

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mai 2022

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mmes Dessaux et Durussel, juges
Greffière : Mme Tagliani

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourant, représenté par Swiss Claims Network SA, à Fribourg,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 LAI et 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 17 août 2017 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], peintre en bâtiments au bénéfice d'un CFC, indiquant souffrir de discopathies étagées avec débords discaux,

vu le dossier de l'assurance perte de gain maladie, versé à celui de l'OAI, qui contient un rapport du 3 juillet 2017 de son médecin-conseil, exposant que l'assuré a présenté des cervicobrachialgies apparues de manière assez brutale le 2 mars 2017, associées à une impotence fonctionnelle majeure et à des paresthésies des membres supérieurs et inférieurs,

vu l'incapacité totale de travail de l'assuré attestée depuis le mois de mars 2017,

vu l'avis demandé au Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, qui a retenu le 3 avril 2017, à la lecture d'une IRM cervicale, une discopathie inflammatoire sur arthrose sous-jacente relativement précoce, avec des pics algiques,

vu le rapport établi le 26 décembre 2017 par le Dr L._____, médecin praticien, indiquant qu'une IRM de la colonne lombaire avait été effectuée le 20 juin 2017, sans mise en évidence de lésion majeure, et qu'une IRM de la colonne cervicale du même jour avait montré une discopathie en C5-C6,

vu le rapport du 3 février 2018 du Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, selon lequel l'assuré souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11), secondaire à la pathologie somatique, de sorte que les limitations fonctionnelles devaient avant tout être examinées du point de vue somatique,

vu les différents rapports du Dr D._____, médecin praticien et médecin traitant de l'assuré, selon lesquels l'état de santé de l'assuré ne s'améliorait pas et la reprise d'une activité professionnelle n'était pas envisageable en l'état (cf. rapports des 12 mai, 19 septembre et 20 décembre 2017, 17 octobre et 1^{er} novembre 2018),

vu le rapport du Dr L._____ du 8 novembre 2018, informant l'OAI que la situation était stationnaire, que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle, que dans une activité adaptée, sur le plan purement orthopédique, elle était de 50 % dès le 1^{er} octobre 2018 avec des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, appréciation qu'il a réitérée par rapport du 23 septembre 2019,

vu l'avis du Service médical régional de Suisse romande de l'OAI (ci-après : le SMR) du 4 mars 2019,

vu les rapports de la mesure d'orientation professionnelle organisée au Centre de formation [...] du 27 mai au 8 septembre 2019, concluant à un rendement observé de 30 à 35 % sur un temps de présence de 50 %,

vu le rapport du 24 septembre 2019 du Dr F._____, posant les diagnostics d'épisode dépressif, épisode actuel moyen à sévère avec syndrome somatique (F33.11), d'anxiété généralisée (F41.1), d'autre modification durable de la personnalité (F62.8), et indiquant que ces pathologies étaient responsables d'une incapacité totale de travail, dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée,

vu l'avis du SMR du 4 octobre 2019, recommandant la réalisation d'une expertise bi-disciplinaire en psychiatrie et rhumatologie,

vu le rapport du Dr L._____ du 24 octobre 2019,

vu le rapport du 10 septembre 2020 de l'expertise confiée au V._____ (ci-après : V._____), établie par le Dr M._____, spécialiste

en médecine physique et réadaptation, et le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie,

vu les documents médicaux recueillis par les experts, dont un courrier du Dr Q._____ du 12 février 2020, dans lequel il expliquait entreprendre des traitements médicamenteux d'épreuve afin d'exclure un diagnostic de spondylarthrite atypique, qui avait été soulevé lors d'un séjour multimodal en rhumatologie au Centre hospitalier R._____ (ci-après : Centre hospitalier R._____) du 23 octobre au 3 novembre 2017,

vu les conclusions des experts, retenant les diagnostics au plan somatique de cervicalgies sur cervicarthrose active en C5-C6 (discopathie inflammatoire), lombalgies communes sur dysbalance musculaire et lésions dégénératives du rachis dorso-lombaire, syndrome douloureux de l'hémicorps gauche sans substrat anatomique actuellement identifié ; et au plan psychique un épisode dépressif réactionnel moyen sans syndrome somatique depuis décembre 2017 (F32.10), un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2017 (F45.4) et une accentuation de certains traits de personnalité (Z73.1),

vu ces mêmes conclusions selon lesquelles la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, toutefois en l'absence d'un diagnostic de spondylarthrite, le syndrome douloureux diffus ne répondait pas à un substrat anatomique et ne pouvait donner lieu à des limitations fonctionnelles supplémentaires à celle d'épargne du rachis, de sorte que dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière du point de vue physique comme psychique, aucune limitation fonctionnelle ne pouvant être retenue sur ce dernier plan non plus, depuis mars 2017,

vu l'avis médical du SMR du 5 novembre 2020,

vu le rapport du 16 novembre 2020 du Dr F._____, critiquant l'expertise du V._____, s'agissant entre autres des diagnostics retenus par l'expert psychiatre et de son appréciation,

vu l'avis médical du SMR du 8 décembre 2020,

vu le projet de décision du 7 janvier 2021, par lequel l'OAI a informé l'assuré de son intention de rejeter sa demande, au vu de son degré d'invalidité de 7,4 %, compte tenu de sa capacité de travail entière dans une activité adaptée à l'issue du délai d'attente,

vu les observations formulées par l'assuré le 10 février 2021, sous la plume de son représentant Swiss Claims Network SA,

vu les pièces produites avec lesdites observations, soit :

