

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juillet 2012

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

N._____, à Echallens, recourante, représentée par Me Alexa Landert,
avocate à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 43 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. Née en 1955, N._____ a déposé le 17 juillet 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI).

Par décision du 19 juillet 2011, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a octroyé à N._____ une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2008; cette prestation fut supprimée le 30 juin 2009, soit trois mois après que l'OAI eut constaté une amélioration de la capacité de travail de l'assurée, cet office ayant retenu une capacité de travail de 50% dès le 9 mars 2009 pour un statut d'active à 50%.

B. N._____ a recouru par acte du 12 septembre 2011 contre cette décision dont elle demande, sous suite de frais et dépens, la réforme, en ce sens qu'elle est mise au bénéfice d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2008, sans limitation dans le temps. Elle conclut subsidiairement à son annulation.

Dans sa réponse du 14 novembre 2011, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

Par réplique du 4 janvier 2012, la recourante a déclaré confirmer les conclusions prises dans son recours. A titre de mesure d'instruction, elle a notamment requis que son médecin traitant, le Dr A._____, spécialiste en médecine générale, soit interpellé afin qu'il «s'explique sur les raisons pour lesquelles il existe une différence entre le taux d'incapacité de travail qu'il a indiqué sur sa carte de contrôle pour l'incapacité de travail B._____ [assureur-maladie de la recourante, réd.], certificat médical à l'appui (100% dès le 9 mars 2009; cf. pièce 5), et le taux d'incapacité de travail communiqué à l'intimée [l'OAI, réd.] dans son rapport du 19 avril 2010 (50% dès le 9 mars 2009; cf. pièce 8), d'une part, et dans son rapport médical du 27 avril 2011 (100%; cf. pièce 10), d'autre part.»

Dupliquant le 26 janvier 2012, l'OAI a fait savoir qu'il acquiesçait à la requête formulée par la recourante, tendant à demander des précisions au Dr A._____ au sujet des taux d'incapacité de travail retenus.

C. Par ordonnance du 9 février 2012, le juge instructeur a invité les parties à produire un questionnaire à l'attention du Dr A._____.

Le 14 février 2012, la recourante a suggéré que la question suivante soit posée à ce médecin: «pour quel motif existe-t-il une différence entre le taux d'incapacité de travail, de 100%, que vous avez diagnostiqué sur la carte de contrôle pour l'incapacité de travail B. _____ de Mme N. _____ ainsi que dans votre rapport médical du 27 avril 2011, et celui de 50% que vous avez communiqué à l'Office AI dans le cadre de votre rapport du 19 avril 2010? Quel est le taux d'incapacité de travail qui doit finalement être retenu?»

Le 16 février 2012, l'OAI a indiqué qu'il laissait le soin à la recourante de formuler les questions ayant trait à la contradiction quant aux taux d'incapacité de travail attestés par le Dr A. _____ auprès de l'assurance-maladie collective d'indemnités journalières et de l'AI, dès lors que la recourante était à l'origine de cette demande de renseignements complémentaires.

Dans une lettre du 19 mars 2012, le Dr A. _____ s'est déterminé en ces termes à ce sujet:

«Je suis Mme N. _____ depuis mon installation à savoir le mois d'octobre 2007. La patiente a été vue une première fois par mon collègue le Dr R. _____ début octobre et ce dernier l'a placée d'emblée sous arrêt de travail, à partir du 02.10.2007 en raison d'une symptomatologie douloureuse et invalidante du dos. J'ai ensuite suivi Mme N. _____ tous les 10 à 15 jours jusqu'à la fin de l'année 2007 puis environ 1x/mois jusqu'à ce jour.

La patiente a eu plusieurs tentatives de traitement pour ses douleurs mais n'a malheureusement jamais pu être soulagée efficacement durant ces 3 dernières années. Elle suit à l'heure actuelle un nouveau traitement dans le service d'antalgie de la Clinique P. _____ à Lausanne qui semble enfin porter ses fruits et

une forme de soulagement, mais il est trop tôt pour donner un pronostic.

J'ai prescrit les arrêts de travail de la patiente jusqu'au licenciement au 31.08.2008 de son emploi d'alors, le supermarché S._____. Par la suite, au vu de l'absence de revendication économique de la patiente à travailler à nouveau (travail à 15%, essentiellement occupationnel), je n'ai pas prescrit de nouvel arrêt de travail. Par contre, le Dr U._____, spécialiste en neurochirurgie, qui l'a opérée lors de son hernie discale le 08.09.2008 a jugé indispensable de poursuivre son arrêt de travail, la guérison future n'étant pas garantie et les séquelles possibles. Me fiant à son avis, j'ai donc poursuivi l'arrêt de travail à 100% sur la fin de l'année 2008 et le début de l'année 2009. La patiente allant un peu mieux après l'opération, nous avons envisagé une reprise théorique de la capacité de travail à 50% dès le 09.03.2009 (mais avec des limitations au niveau du port de charges) (Cf. lettre AI du 02.02.2009). Cette reprise à 50% a été rapidement remise en cause au vu d'une nouvelle exacerbation des douleurs au printemps 2009.

Le Dr U._____ n'a ensuite jamais répondu à la question (purement juridique et théorique) de la capacité résiduelle de travail de la patiente. Il m'a écrit qu'elle était inopérable et que son état objectif était inchangé par rapport à la phase post-opératoire de septembre 2008. Je me suis donc retrouvé avec une patiente qui continuait de souffrir au quotidien mais que ni mes collègues chirurgiens, ni mes collègues anesthésistes et spécialistes de l'antalgie n'arrivaient à soulager. Par ailleurs, la patiente, qui n'exprimait aucune nécessité économique de travailler, me demandait de continuer à attester de son incapacité de travail !

