

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 31 mars 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Gutmann et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Séverin Tissot-Daguette,
avocat au sein de Procap Suisse, à Bienne,

et

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

Art. 6ss LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1982, divorcée et mère de deux enfants (nés en 2010 et 2015), au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employée de bureau et d'un brevet fédéral de spécialiste en ressources humaines, option gestion de personnel, travaillait à 50% en qualité de gestionnaire des salaires depuis le 15 avril 2014 à la Fondation R._____ à [...], lorsqu'elle a connu une incapacité de travail de 100% du 23 octobre au 19 novembre 2017, puis de 50% dès le 20 novembre 2017.

Le cas a été pris en charge par W._____, assureur perte de gain.

Le 20 mars 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en faisant état de douleurs musculaires et articulaires, ainsi que d'une fatigue intense.

Le dossier de l'assurée constitué auprès de W._____ a été versé au dossier AI.

Dans un rapport du 8 janvier 2018 à W._____, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de douleurs musculaires sur probable syndrome d'épuisement, de syndrome du défilé thoraco-brachial (TOS) droit, de trouble statique des pieds et suspicion de dysplasie de hanche et de syndrome d'hypermobilité articulaire. La patiente travaillait alors à 50% depuis son domicile, permettant de limiter les déplacements, les tensions et les douleurs.

Dans un rapport du 21 mai 2018 au Dr G._____, le Dr Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation qui suit l'assurée depuis juin 2017, a posé le diagnostic de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile avec des manifestations générales (fatigue, troubles

du sommeil), douloureuses (ostéo-articulaires, abdominales, génitales, etc.), dysautonomiques (frilosité, sudation profuse, intolérance au chaud, etc.), articulaires (entorses de chevilles, troubles proprioceptifs, etc.), hémorragiques (gingivales, nasales, etc.), digestives (reflux gastro-oesophagien, constipation, ballonnements, etc.), vésico-sphinctériens (infections à répétition, dysurie, impériosité, etc.), oto-rhino-laryngologiques (hyper-acousie, acouphènes, hyperosmie, vertiges, etc.), ophtalmologiques (fatigue visuelle, diplopie intermittente), respiratoires (dyspnée, affections des voies respiratoires supérieures, etc.), sexuelles (dyspareunie), cognitives (troubles mnésiques, attentionnels, de la concentration, anxiété, etc.), cardiovasculaires (hémorroïdes) et cutanées (vergetures, cicatrisation difficile, etc.). Il a également retenu le diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial droit.

Dans le formulaire de l'OAI de détermination du statut, l'assurée a indiqué, le 29 mai 2018, qu'elle travaillerait à 70-80% sans atteinte à la santé.

L'assurée a bénéficié d'un séjour à la Clinique S. _____ (Clinique S. _____) du 10 au 23 juillet 2018 et de l'adaptation de son poste de travail sur le plan ergonomique (communication du 26 septembre 2018 de l'OAI).

Dans un rapport du 21 août 2018 adressé à W. _____, le Dr G. _____ a repris le diagnostic, posé par le Dr Q. _____, de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile en mentionnant une capacité de travail de 25% dans l'activité habituelle, compte tenu d'une fatigabilité importante, d'une douleur continue augmentée par l'activité et de difficultés de concentration (difficile au-delà de 2 heures) lors de tâches soutenues.

Dans un rapport du 14 septembre 2018 à W. _____, le Dr Q. _____ a précisé qu'il était difficile d'établir un pronostic clair à moyen ou long terme, tant au niveau des manifestations de la maladie que des limitations fonctionnelles mais que l'un des paramètres principaux et relativement constant restait la fatigue et, partant, une fatigabilité accrue

ayant une répercussion sur la capacité de travail et le rendement probablement au long cours.

Le 4 décembre 2018, Dr G._____, répondant aux questions de l'OAI, a retenu une capacité de travail de 25% dans l'activité habituelle depuis le 30 juillet 2018. Au titre de limitations fonctionnelles, il a mentionné une fatigabilité importante, des douleurs, des troubles de la concentration (difficile au-delà de 1 à 2 heures). Il a encore précisé que les activités de la vie quotidienne prenaient beaucoup plus de temps à domicile.

Par avis du 15 janvier 2019, le Dr J._____ du Service médical régional AI (SMR) a préconisé la mise en œuvre d'un examen rhumatologique au sein du Service précité pour apprécier les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible de l'assurée.

L'examen en question a eu lieu le 20 février 2019. Dans le rapport y relatif du 18 mars 2019, le Dr K._____, spécialiste en rhumatologie, a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (Q79.6) et comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail une fibromyalgie. Il a conclu à une capacité de travail entière dans toute activité dès le 30 juillet 2018 et a en outre expliqué pour quels motifs il convenait de procéder à une instruction complémentaire sur le plan psychique.

Par projet de décision du 22 mars 2019, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité.

L'assurée s'est opposée au projet de décision par courrier du 31 mars 2019.

Par avis SMR du 23 avril 2019, le Dr J._____ a conclu à la nécessité d'une expertise psychiatrique.

Par courrier du 1^{er} octobre 2019 à l'OAI, l'assurée l'a informé qu'elle avait été engagée à 40% dès le 1^{er} août 2019 auprès de Z._____SA en qualité de responsable des ressources humaines.

Le rapport d'expertise psychiatrique a été établi le 3 décembre 2019 par la Dre H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin auprès des Hôpitaux Z._____ (Hôpitaux Z._____). Elle n'a retenu aucune psychopathologie invalidante et a estimé que l'expertisée était apte à assumer son activité professionnelle actuelle à 100% et que sa capacité de travail n'avait pas été affectée par un trouble psychiatrique ce, au moins depuis la fin août 2016.

