

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 15 vom 15. Dezember 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-12-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__15

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 15 du 15 décembre 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 15 del 15 dicembre 2014

Regeste

AI{ASSURANCE}, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE | 28 LAI, 4 LAI, 44 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 15

décembre 2014 _____ Présidence de Mme Röthenbacher Juges
: Mmes Thalmann et Pasche Greffière : Mme Mestre Carvalho *****
Cause pendante entre : P. _____, à [...], recourante, représentée par Me Fabienne Fischer, avocate à Genève, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art. 7, 8 et 44 LPGA ; art. 4 et 28 LAI. E n f a i t : A. Le 26 janvier 2011, P. _____ (ci-après : l'assurée), née en 1963, a fait parvenir à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI), par l'intermédiaire de son médecin traitant le Dr J. _____, spécialiste en médecine physique et rééducation, médecine interne et neurologie, un formulaire de détection précoce faisant mention d'une pathologie gastro-entérologique, psychiatrique et rhumatologique. L'assurée a ensuite déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 12 avril 2011 en vue d'une réadaptation professionnelle, invoquant la même pathologie. Dans un rapport du 23 mai 2011, le Dr J. _____ a posé les diagnostics d'état anxio-dépressif, de douleurs abdominales chroniques, de lombalgies récidivantes et de bursite rétro-trochantérienne gauche. Il a indiqué qu'il n'y avait pas de restrictions notables en lien avec l'appareil locomoteur, en tous les cas par rapport à la profession d'employée de commerce. Par compte-rendu du 2 janvier 2012, le Dr Z. _____, médecin interniste, a retenu des diagnostics sous forme de trouble de la personnalité, d'état dépressif anxieux, de fibromyalgie et de lombosciatalgies gauches récidivantes. Il a précisé que l'incapacité de travail était totale depuis le 15 octobre 2010. Aux termes d'un rapport du 21 février 2012, la Dresse S. _____, médecin praticien, a diagnostiqué un syndrome douloureux persistant, un burn-out, un trouble dépressif récurrent et un trouble de personnalité sans précision. L'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique réalisé le 20 février 2012 par les Drs B. _____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et rééducation, et T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans leur rapport du 30 avril 2012, ces médecins ont retenu en particulier ce qui suit : " Diagnostics - avec répercussion durable sur la capacité de travail · Aucun Z71.1 - sans répercussion sur la capacité de travail · Fibromyalgie · F45.1 Trouble somatoforme indifférencié. Appréciation du cas Lors de l'entretien, Madame P. _____ précise son parcours professionnel. L'activité professionnelle réalisée le plus longtemps est celle d'animatrice socioculturelle en EMS, activité réalisée à temps partiel pendant 3 à 4 ans de 1998 à 2001. Dans son dernier travail

