

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 février 2016

Composition : M. DÉPRAZ, président
Mme Thalmann et M. Métral, juges
Greffière : Mme Monod

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 82 LPA-VD ; art. 43 et 44 LPGA.

En fait et en droit :

Vu la première demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) déposée le 23 octobre 2007 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'assurée ou la recourante), ressortissante slovène née en 1978, arrivée en Suisse en octobre 2006 où elle n'a jamais exercé d'activité lucrative,

vu la décision de refus de prestations du 4 mai 2010, entrée en force, relevant que l'atteinte à la santé – soit une surdité consécutive à une méningite survenue dans l'enfance – n'entraînait aucune incapacité de travail, ni limitations fonctionnelles dans l'activité habituelle de couturière, apprise par l'assurée dans son pays d'origine,

vu la seconde requête de prestations AI formulée par l'assurée le 5 octobre 2012, dans le cadre de laquelle l'OAI a sollicité des rapports de ses médecins traitants, à savoir les Drs C._____, généraliste, B._____, spécialiste en psychiatrie, et N._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie,

vu les diagnostics évoqués par ces derniers, soit une « surdité neurosensorielle bilatérale », un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques » et un « trouble mixte de la personnalité à traits immatures et dépendants » (cf. rapport du Dr B._____ du 16 février 2013), ainsi que des « cervicobrachialgies droites sur hernie discale C3-C4 » et une « tendinite de Quervain bilatérale » (cf. rapport du Dr C._____ du 3 juin 2013),

vu le diagnostic de « syndrome douloureux somatoforme persistant » évoqué par le Dr B._____ aux termes de sa correspondance du 8 novembre 2013,

vu l'expertise pluridisciplinaire, réalisée les 25 et 27 juin 2014 au sein du Centre d'expertise E. _____ par les Drs G. _____, spécialiste en médecine interne, I. _____, spécialiste en rhumatologie, et H. _____, spécialiste en psychiatrie,

vu le rapport d'expertise corrélatif, établi le 29 octobre 2014, où les spécialistes précités n'ont retenu aucun diagnostic susceptible de se répercuter sur la capacité de travail, mais mentionné ceux de « surditité engendrée par la méningite à l'âge de 18 mois », de « cervicobrachialgies sur discopathies avec hernie discale C3-C4 médiane et paramédiane droite » et de « syndrome douloureux somatoforme persistant » sans incidence sur dite capacité, estimant en conséquence que l'assurée présentait une capacité de travail préservée, sans limitations fonctionnelles, dans son activité habituelle de couturière,

vu l'avis exprimé le 13 novembre 2014 par le Dr K. _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), se ralliant aux conclusions des experts du E. _____ pour considérer l'absence d'incapacité de travail durable et de limitations fonctionnelles,

vu le projet de décision de l'OAI du 20 janvier 2015 envisageant de prononcer un refus de reclassement et de rente d'invalidité, motif pris que, sur la base du rapport d'expertise du E. _____, l'assurée pouvait exercer à plein temps son activité habituelle de couturière,

vu la contestation de l'assurée du 28 janvier 2015, où elle a rappelé souffrir de trois problèmes de santé principaux, soit de surditité, de problèmes musculo-squelettiques et de troubles anxieux sévères généralisés, s'appuyant sur une attestation du 27 janvier 2015 établie par son nouveau médecin généraliste traitant, la Dresse F. _____,

vu le rapport médical complété par cette praticienne le 27 mars 2015 où elle a repris et étayé les diagnostics précédemment

retenus, ainsi qu'exposé les difficultés rencontrées par sa patiente au quotidien,

vu l'avis du SMR du 16 avril 2015 où les Drs K._____ et L._____, ont considéré que le rapport de la Dresse F._____ n'était pas « susceptible de modifier [leur] position, basée sur une expertise pluridisciplinaire détaillée »,

vu la décision rendue le 23 septembre 2015 par l'OAI reprenant les termes du projet de décision du 20 janvier 2015,