Par décision du 6 janvier 2020 confirmant le projet du 22 mars 2019, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité, l'activité exercée par l'assurée étant adaptée à ses limitations fonctionnelles (travail sur un plan instable ou en hauteur, travail de force, port de charges au-delà de 5 kg, épisodiquement jusqu'à 10 kg).

B. Par acte du 6 février 2020, V._____, désormais représentée par Me Séverin Tissot Daguette, avocat au sein de Procap Suisse, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 6 janvier 2020, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Pour l'essentiel, elle conteste la valeur probante du rapport d'examen rhumatologique établi le 18 mars 2019 par le Dr K._____ du SMR.

Dans sa réponse du 25 mars 2020, l'intimé a proposé le rejet du recours, dès lors que la recourante n'apportait pas d'éléments médicaux susceptibles de l'amener à modifier son appréciation.

Répliquant le 27 août 2020, la recourante a maintenu sa position et a produit un rapport du 9 juin 2020 du Département de psychiatrie du Hôpitaux Z._____ (Centre hospitalier T._____), d'une part, et un rapport du 27 juillet 2020 du Dr Q._____, d'autre part. Elle

estime qu'il manque une appréciation médicale consensuelle de sa situation.

Par duplique du 10 novembre 2020, l'intimé, s'appuyant sur un avis SMR du 3 novembre 2020, a confirmé ses conclusions.

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. En l'occurrence, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, à la suite de la demande de prestations qu'elle a déposée le 20 mars 2018.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée 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 (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.

b) 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

4. a) 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).

b) 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).

c) Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

5. En l'espèce, il ressort de l'examen des différents rapports figurant au dossier de la recourante qu'aucune évaluation consensuelle, tenant compte des deux volets somatique et psychiatrique, n'a été effectuée. En effet, le Dr K._____ s'est contenté d'évaluer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de la recourante dans le domaine de spécialité qui le concerne, sans finalement avoir été interpellé à nouveau par l'OAI à la suite du dépôt du rapport psychiatrique. Il n'est pas suffisant de procéder à une appréciation séparée de chacun des domaines de spécialités, dès lors que si le Dr K._____ du SMR a confirmé les

incapacités de travail attestées par le Dr G._____, notamment celle à 100% du 22 mai 2018 au 29 juillet 2018, il a toutefois estimé que la capacité de travail était entière lors de la reprise à 25% le 30 juillet 2018, partant de l'hypothèse que dès cette date la situation s'était décompensée à la suite d'un épuisement psychique. Or, sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic incapacitant n'a été retenu, raison pour laquelle on saisit mal l'amélioration retenue depuis la date précitée.

Le rapport du Dr K._____ n'emporte ainsi pas la conviction de la Cour de céans, dès lors qu'il se contente d'affirmer que la recourante est en mesure de travailler à 100% de son 50% dans une activité habituelle, alors que précédemment il justifiait les incapacités de travail par le syndrome chronique des membres supérieurs et inférieurs, ainsi que par une fatigue. D'autres incohérences ont été soulevées par le Dr Q._____, à savoir que le Dr K._____ a retenu à la fois un syndrome d'Ehlers-Danlos et une fibromyalgie, ce qui, de l'avis du Dr Q._____, est incompatible, dans la mesure où le premier diagnostic retenu de syndrome d'Ehlers-Danlos exclurait de facto le second diagnostic de fibromyalgie. Le Dr Q._____ relève également que le Dr K._____ ne semble pas tenir compte du fait que le syndrome d'Ehlers-Danlos s'accompagne de symptômes multi-systémiques et de manifestations qui fluctuent au cours de la vie, pouvant survenir par crises. D'autres problématiques cognitives (altération de la mémoire, troubles attentionnels, difficultés de concentration) ou psychiatriques (notamment des troubles anxieux) peuvent faire leur apparition et altérer la capacité de travail de la personne atteinte du syndrome d'Ehlers-Danlos. Le Dr Q._____ constate également que le Dr K._____ a exclu le diagnostic de syndrome du défilé thoraco-brachial sur la base d'un seul test, alors que la recourante a présenté une haute sensibilité à au moins quatre tests ciblés qui se sont révélés positifs sur le plan neurologique. Le Dr Q._____ retient ainsi une capacité de travail de 25% maximum depuis 2017. L'appréciation du Dr Q._____ suffit à faire douter des conclusions du Dr K._____ et conduit à la nécessité de procéder à un complément d'instruction, celle-ci se révélant lacunaire, notamment sur le plan médical.

Partant, il se justifie de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique avec un volet neuropsychologique, voire de médecine interne. Dès lors que la Cour de céans n'est pas à même de statuer en l'état du dossier, il convient de renvoyer la cause à l'autorité précitée, dans la mesure où 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).

Par ailleurs, on cherche en vain dans le dossier une enquête économique sur le ménage permettant de déterminer le statut (part active/part ménagère) de la recourante. Or, une telle enquête s'avère indispensable, dès lors que la celle-ci a toujours exercé une activité à temps partiel et qu'elle a indiqué qu'elle travaillerait à 70 ou 80% sans atteinte à la santé.

Avant de rendre une nouvelle décision, il conviendra donc que l'intimé procède également à une telle enquête.

6. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) La procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière

administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**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 6 janvier 2020 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction et nouvelle décision.

- 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. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V._____ un montant de 2'000 fr. (deux mille francs), à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Procap Suisse, Service juridique (pour Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud),
- 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 :