

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 septembre 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente

Mme Di Ferro Demierre et M. Piguet, juges

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 43 et 44 LPGA ; art. 82 al. 1 LPA-VD.

En fait et en droit :

Vu la demande de prestations déposée le 12 septembre 2007 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) par B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en 1972, au motif d'une hernie discale, d'un disque abîmé et de douleurs persistantes au dos, aux jambes et aux pieds,

vu les rapports médicaux recueillis par l'OAI auprès des Drs F. _____, médecin généraliste, G. _____, chef de clinique auprès de l'Hôpital L. _____, et du Prof. D. _____, médecin adjoint au sein du Département de l'appareil locomoteur du D. _____, lesquels ont mis en évidence des lombosciatalgies droites chroniques depuis novembre 2005, un status après discectomie minimale invasive L5-S1 droite réalisée en avril 2007 et une hyperlaxité constitutionnelle, une arthroplastie étant agendée pour le mois d'août 2008 (cf. notamment : rapport des Drs F. _____ du 22 octobre 2007 et G. _____ du 30 octobre 2007 ; rapport du Prof. D. _____ du 29 avril 2008),

vu le rapport rédigé le 17 juillet 2008 par le Dr K. _____, médecin au sein du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), considérant que l'assurée était en incapacité totale de travail dans toute activité à compter du 23 mai 2006 dans l'attente d'un traitement chirurgical et qu'une révision de son cas devait être envisagée dès novembre 2008,

vu la décision rendue par l'OAI le 23 février 2009, par laquelle l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, dès le 1^{er} mai 2007,

vu la procédure de révision d'office entamée par l'OAI le 27 avril 2010, au cours de laquelle l'assurée a indiqué que son état de santé s'était aggravé tant sur le plan somatique (aggravation des douleurs au

dos, ainsi qu'aux membres supérieurs et inférieurs) que sur le plan psychique (dépression),

vu les rapports communiqués par le Prof. D. _____ le 27 mai 2010 et le Dr F. _____ le 23 juin 2010, lesquels ont confirmé la persistance des douleurs de leur patiente en dépit de la mise en place d'une prothèse discale en août 2008,

vu la communication de l'OAI du 29 juin 2010, maintenant le droit à une rente entière d'invalidité en faveur de l'assurée,

vu la seconde procédure de révision initiée par l'OAI dès le 29 juin 2013, durant laquelle l'assurée a fait part d'un état de santé stationnaire et de son recours à l'aide de son mari et de ses filles pour le ménage, le repassage et le port de charges,

vu le rapport d'expertise rédigé le 12 avril 2014 par le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, sur mandat confié par l'OAI le 27 mars 2014,

vu les conclusions de cet expert, qui a retenu les diagnostics de status post hernie discale L5-S1 droite, status post microdiscectomie L5-S1 droite et status post pose de prothèse discale L5-S1 avec incidence sur la capacité de travail de l'assurée, considérant que dite capacité était entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du rachis au plus tard à compter du 20 décembre 2012,

vu l'avis médical du Dr K. _____ du SMR du 23 avril 2014 se ralliant aux conclusions précitées,

vu les rapports établis par le Prof. D. _____ les 18 et 24 août 2015, aux termes desquels il a douté de la possibilité de l'assurée d'exercer effectivement une activité lucrative à 100% et préconisé une évaluation précise de ses capacités fonctionnelles, mettant par ailleurs en

évidence le diagnostic supplémentaire d'hallux valgus bilatéral accompagné de douleurs,

vu la mise en œuvre de mesures de nouvelle réadaptation au sein de la Fondation E._____ dès le 31 août 2015, interrompues en raison de l'état de santé de l'assurée, laquelle a indiqué souffrir « beaucoup du dos, de maux de tête » et devoir « s'allonger sitôt rentrée chez elle » (cf. rapport du prestataire du 23 novembre 2015),

vu la prise en charge psychiatrique de l'assurée, entamée par la Dresse J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à compter du 3 février 2016,

vu le rapport du 14 mars 2016 de cette dernière à l'attention de l'OAI, aux termes duquel cette praticienne a mentionné les diagnostics d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, d'anxiété généralisée et de traits de personnalité anxieuse et anankastique, sous suite d'une capacité de travail résiduelle de 30% à 40% dans l'activité habituelle avec une possible baisse de rendement de 20%,

vu la mesure d'observation professionnelle diligentée par l'OAI au sein du Centre A._____ dès le 29 août 2016 selon communication du 12 juillet 2016 et interrompue le 20 septembre 2016 en raison d'une décompensation psychique de l'assurée,

vu le rapport rédigé par ce centre le 24 octobre 2016 au terme d'une observation de huit jours, mettant en évidence des rendements « proches de 50% avec un horaire COPAI qui correspond à 80% de celui de l'économie » et considérant comme envisageable l'exercice d'une activité à 50% dans des travaux fins »,

vu le rapport du 23 septembre 2016 du médecin-conseil du Centre A._____, le Dr P._____, lequel a retenu les conclusions de l'observation professionnelle concrète et estimé que « sur le plan médical