vu le recours contre la décision précitée, formé le 26 octobre 2015 par l'assurée par devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dans lequel elle a en premier lieu fait grief à l'intimé d'avoir insuffisamment instruit la question de son statut, alors qu'elle avait expressément indiqué avoir eu l'intention d'exercer une activité lucrative à temps partiel (60%-70%) si son état de santé le lui avait permis,

vu le second grief avancé par l'assurée sur le plan médical, en ce qu'elle a fait valoir que l'expertise réalisée au sein du E._____ ne tenait pas suffisamment compte des limitations engendrées par sa surdité et ne couvrait pas les indicateurs standards fixés par le Tribunal fédéral dans sa récente jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, ce qui lui ôtait en conséquence toute valeur probante,

vu ses conclusions tendant à l'annulation de la décision de l'OAI _____ du 23 septembre 2015 et, principalement à la reconnaissance de son droit à des prestations AI, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous forme d'expertise médicale avant nouvelle décision,

vu la réponse de l'OAI du 14 janvier 2016, se ralliant à un avis du SMR du 21 décembre 2015, où les Drs L._____ et M._____ ont estimé que les éléments médicaux étaient en l'état insuffisants, en

présence d'une situation éventuellement évolutive, et préconisé un complément d'expertise au sein du E. _____,

vu les pièces versées au dossier ;

Attendu que le recours, formé en temps utile, remplit les autres conditions de forme, de sorte qu'il est recevable (art. 60 et 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]),

qu'aux termes de l'art. 82 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 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 (art. 82 al. 2 LPA-VD),

attendu que, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur - en l'espèce l'OAI - examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin,

qu'il peut recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits (art. 44 al. 1 LPGA),

que, dans un arrêt du 3 juin 2015, publié in ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée), abandonnant notamment la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt

cité) et introduisant un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité),

que cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré, tandis qu'il s'agit de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social, étant souligné à cet égard, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté et que d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité),

que la grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part, ce qui implique de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie, de vérifier si des traitements sont mis à profit ou au contraire sont négligés, pour autant que l'assuré soit en mesure de comprendre sa maladie, et enfin d'analyser le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (consid. 4.4 de l'arrêt cité),

qu'en l'espèce, le rapport d'expertise du Dr E. _____ du 29 octobre 2014 ne permet pas de se déterminer sur les indicateurs retenus dans la nouvelle jurisprudence fédérale ;

que l'OAI n'a au demeurant pas examiné ces éléments avant de rendre sa décision du 23 septembre 2015 ;

que le SMR a cependant admis dans son avis du 21 décembre 2015 que l'instruction médicale devait être approfondie et actualisée,

que l'intimé a concédé le 14 janvier 2016 que le complément préconisé par le SMR s'imposait au regard des indicateurs développés par le Tribunal fédéral à l'ATF 141 V 281 en matière de troubles somatoformes douloureux,

qu'en l'état, le dossier ne permet effectivement pas de statuer en pleine connaissance de cause sur les droits de l'assurée en lien avec la jurisprudence précitée,

qu'on ajoutera que dans l'hypothèse où le syndrome douloureux somatoforme persistant diagnostiqué en l'espèce devait avoir valeur d'invalidité au sens de l'art. 8 LPGA, il s'agirait en outre d'analyser précisément le statut de l'assurée en vue de déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité qui lui serait applicable (cf. art. 28a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]) ;

attendu que, selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet, notamment sur le plan médical (art. 42 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff, in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt),

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'occurrence,

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

que la décision attaquée du 23 septembre 2015 doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision, après complément d'instruction médicale par la mise en œuvre, conformément à l'art. 44 LPGA, d'un complément d'expertise pluridisciplinaire dont le rapport à venir devra permettre de se prononcer à l'aune de la jurisprudence fédérale contenue à l'ATF 141 V 281 ;

attendu que la recourante obtient certes gain de cause, mais sans l'assistance d'un mandataire professionnel, de sorte qu'elle ne peut prétendre une indemnité de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA),

qu'au surplus, débouté, l'OAI supportera les frais judiciaires de la cause, fixés in casu à 400 fr. (cf. à cet égard art. 69 al. 1bis LAI).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 23 septembre 2015 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour nouvelle décision après instruction complémentaire au sens des considérants.

- 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.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- A. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :