, se déplaçant depuis lors au moyen de cannes anglaises. L'évènement a été pris en charge par C._____, d'abord sous le régime de l'assurance-accidents, puis dans le cadre de l'assurance-maladie perte de gain dès le 14 octobre 2017.

Dans un rapport du 20 octobre 2017 à C._____, le Dr B._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté une usure précoce de la prothèse, qu'il a changée dans son intégralité lors d'une intervention du 29 novembre 2017.

Le 22 février 2018, l'assurée a déposé une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'Office AI ou l'intimé).

Lors d'un examen du 24 avril 2018, le Dr K._____, spécialiste en neurologie, a constaté l'absence d'atteinte neurologique.

C._____ a mis en œuvre une expertise de chirurgie orthopédique qu'elle a confiée au F._____ (ci-après : F._____). Dans un rapport du 28 juin 2018, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les conclusions suivantes :

A sept mois de changement de prothèse totale de hanche gauche, douleurs persistantes d'origine peu claire anamnestiquement, l'examen clinique est difficile à interpréter entre un « problème » en rapport avec la PTH gauche, un « problème » neurologique non identifié par l'ENMG et un problème psychosomatique. La capacité de travail dans la restauration est nulle, et ce pour une période qui n'est pas encore déterminable.

Il va falloir faire des examens complémentaires pour confirmer ou infirmer une pathologie en rapport avec la PTH gauche.

Je préconiserais une échographie et si collection liquidienne, ponction ad culture à la recherche d'une infection. Par la suite, Spect CT, mais cet examen ne peut pas être conclusif avant un délai de 10 à 12 mois à dater de l'opération, une hypercaptation avant ce délai pouvant encore être considérée comme normale.

D'ici là, antalgie et physiothérapie.

Si bilan et examens complémentaires normaux à 10-12 mois, évaluation par un psychiatre ou centre spécialisé de la douleur.

Dans un rapport du 3 août 2018, le Dr B. _____ a retenu que l'assurée présentait des douleurs neurogènes peu claires ne correspondant pas à un territoire bien défini, avec de multiples phénomènes de type fourmillements. Les plaintes de l'assurée avaient tellement persisté qu'il avait fini par demander l'avis d'un neurologue qui ne retrouvait pas non plus d'étiologie neurologique aux symptômes décrits. Le Dr B. _____ évoquait une situation compliquée, avec une patiente qui présentait des symptômes qui ne correspondaient pas aux complications connues ou standards des révisions de prothèse de hanche. Le chirurgien expliquait avoir renoncé pour l'heure à des examens complémentaires, la symptomatologie de l'assurée ne plaidant notamment pas en faveur d'une infection de prothèse, en l'absence de douleur mécanique ou de douleurs nocturnes dans le pli de l'aîne.

Lors d'une consultation du 21 janvier 2019, le Dr B. _____, constatant une augmentation du nombre de chutes depuis le dernier contrôle, vraisemblablement dues à l'amyotrophie au membre inférieur gauche, a suggéré une évaluation complète de l'état de santé de sa patiente ainsi que la recherche des facteurs de risques de chutes.

Renseignant l'Office AI et C. _____ le 25 février 2019, le Dr B. _____ a attesté une incapacité de travail de 100% dans l'activité d'aide de cuisine, tout en lui reconnaissant une capacité entière dans une activité adaptée tenant compte de son atteinte à la santé.

Dans un avis du 25 mars 2020, la Dre N. _____, médecin au Service Médical Régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a sollicité une actualisation du dossier auprès du Dr B. _____, précisant que si l'avis du chirurgien demeurait inchangé, elle maintiendrait une exigibilité de 100% dans une activité adaptée.

Le 8 avril 2020, le Dr B. _____ a répondu comme suit au questionnaire de l'Office AI :

1. Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?

Patient pas revue depuis juin 2019...

2. Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ? Depuis quand ?
(sur un taux de 100%, même si le taux contractuel est inférieur)

probablement 0% mais je ne sais pas.

3. Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ? Depuis quand ?
(sur un taux de 100%, dans l'hypothèse d'une activité exercée à plein temps)

— 1 —

4. Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?

cf. point 1.

Dans un avis du 6 mai 2020, la Dre N. _____, indiquant se fonder sur l'appréciation du Dr B. _____, a estimé que, par suite du changement prothétique de la hanche gauche, l'assurée ne pouvait plus exercer une activité nécessitant des déplacements fréquents, des ports de charges et des positions debout prolongées, sa capacité de travail étant nulle dans son activité d'aide-cuisinière. La Dre N. _____ a toutefois considéré que la capacité de travail était entière dans toute activité respectant ses limitations fonctionnelles, depuis février 2019.

Dans un projet de décision du 23 juin 2020, l'Office AI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière d'invalidité

du 1^{er} août 2018 au 30 avril 2019. Il a considéré qu'elle aurait recouvré à partir du 1^{er} février 2019 une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles et ne subissait plus de préjudice économique, ce qui conduisait à la suppression de sa rente après un délai de trois mois.

L'assurée a fait valoir ses objections au projet de décision précité par courriers des 3 et 16 juillet 2020. Elle a en substance fait valoir qu'elle était régulièrement victime de chutes quand elle marchait plus de trente mètres, qu'elle se déplaçait toujours avec des cannes anglaises, qu'elle n'arrivait pas à dormir plus d'une heure sans se faire réveiller par des douleurs atroces et qu'elle devait sans cesse changer de position à cause des douleurs à sa hanche, ajoutant qu'elle ne sortait plus et ne voyait plus personne. Elle a en outre souligné être suivie à E. _____ par le Dr T. _____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, qui allait lui placer des électrodes (« pacemaker ») dans une vertèbre afin de diminuer ses douleurs.

Interpellé par le SMR, le Dr T. _____ a transmis le 15 septembre 2020 son rapport opératoire du 10 octobre 2019 (bloc sympathique lombaire), tout en précisant qu'il ne souhaitait pas se prononcer sur la capacité de travail de sa patiente.

Par courriel du 17 septembre 2020, S. _____ a informé l'Office AI qu'elle n'était pas suivie sur le plan psychiatrique et que l'opération prévue pour la pose des électrodes aurait lieu le 26 octobre 2020.

Dans un avis d'octobre 2020, la Dre N. _____ a estimé que les dernières mesures d'instruction auprès de l'assurée et du Dr T. _____ n'avaient apporté aucun élément nouveau susceptible de modifier son appréciation.

Par courriel du 7 novembre 2020, l'assurée a informé l'Office AI qu'une nouvelle opération était agendée pour le 9 novembre 2020 avec le Dr T. _____ afin de lui poser « un pacemaker dans le dos ».

Par décision du 18 mars 2021, l'Office AI a confirmé son projet de décision et accordé une rente entière d'invalidité, limitée à la période du 1^{er} août 2018 au 30 avril 2019, estimant que dès le 1^{er} février 2019 l'assurée présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé et qui respecte les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les déplacements fréquents, éviter de monter et descendre des escaliers fréquemment, éviter les positions en porte-à-faux, éviter le port de charges.

B. Par acte du 28 avril 2021, S. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, dont elle a conclu implicitement à la réforme dans le sens du maintien du droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 avril 2019.

Dans sa réponse du 28 mai 2021, l'Office AI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision entreprise. Il a fait valoir que le Dr B. _____ reconnaissait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle d'aide-cuisinière depuis le 29 novembre 2017, tout en attestant une pleine capacité de travail dès février 2019 dans une activité adaptée.

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. La recourante ne conteste pas la décision litigieuse en ce qu'elle concerne le droit à la rente jusqu'au 30 avril 2019. Il n'y a pas lieu d'examiner plus avant cet aspect de la décision entreprise, qui ne prête pas flanc à la critique. La recourante conteste en revanche le refus de rente pour la période courant dès le 1^{er} mai 2019. Est en particulier litigieuse la question de savoir si elle a présenté, dès le 1^{er} février 2019, une amélioration durable de son état de santé, propre à supprimer, par la voie de la révision, le droit à la rente.