réalisé du 1.1.2009 au 5.2.2011 Madame P. _____ [sic] précise avoir dû aider un directeur d'une banque privée à ouvrir une succursale à [...]. L'assurée annonce avoir fait des travaux divers pendant une année, allant de la manutention et des nettoyages jusqu'à un travail d'assistante de gestion. Les activités de manutention et de nettoyage [ne] sont pas conf[ir]mées dans le rapport de l'employeur, décrivant l'activité comme assistante de gestion. L'employeur décrit une activité réalisée le plus souvent assise, le port de charges n'est pas quantifié par l'employeur ; l'assurée dit avoir dû déplacer des meubles et des tapis. Madame P. _____ est ambivalente par rapport à sa capacité à reprendre une activité professionnelle. D'un côté, elle s'estime incapable physiquement de reprendre les deux types d'activités décrites en raison de ses douleurs, d'une fatigue, d'une faiblesse dans les jambes ; d'un autre côté, elle attend de l'assurance invalidité une reconversion professionnelle dans le secteur social. Pour rappel, l'assurée n'a pas de profession certifiée ni dans le système de santé, ni comme secrétaire. Elle annonce avoir un diplôme dans le tourisme, datant d'il y a 30 ans, mais n'avoir jamais exercé dans ce domaine. Madame P. _____ annonce des douleurs ubiquitaires des 4 membres et de tout le rachis, elle ne décrit pas de lombosciatalgies gauches. Elle décrit parallèlement une fatigue chronique, une faiblesse musculaire dans les bras et dans les jambes, mais sans distribution neurologique. Elle se décrit très limitée dans ses possibilités ; pendant 3-4 mois en automne 2010, elle a dû utiliser des béquilles car elle n'arrivait plus à monter les escaliers ; elle annonce devoir se reposer 3 à 4 heures par jour, elle doit gérer son agenda pour avoir des plages de repos à disposition. L'assurée prend un traitement peu important de contre-douleurs sous forme de Zaldiar® 4-5 jours/mois. Le Dr J. _____ a introduit un traitement de Surmontil® pour les douleurs chroniques en octobre 2011, quelques mois, mais sans efficacité, et avec l'apparition d'effets secondaires de type digestif et de spasmes musculaires. L'examen clinique montre une femme de 49 ans en bon état de santé générale, avec actuellement un poids normal, le status de médecine interne est sans particularité. Elle a une fosse iliaque droite sensible, il n'y a pas d'abdomen aigu, les bruits sont sans particularité. L'examen neurologique est dans les normes comme le décrit le Dr J. _____, il n'y a notamment aucun signe pour une atteinte radiculaire, il n'y a pas de sciatalgie ou cruralgie irritative. L'assurée n'a aucun trouble moteur au niveau des membres inférieurs pouvant expliquer la faiblesse ressentie. Elle n'a pas d'amyotrophie au niveau des 4 membres, en relation avec une sous utilisation, une atteinte rhumatismale ou encore une atteinte neurologique. Dans sa gestuelle spontanée, on retiendra que Madame P. _____ remet ses chaussettes et ses chaussures en position assise ; sinon, elle fait ses transferts normalement, utilise normalement ses membres supérieurs, marche normalement sans signe de parésie. Le fait le plus marquant au niveau de l'examen articulaire périphérique est une fibromyalgie avec 12 points de Smythe positifs sur 18. Elle a des douleurs diffuses sur toutes les métacarpe phalangiennes et les inter-phalangiennes proximales, sans signe de synovite. Fonctionnellement, elle a un enroulement des doigts, une extension des doigts, une opposition du pouce complète ; lorsqu'elle serre les doigts de l'examineur elle a une force de préhension modérée, discordante avec la force effondrée objectivée lorsqu'elle serre le dynamomètre. Il s'agit d'une auto limitation. Il n'y a pas de périarthrite de hanche, l'assurée a des douleurs à la palpation rétro-trochantérienne à mettre en relation avec sa fibromyalgie. Dans un status post-ligamentoplastie de la cheville gauche il y a 15 ans, l'assurée n'a pas d'instabilité, elle a une mobilité complète, le valgus forcé est sensible. L'assurée est capable de marcher sur la pointe des pieds sans difficulté. Au niveau du rachis, Madame P. _____ a de minimes troubles statiques, avec une diminution de la cyphose dorsale, un

