

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juillet 2009

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mme Thalmann et M. Dind
Greffier : M. Bichsel

Cause pendante entre :

P. _____, à Vevey, recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-
après : l'OAI ou l'office), à Vevey, intimé.

Art. 43 al. 1 LPGA et 98 let. b LPA-VD

E n f a i t :

A. P._____, née en 1955, secrétaire au service de l'Etat de Vaud de 1992 à fin 2005, a déposé le 21 septembre 2005 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi d'une rente. Dans un formulaire complété le 2 novembre 2005, elle a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait en tant que secrétaire à 90 %, les 10 % restants étant consacrés à la tenue de son ménage.

Dans un rapport établi à la requête de l'OAI le 8 novembre 2005, le Dr Z._____, généraliste FMH et médecin traitant de l'assurée depuis le mois de septembre 2004, a posé le diagnostic de fibromyalgie majeure, relevant que son état de santé allait s'aggravant. Selon ce praticien, qui mentionnait que le médecin cantonal adjoint avait "décidé d'une incapacité de travail totale et définitive", la capacité de travail de l'intéressée était nulle dans son activité habituelle, de façon continue, depuis le 1^{er} février 2005, étant précisé qu'il n'était pas exigible de sa part qu'elle exerce une autre activité.

A la demande de l'office, l'assurée a fait l'objet le 14 mai 2007 d'un examen rhumatologique et psychiatrique réalisé par le Dr Q._____ et la Dresse Y._____, respectivement spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et psychiatre pour le compte du Service médical régional AI (SMR). Dans le rapport y relatif, établi le 8 juin 2007, ces médecins ont conclu à une capacité de travail exigible de 100 % tant dans son activité habituelle de secrétaire que dans toute autre activité adaptée à ses atteintes, les diagnostics retenus, notamment de "rachialgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs de la colonne cervicale" et de "syndrome douloureux diffus chronique sans substrat organique", étant réputés sans répercussion sur sa capacité de travail; à cet égard, il était notamment relevé ce qui suit:

"D'un point de vue purement rhumatologique, il n'y a pas d'incapacité de travail, le syndrome douloureux chronique diffus

n'ayant pas de substrat organique et ne s'accompagnant pas d'une pathologie psychiatrique invalidante ou de critères de pronostic défavorable. Par ailleurs, les troubles dégénératifs cervicaux conduisent bien à des limitations fonctionnelles, mais celles-ci sont bien respectées dans l'activité professionnelle de l'assurée.
Pas d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique."

Le 14 août 2007, l'OAI a dès lors soumis un projet de décision à l'assurée dans le sens du rejet de sa demande de prestations, retenant, à la suite des médecins du SMR, qu'elle ne présentait aucun diagnostic ayant une répercussion sur sa capacité de travail.

L'intéressée, désormais représentée par Me Philippe Nordmann, s'est opposée à ce projet de décision par écriture du 25 septembre 2007, produisant un rapport établi le 14 novembre 2005 par la Dresse X._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, selon laquelle elle présentait "en plus de ses cervico-brachialgies chroniques, un syndrome douloureux chronique, probablement dans le contexte d'une fibromyalgie", ainsi que "plusieurs symptômes de la lignée dépressive". L'intéressée indiquait par ailleurs être suivie sur le plan psychiatrique par la Dresse W._____; interpellée par l'office, celle-ci a posé dans un rapport du 14 décembre 2007 les diagnostics d'état dépressif majeur isolé d'intensité modérée, de syndrome douloureux somatoforme persistant associé à des troubles psychologiques, de trouble panique sans agoraphobie ainsi que de trouble de la personnalité type borderline à traits abandonniques et dépendants, occasionnant à son sens une incapacité totale de travail dans toute activité depuis le 6 septembre 2007 à tout le moins, date correspondant au début du suivi par cette psychiatre.

Par décision rendue le 24 juillet 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision du 14 août 2007, en ce sens que, dès lors qu'elle ne présentait aucune pathologie ayant une répercussion sur sa capacité de travail, l'assurée n'avait pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité. La motivation de cette décision a été complétée dans un courrier adressé le même jour à l'intéressée, dans lequel l'office prenait position au sujet des rapports médicaux précités, ainsi que de rapports

complémentaires du SMR – notamment d'un "avis médical sur audition" du 26 octobre 2007.