- Un rapport du Dr L. _____ du 26 janvier 2021 ;
- Un courriel d'un intervenant des Ateliers de réhabilitation du Centre hospitalier R. _____ du 28 janvier 2021, dans lesquels l'assuré avait débuté une activité occupationnelle sans calcul de rendement le 12 février 2020 à raison de deux matinées par semaine ;
- Un rapport du Dr D. _____ du 3 février 2021,

vu l'avis médical du SMR du 22 février 2021, sollicitant un complément d'expertise,

vu le complément d'expertise du 3 mai 2021 rédigé par les Drs M. _____ et N. _____, retenant que les rapports médicaux produits par l'assuré n'apportaient pas d'élément nouveau susceptible de modifier leurs conclusions,

vu les observations complémentaires de l'assuré transmises à l'OAI le 24 juin 2021, accompagnées de deux pièces, soit :

- Un rapport du Dr Q. _____ du 1^{er} avril 2021, indiquant que l'assuré présentait depuis plusieurs années un syndrome douloureux diffus, qu'une IRM pratiquée en 2017 n'avait pas montré d'autre anomalie que des troubles dégénératifs, mais qu'une récente IRM avait

démontré l'apparition d'une syringomyélie cervicale basse en sus des troubles dégénératifs, qu'un avis neurochirurgical avait été demandé au Centre hospitalier R. _____ pour évaluer la part des douleurs secondaires à la syringomyélie, que l'examen neurologique du Dr P. _____, spécialiste en neurologie, n'avait pas mis en évidence de lésions sensitives ou motrices pouvant être rattachées à la syringomyélie, que le diagnostic de spondylarthrite pouvait être définitivement écarté et que dans l'appréciation de la capacité de travail il fallait tenir compte de l'atteinte neurologique et des possibles douleurs neuropathiques induites par la syringomyélie ;

- Un rapport du 2 juin 2020 des Drs J. _____ et K. _____, médecin praticien et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui avaient repris le suivi de l'assuré,

vu l'avis médical du SMR du 10 août 2021, regrettant que la dernière IRM n'ait pas été fournie, relevant l'aspect contradictoire de l'appréciation du Dr Q. _____ dans son rapport du 1^{er} avril 2021, et estimant que le projet de décision devait être maintenu en l'absence d'élément nouveau,

vu la décision du 24 septembre 2021 par laquelle l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité et des mesures professionnelles à l'assuré, pour les motifs exposés dans le projet précité,

vu le courrier de l'OAI du même jour, faisant partie intégrante de la décision et prenant position sur les arguments soulevés par l'assuré,

vu les rapports du Dr P. _____, datés des 1^{er} février, 3 et 31 mars 2021 adressés à l'OAI le 15 octobre 2021 sur demande de l'assuré et du Dr J. _____, selon lesquels il avait notamment fait effectuer une IRM cervicale qui montrait une syringomyélie avec dilatation du canal épendymaire d'au moins 1,5 mm étagée en C6 et D1, qui était très

certainement responsable du syndrome douloureux de l'hémicorps gauche et qui n'avait pas été vue auparavant,

vu le rapport des Dr K._____ et J._____ du 14 octobre 2021, indiquant faire recours contre la décision du 24 septembre 2021,

vu le courrier de l'OAI du 25 octobre 2021 selon lequel les médecins traitants n'étaient pas « autorisés » à former recours contre la décision, et laissant à l'assuré le soin d'exercer son droit de recours le cas échéant,

vu le recours interjeté le 29 octobre 2021 par C._____, représenté par Swiss Claims SA, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre cette décision, requérant la production du dossier complet de la cause, concluant avec suite de frais et dépens principalement à son annulation [recte : sa réforme] et à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité, et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise en psychiatrie, orthopédie et neurologie ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision,

vu les griefs développés par le recourant, soit en substance d'une part le défaut de valeur probante du rapport d'expertise du 10 septembre 2020 et de son complément du 3 mai 2021, reprenant les critiques formulées par le Dr F._____ dans son rapport du 16 novembre 2020, contestant notamment les qualifications du Dr M._____ pour le volet orthopédique, et d'autre part faisant état d'une capacité de travail nulle dans toute activité, se prévalant à cet égard des avis de ses médecins traitants et de l'intervenant des ateliers de réhabilitation du Centre hospitalier R._____,