début de relâchement de la sangle abdominale. La mobilité est complète au niveau cervical, douloureuse dans toutes les directions, avec une palpation de la nuque douloureuse au niveau cervical haut à gauche, au niveau cervical moyen et bas à droite, sans contracture. Nous excluons un syndrome rachidien cervical. La mobilité dorsolombaire est supranormale en flexion, avec un indice de Schober dorsal de 3,5 cm (N=3cm), un indice de Schober lombaire de 6,5 cm (N=5cm), l'assurée ne ressent pas de douleur lombaire, elle annonce avoir des vertiges lorsqu'elle remonte. L'extension est possible au 2/3, les flexions latérales sont complètes. La palpation est douloureuse au niveau cervical haut et moyen, douloureuse de façon marquée de L5 jusque sur tout le sacrum, sans prédominance segmentaire lombaire, sans contracture. Nous excluons un syndrome rachidien lombaire. Il n'y a pas de sciatalgie ou de cruralgie irritative. Le score de Waddell est globalement négatif à la recherche de signes comportementaux. Nous n'avons pas de signe clinique pour une sacro-iliite. L'IRM lombaire de 2010 montre des troubles dégénératifs débutants, banaux pour un femme de 47 ans à l'époque, avec des troubles dégénératifs postérieurs en L3-L4, L4-L5, des protrusions circonférentielles étagées sur les deux étages cités, il n'y a pas de hernie discale, pas de compression radiculaire pouvant expliquer une sciatalgie. En janvier 2011, le Dr J. _____ a demandé une IRM de la hanche gauche et du bassin en raison de douleurs rétro-trochantériennes gauches ; cet examen est normal, il permet notamment d'exclure une pathologie intrinsèque de la hanche, permet d'exclure également une bursite ; cet examen confirme que les douleurs rétro-trochantériennes gauches sont en relation avec la fibromyalgie de l'assurée. Au point de vue psychiatrique, cette assurée de 49 ans, mariée, sans enfant, sans antécédents psychiatriques familiaux, présente une anamnèse psychiatrique vierge jusqu'en 1994, où elle consulte un psychiatre pendant quelques mois en raison d'une infertilité de couple. En été 2010, elle est hospitalisée volontairement à la Clinique de W. _____ en raison de douleurs somatiques, dans un contexte de cessation d'activité professionnelle, l'assurée ayant donné son congé suite au mauvais accueil reçu à son retour de maladie. Elle décrit un sentiment d'injustice, de la colère, de la tristesse, des troubles du sommeil, une fatigue constante et des douleurs somatiques. L'assurée est ensuite hospitalisée à la Clinique H. _____ de [...] pour ses difficultés physiques, selon ses dires. A la sortie de cet établissement, elle commence une prise en charge psychiatrique ambulatoire auprès de la Dresse S. _____, d'abord toutes les semaines, puis toutes les 2 à 3 semaines. Elle ne prend plus d'antidépresseur depuis octobre 2011. Actuellement, l'assurée se dit perturbée par des douleurs somatiques quotidiennes fluctuantes, dont l'intensité va de supportable à insupportable, une faiblesse musculaire, et la difficulté à accepter de ne plus être aussi efficace et active qu'avant. Tant le dossier médical que l'anamnèse et l'examen clinique ne mettent en évidence aucune pathologie psychiatrique manifeste. L'assurée présente des plaintes somatiques multiples, principalement algiques, variables dans le temps et persistantes, sans altération des relations interpersonnelles, en particulier conjugales. Aucune cause organique n'étant décelable, il s'agit d'un trouble somatoforme indifférencié (F45.1) selon la CIM-10. Ce trouble ne s'accompagne pas d'une comorbidité psychiatrique manifeste ; son évolution est chronique mais fluctuante, avec une amélioration décrite par l'assurée après les deux hospitalisations à W. _____ et à la Clinique H. _____, l'arrêt des antidépresseurs en octobre 2011, une amélioration de la marche depuis décembre 2011 ; l'assurée ne présente pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle vit en couple et voit régulièrement des amis ; un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie n'est pas trouvé ; les thérapies dont elle bénéficie lui sont bénéfiques, il n'y a donc pas d'échec du

traitement médical. Limitations fonctionnelles Il n'y a pas de limitations fonctionnelles durables sur le plan somatique ou psychiatrique. Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? L'entretien, l'examen clinique de ce jour et les éléments du dossier ne permettent pas de confirmer une incapacité de travail durable sur le plan somatique de ce taux. En se basant sur le rapport médical du 23 mai 2011, Madame P. _____ a présenté un épisode de lombosciatalgies gauches non déficitaires en août 2009, puis des lombalgies récidivantes depuis novembre 2010, avec une étiologie non précisée par le Dr J. _____ ; l'évolution est favorable sous traitement conservateur. Dans son rapport médical, le Dr Z. _____ décrit que les douleurs présentées par l'assurée sont très atypiques avec des douleurs irradiant au niveau du sacrum, du coccyx, les différentes consultations n'ont pas mis en évidence de hernie. Le Dr Z. _____ met les douleurs en relation avec une somatisation. Nous confirmons son avis, notre impression étant que les douleurs du rachis que l'assurée présente sont en relation avec sa fibromyalgie, qui non seulement fait des douleurs des 4 membres mais également des douleurs diffuses au niveau du rachis (douleurs axiales). La bursite rétro-trochantérienne annoncée par le Dr J. _____ dans son rapport du 23 mai 2011 n'est pas confirmée ni par l'examen clinique ni par l'IRM ; nous la retenons comme un point d'insertion douloureux dans le contexte de la fibromyalgie. Au point de vue psychiatrique, sans objet. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? Il est resté stationnaire avec une exigibilité complète dans l'activité habituelle d'assistante de gestion. Concernant la capacité de travail exigible, elle est complète dans une activité d'employée de bureau, le Dr J. _____ est également de cet avis lorsque, dans son rapport, il estime qu'il n'y a pas de restriction notable en rapport avec l'appareil locomoteur, en tout cas par rapport à la profession d'employée de commerce. L'exigibilité est également complète dans l'activité antérieure d'animatrice en EMS. Au point de vue psychiatrique, aucune. Capacité de travail exigible Dans l'activité d'assistante de gestion : 100 % Dans une activité d'animatrice socioculturelle en EMS : 100% Depuis le début de son activité professionnelle lucrative. " A teneur d'un rapport du 10 mai 2012, le Dr G. _____, du SMR, s'est fondé sur les conclusions de l'examen clinique précité pour retenir que l'assurée avait les ressources nécessaires pour reprendre une activité à 100%. Par projet de décision du 21 mai 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui refuser le droit à un reclassement ainsi qu'à une rente d'invalidité, considérant qu'elle ne présentait pas d'atteinte à la santé incapacitante au sens de l'AI dès lors que, malgré ses troubles (fibromyalgie, trouble somatoforme indifférencié), son activité habituelle n'était pas contre-indiquée et pouvait raisonnablement être exigée à 100%. L'assurée s'est opposée à ce projet le 20 juin 2012, faisant valoir que son état de santé précaire ne s'améliorait pas selon les médecins. Par courrier du 25 juin 2012, l'office a imparti à l'intéressée un délai au 5 septembre suivant pour déposer des rapports médicaux susceptibles de lui faire revoir sa position. Dans un rapport du 10 juillet 2012, le Dr J. _____ a notamment indiqué que le Dr C. _____, neurologue et spécialiste du sommeil à la Clinique V. _____, avait récemment diagnostiqué un grave syndrome d'apnées de sommeil bien documenté par une analyse nocturne complète appareillée, avec initialisation d'un traitement spécifique. Ce syndrome entraînait une baisse globale de l'activité de la patiente dans tous les domaines. En date du 20 août 2012, le Dr Q. _____, médecin généraliste, a écrit qu'avaient récemment été diagnostiqués une absence de cyclicité et de sommeil paradoxal avec une importante instabilité, ainsi qu'un sévère syndrome des jambes sans repos associé à des mouvements périodiques des membres inférieurs au cours du sommeil. De plus, l'assurée présentait un syndrome cérébelleux

gauche qui s'aggravait. Dans un rapport du 4 octobre 2012 le Dr C. _____ a exposé que s'agissant des troubles du sommeil, l'évolution de l'affection évoquait une narcolepsie. Sur le plan de l'équilibre, il a émis des doutes quant à l'existence d'un syndrome cérébelleux et a posé le diagnostic différentiel de troubles de nature fonctionnelle. Aux termes d'un rapport du 27 février 2013, le Dr C. _____ a posé les diagnostics de narcolepsie, de maladie de Bechterew, de syndrome des jambes sans repos très sévère et d'état dépressif. Il a précisé que l'assurée présentait des douleurs permanentes rendant toute mobilisation difficile ainsi que des endormissements incoercibles avec passage en rêve et un état dépressif, et qu'elle ne pouvait plus travailler. Le 16 mai 2013, la Dresse F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport diagnostiquant un épisode dépressif moyen à sévère sans symptôme somatique, une maladie de Bechterew et une narcolepsie sans cataplexie. Elle a estimé que d'un point de vue psychique, l'incapacité de travail était actuellement totale vu l'état dépressif marqué. Par rapport du 30 juillet 2013, le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a retenu les diagnostics de spondylarthrite axiale et périphérique séronégative, de narcolepsie, de hernie discale C5-C6, de syndrome des jambes sans repos, de lombalgies chroniques (discopathies étagées) et de syndrome douloureux chronique. Il a précisé que la spondylarthrite avait été mise en évidence par imagerie à la fin novembre 2012. Il a ajouté qu'à son avis, il n'y avait pas d'activité rémunérée possible mais que seule une activité occupationnelle pouvait être envisagée actuellement entre 10 à 20% par jour. En annexe figurait notamment un rapport établi le 28 novembre 2012 par le radiologue A. _____ suite à une imagerie par résonance magnétique (IRM) des sacro-iliaques, exposant ce qui suit : " Conclusion : Images compatibles avec des sacro-iliites d'âge chronologique différent dont des épisodes inflammatoires aigus dans la portion haute articulaire du côté G. " Dans un rapport du 17 décembre 2013, le Dr C. _____ a posé les diagnostics de narcolepsie, de sévère syndrome des apnées du sommeil, de sévère syndrome des jambes sans repos et de spondylarthrite ankylosante. Il a souligné en particulier que la somnolence diurne restait très importante avec entre trois et huit endormissements brusques au cours de la journée, y compris lors d'activités telles que de parler, téléphoner, manger. Par avis du 7 janvier 2014, les Drs D. _____ et L. _____, du SMR, ont considéré que les rapports médicaux produits ne remettaient pas en cause les précédent avis de ce service et qu'il y avait lieu de s'en tenir aux conclusions antérieures faute de preuves marquantes et incontestables. Par décision du 16 janvier 2014, l'OAI a confirmé son projet du 21 mai 2012. B. Agissant par l'entremise de son conseil, P. _____ a recouru le 19 février 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée. Elle a demandé préalablement à ce qu'une expertise médicale neutre soit mise en œuvre et à ce que ses médecins traitants (les Drs Q. _____, C. _____, N. _____ et F. _____) soient autorisés à y assister, requérant en outre leur audition. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente d'invalidité complète depuis le 13 avril 2011. Sur le fond, la recourante fait essentiellement valoir que c'est à tort que le SMR a écarté l'avis de ses médecins traitants. A l'appui de son recours, la recourante a notamment produit un certificat du Dr Q. _____ du 27 janvier 2014 posant les diagnostics de narcolepsie, de syndrome des jambes sans repos, de syndrome des apnées/hypopnées du sommeil, de spondylarthrite ankylosante HLA-B27 positif et d'état dépressif. Elle a également versé au dossier deux avis des 13 et 14 février 2014 émanant respectivement des Drs Q. _____ et C. _____ réfutant l'appréciation du SMR, ainsi qu'un rapport du 8 janvier 2014 de la Dresse I. _____, cheffe de clinique à la

Policlinique de neurologie des Hôpitaux [...] (ci-après : les Hôpitaux M. _____), posant le diagnostic de probable trouble neurologique fonctionnel actuellement en rémission. Dans sa réponse du 15 avril 2014, l'OAI a renvoyé à un avis SMR du 31 mars 2014 des Drs D. _____ et L. _____, préconisant dans un premier temps la réalisation d'une expertise neurologique avec polysomnographie et test itératif de latence à l'endormissement auprès du Dr R. _____, neurologue, et suggérant dans un second temps la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique auprès du Dr [...] concernant la réalité d'une spondylarthrite ankylosante. Aux termes de sa réplique du 10 juin 2014, la recourante conteste le choix du Dr R. _____, affirmant que les enregistrements polysomnographiques doivent être pratiqués selon les directives de la Société suisse de recherche de sommeil, de médecine du sommeil et de chronobiologie (SSRSMSC). En ce qui concerne l'expertise rhumatologique, elle propose que celle-ci soit effectuée par le Dr K. _____, rhumatologue à [...]. La recourante maintient par ailleurs sa requête tendant à ce que ses médecins traitants soient présents lors des expertises. A cet égard, elle demande plus particulièrement à ce que le Dr C. _____ assiste à l'installation de l'enregistrement pour les examens polysomnographiques ainsi qu'à la lecture et à l'analyse des résultats par l'expert, et à ce que le Dr N. _____ assiste à toute l'expertise rhumatologique. Elle sollicite enfin son audition en comparution personnelle. Annexé à cette écriture figure notamment un rapport du 13 mai 2014 de la Dresse F. _____, évoquant une aggravation de la symptomatologie dépressive suite à un décès dans la famille de l'intéressée courant octobre 2013, relatant de légers signes fonctionnels (aphonie) transitoires lors d'une consultation fin 2013 et considérant qu'un accompagnement serait « utile et important » pour le cas où d'autres démarches diagnostiques/expertises devraient être réalisées. Dans sa duplique du 24 juin 2014, l'OAI, reprenant un avis SMR des Drs D. _____ et L. _____ du 31 mars 2014 [recte : 18 juin 2014], explique que le Dr R. _____ examinera l'assurée en deuxième intention après l'enregistrement polysomnographique chez un médecin spécialisé, le Dr R. _____ étant en effet habilité sur le plan neurologique à interpréter une polysomnographie en vue de déterminer si l'on est bien dans le cadre d'une narcolepsie sans cataplexie ou d'une hypersomnie. En outre, s'agissant de l'expert rhumatologue, l'OAI précise qu'il s'agit du Dr X. _____, expert SIM. L'office souligne enfin qu'un assuré ne peut exiger de se faire accompagner d'une personne de son choix lors d'une expertise médicale, dans la mesure où l'examen doit pouvoir se dérouler sans influence extérieure ; aussi l'intimé rejette-t-il l'idée de la présence des médecins de l'assurée lors des expertises à réaliser. Par acte du 23 septembre 2014, la recourante persiste à solliciter la présence de ses médecins lors de l'expertise ainsi qu'à contester la désignation du Dr R. _____, admettant en revanche la désignation du Dr X. _____ pour autant que celui-ci n'ait pas « assisté ou participé d'une quelconque manière à la première expertise réalisée par l'OAI à [...] ». Se déterminant le 9 octobre 2014, l'intimé renvoie à un avis SMR des Drs D. _____ et L. _____ du 30 septembre 2014, défendant le choix du Dr R. _____. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56 et 58 LPGA ; cf. art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'occurrence, le recours a été interjeté

en temps utile et satisfait en outre autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et ATF 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si le dossier médical permettait à l'OAI de nier le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. On notera qu'en revanche, le refus de reclassement n'a pas été contesté par la recourante. 3. a) Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 LAI). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et qu'il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6).

4. a) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 9C_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

b) 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. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant 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 ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

5. a) En l'espèce, il est constant que la recourante s'est annoncée à l'AI en invoquant essentiellement une symptomatologie d'origine rhumatologique et psychiatrique (cf. demande de prestations du 12 avril 2011 ; cf. rapports des Drs J. _____ [23 mai 2011], Z. _____ [2 janvier 2012] et S. _____ [21 février 2012]). S'en est suivi un examen clinique bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) effectué le 20 février 2012, à l'issue duquel les Drs B. _____ et T. _____ du SMR ont considéré que l'assurée était atteinte d'une fibromyalgie et d'un trouble somatoforme indifférencié dépourvus d'impact sur la capacité de travail, qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle durable sur les plans somatique et psychiatrique, et que la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle (cf. rapport du 30 avril 2012 pp. 8 à 11). C'est sur cette base qu'a été rendue la décision litigieuse du 16 janvier 2014.

Dès l'été 2012, des troubles du sommeil – syndrome d'apnées du sommeil – ainsi qu'un syndrome des jambes sans repos ont toutefois été diagnostiqués par les médecins traitants de la recourante (cf. rapports des Drs J. _____ [10 juillet 2012] et Q. _____ [20 août 2012]), diagnostics auxquels le Dr C. _____ a ajouté celui de narcolepsie (cf. rapports des 4 octobre 2012, 27 février 2013, 17 décembre 2013 et 14 février 2014), suivi par les Drs F. _____ (cf. rapport du 16 mai 2013), N. _____ (cf. rapport du 30 juillet 2013) et Q. _____ (cf. rapport du 27 janvier 2014). Dans le même temps, il a été retenu que l'assurée présentait des troubles sur le plan de l'équilibre, les diagnostics de syndrome cérébelleux ou de troubles de nature fonctionnelle étant évoqués (cf. rapports des Drs Q. _____ [20 août 2012] et C. _____ [4 octobre 2012]) ; ultérieurement, un diagnostic de probable trouble neurologique fonctionnel en rémission a été mentionné (cf. rapport de la Dresse I. _____ du 8 février 2014). Suite à un examen d'imagerie réalisé fin novembre 2012 (cf. rapport du Dr A. _____ du 28 novembre 2012), les médecins traitants de l'assurée ont en outre retenu que cette dernière était atteinte d'une spondylarthrite ankylosante ou maladie de Bechterew (cf. rapports des Drs C. _____ [27 février 2013 et 17 décembre 2013], F. _____ [16 mai 2013], N. _____ [30 juillet 2013] et Q. _____ [27 janvier 2014]). Par ailleurs, après l'examen clinique précité du SMR, les médecins traitants de la recourante ont persisté à retenir des diagnostics d'ordre psychiatrique essentiellement sous forme d'état dépressif (cf. rapports de la Dresse F. _____ des

E. 16

mai 2013 et 13 mai 2014 ; cf. également rapports des Drs C. _____ [27 février 2013] et Q. _____ [27 janvier 2014]). Nanti de ces informations, le SMR, après s'en être initialement tenu à l'avis des Drs B. _____ et T. _____ nonobstant les diagnostics avancés par les médecins traitants de l'assurée (cf. avis SMR du Drs D. _____ et L. _____ des 7 janvier 2014), a finalement considéré qu'en l'absence d'éléments clairs permettant de se déterminer sur la réalité d'un trouble du sommeil et d'une spondylarthrite ankylosante, il y avait lieu, afin d'évaluer précisément la capacité de travail et les limitations fonctionnelles, de mettre en œuvre une expertise neurologique avec polysomnographie et test itératif de latence à l'endormissement, ainsi qu'une expertise rhumatologique concernant la réalité d'une spondylarthrose ankylosante (cf. avis SMR des Drs D. _____ et L. _____ des 31 mars, 18 juin et 30 septembre 2014). A la lumière des considérations qui précèdent, il apparaît que le dossier de la cause n'est pas complet sur les plans neurologique et rhumatologique et que des mesures d'investigation supplémentaires sont nécessaires sur ces aspects – ce que les parties s'accordent à admettre. A cela s'ajoute que lorsque le Dr T. _____ a réalisé son examen clinique psychiatrique le 20 février 2012, « [l]e dossier ne cont[enait] aucun document psychiatrique » (cf. rapport d'examen bidisciplinaire du 30 avril 2012 p. 2). De fait, tant le compte-rendu du