B. P._____ a formé recours devant le Tribunal des assurances contre cette décision par acte du 10 septembre 2008, concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle avait droit à une rente entière "dès telle date que justice dira", subsidiairement à son annulation, et requérant à titre préliminaire la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Elle a fait valoir, en substance, que, compte tenu de la complexité de son cas – l'affection durant depuis plusieurs années déjà –, le droit fédéral imposait que son droit aux prestations soit tranché sur la base d'une véritable expertise psychiatrique, ce d'autant plus qu'elle était au bénéfice de certificats médicaux de psychiatres traitants attestant d'une incapacité totale de travail.

Dans sa réponse du 20 octobre 2008, l'office, se référant à la décision attaquée ainsi qu'à sa lettre d'accompagnement, a proposé le rejet du recours

Un délai a été fixé à la recourante pour déposer des déterminations complémentaires. A cette occasion, elle a, par écriture du 23 mars 2009, confirmé les conclusions de son recours, et produit les rapports médicaux suivants:

- un rapport établi le 15 octobre 2008 par le Dr Z._____, lequel relevait notamment qu'elle souffrait d'un rétrécissement du canal cervical étendu sur 3 niveaux – sur cervicarthrose et uncarthrose étagée – ainsi que d'un syndrome du tunnel carpien, avec récurrence, des deux côtés. Ce praticien mentionnait par ailleurs un suivi psychiatrique régulier en raison d'une dépression, et concluait que l'intéressée ne pouvait en aucun cas reprendre son activité habituelle ou toute autre activité professionnelle;

- un certificat médical établi le 28 octobre 2008 par le Dr K._____, spécialiste FMH en endocrinologie et diabétologie, faisant état

d'une thyroïdite subaiguë, et précisant que la fonction thyroïdienne n'était pas encore normalisée;

- un rapport établi le 29 novembre 2008 par le Dr H. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel avait notamment retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), mentionnant à cet égard l'existence d'un épisode dépressif sévère dès 1998 (avec pas moins de 7 tentamen), de sorte que l'épisode débuté en 2004-2005 devait être considéré comme une récurrence. Selon ce psychiatre, l'incapacité de travail était de 100 % depuis le mois de février 2005, de façon continue.

Invité à se déterminer sur ces différents rapports, l'intimé a exposé ce qui suit par écriture du 21 avril 2009:

"Nous avons pris connaissance des rapports médicaux produits par la recourante et vous transmettons en annexe la prise de position du SMR du 14 avril 2009. Les rapports des Drs Z. _____ et H. _____ mettent en évidence des faits nouveaux qu'il convient d'instruire. Nous préavisons dès lors pour la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique."

La prise de position du SMR (avis médical rendu le 14 avril 2009 par le Dr F. _____) à laquelle se réfère l'office a la teneur suivante:

"Dans son rapport du 15 octobre 2008, le Dr Z. _____ atteste que l'assurée "souffre d'un rétrécissement du canal cervical étendu sur 3 niveaux" ce qui sur le plan somatique constitue un fait nouveau. Dans son courrier du 29 novembre 2008, le Dr H. _____ retient comme diagnostic un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques F33.2. D'après le Dr H. _____, l'état de santé n'était alors pas stabilisé sous traitement optimal en novembre. Les limitations fonctionnelles durables ne sont pas décrites et l'exigibilité dans une activité adaptée n'est pas appréciée. 4 mois ont passé depuis. Plaise au Tribunal de nous accorder la mise en place d'un examen rhumatologique et psychiatrique afin d'apprécier l'exigibilité en prenant en compte ces faits nouveaux."

La recourante, à qui ces écritures ont été communiquées avec un délai de déterminations, a indiqué le 18 juin 2009 qu'elle ne s'opposait pas à une expertise; dans cette attente, elle a suggéré la suspension de la procédure de recours.

C. Avant que l'OAI ne rende la décision présentement attaquée (décision du 24 juillet 2008), P._____ avait recouru le 13 mai 2008 devant le Tribunal des assurances pour dénoncer un déni de justice formel (retard à statuer). Par jugement du 27 août 2008, le Président du Tribunal des assurances a déclaré le recours sans objet; il a été statué sans frais ni dépens (jugement [...]).