vu l'avis du SMR du 10 décembre 2021, se positionnant entre autres sur les rapports du Dr P._____, indiquant que le nouveau diagnostic de syringomyélie - qui avait été évoqué par le Dr Q._____ avant la reddition de la décision mais « induisant en erreur » et sans l'IRM

en question - était désormais certain au vu des rapports du Dr P._____, ce qui constituait un nouvel élément qui amenait le SMR à reconsidérer sa position et retenir une origine organique et non fonctionnelle aux symptômes du recourant, rendant nécessaire la reprise de l'instruction sur ce point,

vu la réponse de l'intimé du 15 décembre 2021, s'appuyant sur l'avis du SMR précité, et concluant à la reprise de l'instruction,

vu les pièces au dossier ;

attendu que le recours a été interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et remplit les autres conditions de forme, de sorte qu'il est recevable (art. 60 al. 1 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1] ; art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]),

qu'aux termes de l'art. 82 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 (al. 1),

que dans ces cas, elle rend à bref délai une décision d'irrecevabilité, d'admission ou de rejet sommairement motivée (al. 2) ;

attendu 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 (art. 28 al. 1 let. a LAI), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c),

qu'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 et art. 4 al. 1 LAI),

que pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1) ;

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'en l'espèce, les rapports du Dr P. _____ des 3 et 31 mars 2021 attestent l'existence d'une syringomyélie chez le recourant,

que ce diagnostic n'avait pas été communiqué avant la reddition de la décision malgré les dates auxquelles ces pièces ont été établies,

qu'il permettrait « très certainement » de retenir une origine organique au syndrome douloureux de l'hémicorps gauche du recourant (cf. en particulier les rapports du Dr P. _____ et celui du Dr Q. _____ du 1^{er} avril 2021),

que ce diagnostic n'a pas pu faire l'objet d'investigations par l'OAI, en particulier s'agissant de la date de son apparition, de ses conséquences algiques ou en termes de limitations fonctionnelles, et de sa possible interaction avec les atteintes psychiques,

qu'au surplus, le SMR a expressément demandé à ce que l'instruction du dossier soit reprise,

que dans sa réponse du 15 décembre 2021, l'OAI s'est référé à cet avis,

que, ce faisant, il a implicitement acquiescé à la conclusion de renvoi du recourant,

que toutefois, l'acquiescement est en principe inopérant en droit des assurances sociales, dans lequel prévaut la maxime d'office (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA) en ce sens qu'il ne dispense pas le juge de se prononcer sur le recours, de sorte qu'il y a lieu de rendre une décision sur le fond (cf. TF 8C_331/2020 du 4 mars 2021 consid. 2.1 ; 9C_149/2017 du 10 octobre 2017 consid. 1 et la référence citée) ;

que le dossier ne permet ainsi pas, en l'état, de statuer en pleine connaissance de cause sur les droits du recourant,

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),

que tel est le cas en l'espèce,

que la décision litigieuse du 24 septembre 2021 doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après complément d'instruction,

qu'il lui appartiendra notamment de recueillir tout rapport médical pertinent, en particulier l'avis neuroradiologique et neurochirurgical du Centre hospitalier R._____ mentionné par les Drs P._____ et Q._____, et de mettre le cas échéant en œuvre une

nouvelle expertise médicale, sur les plans somatique, dont neurologique, et psychiatrique,

qu'en effet l'expertise du V. _____ reposait selon toute vraisemblance, en partie à tout le moins, sur le constat de l'absence de substrat organique à l'origine des plaintes principales de l'assuré,

que ce constat s'est avéré erroné, sans que l'on sache à ce stade s'il était erroné dès l'apparition de l'atteinte à la santé ou non,

qu'il conviendra à l'OAI de veiller à ce que le schéma d'évaluation des troubles psychiques au moyen d'indicateurs, préconisé par la jurisprudence récente, soit respecté (ATF 143 V 418),

que la possibilité sera laissée aux experts de s'adjoindre les services d'un médecin spécialiste d'un ou plusieurs autre(s) domaine(s) s'ils l'estiment pertinent,

que le recours se révèle ainsi manifestement bien fondé, les faits pertinents n'ayant pas été constatés de manière complète (art. 98 let. b LPA-VD),

que la requête du recourant visant la production du dossier complet de l'OAI est devenue sans objet, ce dossier ayant été produit ;

attendu que la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis, première phrase, LAI),

qu'en l'espèce, vu les circonstances, il y a lieu de renoncer à la perception de frais, les rapports médicaux ayant amené l'intimé à revoir sa position ayant été produits après la décision querellée (art. 50 *cum* 91 et 99 LPA-VD) ;

attendu que pour le même motif, il se justifie de ne pas allouer de dépens (art. 56 LPA-VD).

**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 24 septembre 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Swiss Claims Network SA (pour M. C. _____),
- Office de l'assurance-maladie 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 :