E. 21

février 2012 de la Dresse S. _____ (médecin praticien ayant assumé la prise en charge psychiatrique de la recourante à partir de l'été 2010 [cf. rapport du 21 février 2012 ch. 1.2 p. 1]) que les rapports subséquents de la Dresse F. _____ (psychiatre traitante depuis mars 2013 [cf. rapport du 16 mai 2013 ch. 1.2 p. 1]) sont postérieurs à l'évaluation des médecins du SMR. Or, à ce jour, aucun spécialiste en psychiatrie n'a confronté les positions divergentes défendues par le Dr T. _____, d'une part, et par les Dresses S. _____ et F. _____, d'autre part, s'agissant des éventuels troubles affectant la santé psychique de

la recourante ainsi que de leur impact sur sa capacité de travail. Pour ce motif, la Cour estime qu'un complément d'instruction s'impose également sur le plan psychiatrique. b) Il suit de là que l'OAI s'est prononcé sur la base d'un dossier médical lacunaire, sans chercher à investiguer les diagnostics supposés de narcolepsie et de spondylarthrite ankylosantes tels que retenus par les médecins traitants de la recourante. De même, l'office s'est abstenu de procéder à la moindre mesure d'investigation en vue de trancher objectivement entre les avis psychiatriques discordants au dossier. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. consid. 4a supra) –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il appartiendra dès lors à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire au sens de l'art. 44 LPGA, comportant un volet neurologique (avec polysomnographie et test itératif de latence à l'endormissement), un volet rhumatologique et un volet psychiatrique. Cela fait, il lui incombera ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions de l'assurée. Dans ces conditions, la Cour de céans n'a pas à se prononcer à ce stade sur la désignation des experts ou sur la présence des médecins traitants de l'assurée au cours de l'expertise à intervenir. De telles questions, en tant qu'elles ont trait exclusivement à l'élaboration et au déroulement de la mesure d'instruction concernée, devront en effet être traitées dans le cadre de la mise en œuvre de l'expertise susdite, à l'aune des principes jurisprudentiels instaurés aux fins de renforcer les droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres ; cf. ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6). Tout au plus relèvera-t-on, par surabondance, que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'assuré n'a aucun droit à se faire accompagner à une expertise par une personne de son choix telle que le médecin traitant ; cela n'exclut toutefois pas que l'expert puisse être amené à discuter ses conclusions avec le médecin désigné par l'assuré, soit en général son médecin traitant (cf. ATF 137 V 210 consid. 3.1.3.3). En tous les cas, les objections d'un expert à l'encontre de la présence d'un quelconque tiers durant l'expertise sont en principe justifiées (cf. TF 8C_426/2011 du 29 septembre 2011 consid. 7.4 avec les références citées). Selon la Haute Cour, on ne peut néanmoins nier toute valeur probante à une expertise du seul fait que l'expertisé aurait été accompagné de son médecin traitant avec l'accord de l'expert et du mandant de ce dernier ; il appartient bien plutôt à l'expert de décider de la nécessité d'un accompagnement et, le cas échéant, de faire en sorte que l'accompagnant dont il a autorisé la présence ne puisse influencer d'aucune manière l'expertise (cf. TF 8C_595/2012 du 18 février 2013 consid. 4.2). c) Vu l'issue du litige, la Cour de céans peut s'abstenir d'analyser les autres moyens soulevés par la recourante. De même, il n'y pas lieu de donner suite à ses requêtes de comparution personnelle et d'audition de témoins. 6. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. b) En dérogation à 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'OAI.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.