E n d r o i t :

1. **a)** A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est ainsi compétente pour statuer (art. 93 al. 1 LPA-VD).

b) Interjeté dans le respect du délai légal de trente jours suivant la notification de la décision entreprise (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours a été déposé utile. Il satisfait par ailleurs manifestement aux exigences de recevabilité, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond sans se prononcer plus avant sur les conditions de forme prévues par la loi.

2. En l'espèce, la recourante reproche à l'OAI d'avoir statué sans instruction complète, à savoir sans disposer d'une expertise psychiatrique qui, selon elle, est un moyen de preuve en principe imposé par le droit

fédéral compte tenu de son état de santé - soit dans les cas de fibromyalgie ou de troubles somatoformes douloureux.

a) En vertu du droit cantonal (cf. art. 61, 1^{ère} phrase LPGA), celui qui recourt au Tribunal cantonal peut invoquer la violation du droit, y compris l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation (art. 98 let. a LPA-VD), ainsi que la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (art. 98 let. b LPA-VD).

L'argumentation de la recourante consiste principalement à reprocher à l'intimé d'avoir, vu le diagnostic de base, constaté les faits pertinents de manière incomplète (sur le plan psychiatrique). Or, dans sa dernière écriture, l'office reconnaît explicitement l'existence de "faits nouveaux qu'il convient d'instruire". En d'autres termes, l'intimé admet que des éléments nouveaux d'ordre médical, évoqués dans des rapports dont la valeur probante n'est à ce stade pas discutée - en particulier les derniers rapports des Drs Z._____ et H._____ -, sont susceptibles d'être pris en considération dans le cadre de la décision concernant la demande de prestations déposée en octobre 2005. Ces appréciations se rapportent en effet à des faits pertinents pour le sort de cette demande; L'OAI en déduit que l'instruction doit être complétée, plus précisément par la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

Force est de constater qu'aucun élément du dossier ne permet de considérer que, contrairement à l'avis de la recourante et de l'intimé, le Tribunal cantonal serait à même de statuer en l'état; il apparaît bien plutôt que le grief de constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents est à l'évidence bien fondé.

b) Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état

de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire, à moins qu'il ne soit constitutif en soi d'un déni de justice (TF I 327/06 du 17 avril 2007, consid. 5.1 et les références).

En l'espèce, dès lors qu'il appartient au premier chef aux offices AI d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA; cf. également art. 57 al. 1 let. d et f), respectivement de prendre les décisions relatives aux prestations à servir aux assurés (cf. art. 57 al. 1 let. f et g LAI), il n'est pas opportun que le Tribunal cantonal ordonne lui-même une expertise judiciaire, ni qu'il suspende la cause le temps que l'intimé complète l'instruction. La solution la plus expédiente consiste à admettre le recours pour le motif que l'on vient d'exposer, à annuler la décision attaquée et à renvoyer le dossier de la cause à l'office pour qu'il en complète l'instruction, dans le sens des considérants, puis rende une nouvelle décision. Il importe que l'OAI ne tarde pas à rendre cette nouvelle décision, étant donné que la demande de prestations a été déposée il y a près de quatre ans.

3. a) A teneur de l'art. 69 al. 1bis LAI, lequel déroge au principe général de 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Toutefois, selon l'art. 52 al. 1 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution des tâches publics, comme les OAI (cf. art. 54 ss LAI).

Compte tenu de l'issue du litige, le présent arrêt doit ainsi être rendu sans frais.

b) La recourante, qui obtient gain de cause et s'est fait représenter par un avocat, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, art. 55 al. 1 LPA-VD).

En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'000 fr. à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 24 juillet 2008 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et l'affaire est renvoyée à cet office pour qu'il complète l'instruction, au sens des considérants, et rende une nouvelle décision.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

- IV. Une indemnité de 1'000 fr. (mille francs), à payer à la recourante P. _____ à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office AI.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Nordmann, à 1002 Lausanne (pour P. _____);
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à 1800 Vevey;
- Office fédéral des assurances sociales, à 3003 Berne;

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 :