J'ai donc arrêté de lui fournir des certificats et l'ai suivie de mon mieux pour soulager ses souffrances (pendant que l'AI et l'assureur PG avaient classé le dossier).

En 2010, l'AI m'a demandé quelle était la capacité de travail résiduelle (chez une patiente qui ne cherche pas à travailler ...). Comme la patiente allait mieux, je l'ai estimée à 50%.

Malheureusement, les douleurs se sont exacerbées à nouveau début 2011. J'ai donc mené de nouvelles investigations (IRM), et tenté de nouveaux traitements antalgiques, sans succès. La patiente évoluant à ce moment-là vers une invalidité grandissante, j'ai jugé utile de la soutenir dans ses démarches auprès de l'AI pour attester de son incapacité totale de gain (cf lettre 27.04.2011), même s'il n'y avait pas de nécessité économique de réclamer une rente à ce moment-là et probablement encore aujourd'hui. Je n'ai pas été surpris d'être désavoué par l'AI en mai 2011, vu l'absence d'éléments "objectifs" fournis. Par contre, cette patiente a continué à avoir des douleurs quotidiennes (plaintes "subjectives") et il m'était difficile de l'imaginer retourner sur une place de travail.

Nous sommes donc dans une situation où la patiente n'a pas de revendication économique particulière (à ma connaissance) mais où il me semble nécessaire que l'AI reconnaisse un certain degré d'invalidité (actuellement 100% mais pouvant évoluer à 50% avec le traitement en cours), au vu des répercussions d'une décision AI sur

d'éventuels autres contrats d'assurance ainsi que sur un possible changement futur de sa situation économique.»

Dans ses déterminations du 12 avril 2012, la recourante a considéré que le Dr A. _____ avait attesté une incapacité de travail et de gain totale depuis plusieurs années, si bien que c'était à tort que l'OAI avait mis fin au 30 juin 2009 au versement de la rente d'invalidité servie jusqu'alors. Partant, elle concluait derechef à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2008, sans limitation dans le temps.

Le 19 avril 2012, l'OAI a fait savoir qu'il se ralliait à l'avis du 10 avril précédent de son Service médical régional (SMR) rédigé sous la plume du Dr M. _____. De cet avis, il ressort d'une part que la capacité de travail ne peut être réexaminée, dès lors que le Dr A. _____ a attesté par deux fois à quatorze mois d'intervalle une capacité de travail de 50% dès le mois de mars 2009. En revanche, le Dr M. _____ concédait qu'il n'avait peut-être pas suffisamment pris en compte l'ampleur de l'aggravation évoquée par le Dr A. _____ dès le mois de février 2011. Il suggérait en conséquence la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique.

Le 9 mai 2012, la recourante a expressément adhéré à la mesure d'instruction proposée par l'intimé.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), le recours est déposé en temps utile, compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA); il satisfait au surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Est litigieuse en l'espèce la question de l'existence chez la recourante d'une atteinte à la santé invalidante à la charge de l'AI, singulièrement celle d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressée dès février 2011.

3. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282). Le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

Selon l'ATF 137 V 210, lorsque le Tribunal cantonal des assurances constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise. Un renvoi reste possible dans certains cas, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert, ou encore lorsqu'un aspect essentiel de l'état de fait n'a pas été traité du tout dans l'expertise réalisée en procédure administrative (cf. consid. 4.4.1.4 de l'arrêt cité).

4. En l'espèce, il ne peut qu'être constaté que les parties s'accordent quant à la nécessité d'une expertise rhumatologique sur la personne de la recourante. Il n'appartient toutefois pas à l'autorité de céans de mettre en œuvre une expertise judiciaire, dans la mesure où les pièces révélant des divergences à propos des taux d'incapacité de travail attestés par le Dr A._____, antérieures à la décision querellée, avaient été versées au dossier administratif, ce dont l'OAI ne disconvient au demeurant pas. Ce dernier aurait donc dû interpeller le Dr A._____ dans le cadre de la procédure administrative, démarche qui aurait dû le conduire à instruire sur le plan médical s'agissant de l'ampleur de l'aggravation constatée par le Dr A._____ dès février 2011 et donc à procéder à l'expertise qu'il tient pour nécessaire, mesure d'instruction qu'il

lui appartient au premier chef de diligenter. Le dossier doit donc être retourné à l'office intimé pour qu'il mette en œuvre une expertise rhumatologique permettant d'établir les limitations fonctionnelles et la capacité résiduelle de travail de la recourante.

5. En définitive, il y a lieu d'admettre le recours, d'annuler la décision attaquée et de renvoyer l'affaire à l'OAI pour complément d'instruction, sous la forme d'une expertise rhumatologique à confier à un expert indépendant (art. 44 LPGA), puis nouvelle décision.

6. Représentée par un mandataire professionnel, la recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient, compte tenu des échanges d'écritures et de la participation à des mesures d'instruction en cours de procédure, d'arrêter équitablement à 2'000 fr. à la charge de l'OAI, lequel, débouté, supportera les frais de la cause, arrêtés à 400 fr. (art. 69 al. 1bis LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]).

**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 19 juillet 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée et la cause renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à N._____ une équitable indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

IV. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexa Landert, avocate (pour N._____),
- 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).

Le greffier :