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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Constitue une 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 (cf. 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) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.2, 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

4. a) 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).

b) 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 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).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire,

selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Ce principe n'est toutefois pas absolu et sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références citées).

5. a) En l'espèce, à la lumière des pièces versées au dossier, il n'est pas possible d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante a présenté une pleine capacité de travail depuis le 1^{er} février 2019 dans une activité adaptée à son état de santé. Il convient de relever que l'intimé a fondé la décision litigieuse sur la seule appréciation du Dr B. _____ qui, dans ses brèves réponses manuscrites du 25 février 2019 aux questionnaires de l'Office AI et de C. _____, a attesté une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Son avis, dénué de toute motivation, ne saurait suffire à justifier la révision du droit à la rente d'invalidité reconnu depuis le 1^{er} août 2018. Par ailleurs, il sied de constater que ce médecin, interrogé à nouveau par le SMR le 8 avril 2020, ne s'est pas, ou tout au moins pas clairement, déterminé sur la capacité de travail de la recourante. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité habituelle, il a indiqué : « probablement 0% mais je ne sais pas ». Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, point pourtant essentiel en l'espèce, il a annoté le questionnaire du SMR de la mention manuscrite « —||— ». Si on ne peut affirmer avec certitude que le Dr B. _____ a ainsi voulu répéter la réponse donnée à la question précédente relative à la capacité de travail dans l'activité habituelle, à savoir « probablement 0% mais je ne sais pas », force est de considérer que le Dr B. _____ n'a pas confirmé son appréciation du 25 février 2019 dans le sens d'une capacité de travail entière dans une activité habituelle. Il découle de ces constats que le dossier ne contient aucun avis médical suffisamment probant pour trancher la question de la

capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2019.

En outre, le SMR ne fournit aucune explication de nature médicale relative à la symptomatologie persistante de la recourante et au caractère non invalidant de celle-ci. A cet égard, on relèvera que le Dr B._____ n'a pas pu identifier la cause des symptômes dont souffre la recourante, l'ayant adressée à un neurologue, le Dr K._____, lequel n'a pas non plus trouvé d'étiologie neurologique aux symptômes décrits par la recourante. Le Dr B._____ a constaté qu'il s'agissait d'une situation compliquée car la recourante présentait des symptômes qui ne correspondaient pas aux complications connues ou standards des révisions de prothèse de hanche.

En définitif, la recourante présente, depuis le remplacement de sa prothèse de la hanche en 2017, des symptômes pour l'essentiel inchangés (douleurs, fourmillements et amyotrophie) qui entraînent des limitations fonctionnelles importantes au quotidien : elle est fréquemment victime de chutes, doit utiliser constamment des cannes anglaises et ne sort quasiment plus de chez elle. Ces symptômes n'ont pas été expliqués pour l'heure par des raisons objectives. Le 21 janvier 2019, le Dr Q._____ a constaté une augmentation des chutes et a préconisé une évaluation complète dont on ignore si elle a eu lieu. Le Dr Q._____ a, quant à lui, évoqué l'éventuelle nécessité de faire évaluer la situation par un spécialiste en psychiatrie, dans son rapport du 28 juin 2018. La recourante a en outre subi plusieurs interventions chirurgicales dans le cadre de sa prise en charge par E._____. Malgré les traitements entrepris dans ce cadre, l'intimé n'a pas instruit de manière approfondie auprès du Dr T._____, se contentant du fait que celui-ci ne souhaitait pas se prononcer sur la capacité de travail.

b) Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 30 avril 2019. Il convient par conséquent de

renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

6. a) En conclusion, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'Office AI pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédie, neurologie et psychiatrie), puis nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600.- fr. et de les mettre à la charge de l'intimé, qui succombe.

c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

**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 18 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600.- fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- S. _____,
- 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 :