[...] la mesure aurait pu continuer sans mettre en danger la santé de cette assurée, dont le status physique et psychique [...] est apparu rassurant »,

vu l'avis du 11 mai 2017 du SMR, concluant à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée,

vu l'évaluation de l'invalidité opérée par l'OAI le 24 mai 2017, lequel a mis à jour un degré de 58,2%,

vu le projet de décision de l'OAI du 9 août 2017, informant l'assurée de ses intentions de réduire à une demi-rente d'invalidité la prestation servie jusqu'alors,

vu les objections audit projet formulées par l'assurée le 7 septembre 2017, où elle a estimé que son dossier devait faire l'objet d'une instruction complémentaire, annexant notamment un rapport du 30 août 2017 de la Dresse J. _____,

vu les observations de cette praticienne, laquelle a fait valoir que sa patiente était « peut-être capable de travailler quelques jours d'affiliée, mais l'expérience montre qu'un travail régulier sur un moyen terme n'est pas du tout envisageable et se solde par une décompensation anxio-dépressive », son état de santé psychique (« réaction anxieuse majeure avec plaintes somatiques de type précordialgies, douleurs musculaires et céphalées, associées à une fatigue insurmontable ») ayant nécessité l'arrêt de la mesure au sein du Centre A. _____, tandis que sa capacité de travail n'excédait pas 30% « même en milieu protégé et à proximité du domicile »,

vu le rapport du Prof. D. _____ rédigé le 12 septembre 2017, lequel a relaté une situation somatique dégradée sur le plan subjectif et conclu que la capacité de travail de l'assurée n'était pas entière du point de vue ostéo-articulaire,

vu l'avis du Dr K._____ du SMR du 12 décembre 2017, maintenant que l'assurée était dotée d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, telle que retenue à l'issue de l'observation professionnelle,

vu la décision rendue par l'OAI le 21 décembre 2017, par laquelle il a réduit à une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 58,2%, la rente entière servie précédemment,

vu le recours interjeté par l'assurée contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 17 janvier 2018, où elle a conclu implicitement à son annulation et au renvoi de son dossier à l'OAI pour instruction complémentaire, mettant en exergue les rapports de ses médecins traitants, ainsi que contestant la valeur probante des rapports du Dr H._____ et du Centre A._____,

vu la production, en annexe au recours, d'un nouveau rapport du Dr F._____ du 12 janvier 2018, par lequel ce médecin a rappelé les diagnostics évoqués auprès de sa patiente et les restrictions de sa capacité de travail tant sur le plan somatique que psychique, critiquant au surplus le rapport d'expertise du Dr H._____ et évoquant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux compte tenu du tableau clinique présenté,

vu la réponse de l'OAI datée du 28 mars 2018, se référant à un avis du Dr K._____ du SMR rédigé le 20 mars 2018, dans lequel ce dernier a concédé la nécessité de procéder à une expertise rhumatologique et psychiatrique destinée à évaluer la capacité de travail de l'assurée depuis 2014,

vu la réplique de l'assurée du 27 avril 2018, concluant à la mise en œuvre d'une telle expertise, et son écriture du 6 mai 2018, par

laquelle elle a communiqué avoir été victime d'un accident de la circulation survenu le 29 avril 2018,

vu la duplique de l'OAI du 7 juin 2018,

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, 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 sur le plan médical (art. 42 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] ;

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),

qu'en l'espèce, l'intimé, respectivement le SMR, a lui-même retenu la nécessité de faire procéder à une expertise bidisciplinaire sur les plans rhumatologique et psychiatrique afin d'évaluer la capacité de travail de la recourante,

que le volet médical du dossier doit ainsi faire l'objet d'une instruction complémentaire,

qu'il y aura lieu dans ce contexte de déterminer précisément les diagnostics affectant l'état de santé de la recourante, ainsi que sa capacité de travail résiduelle et ses limitations fonctionnelles,

qu'il y a dès lors lieu renvoyer la cause à l'intimé, le dossier se trouvant incomplet en l'état,

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

que la décision attaquée du 21 décembre 2017 doit par conséquent être annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision, après complément d'instruction,

attendu qu'il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'étant pas représentée par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA),

qu'au surplus, débouté, l'OAI supportera les frais judiciaires de la cause, fixés à 400 fr. (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

**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 21 décembre 2017 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.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- B. _____, 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 :