

VD_FINDINFO AI 71/07 - 366/2011 vom 25. Juli 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-07-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_71_07_-_366_2011

FR: VD_FINDINFO AI 71/07 - 366/2011 du 25 juillet 2011

IT: VD_FINDINFO AI 71/07 - 366/2011 del 25 luglio 2011

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE, SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL, CONTRÔLE MÉDICAL, ASSISTANCE JUDICIAIRE | 28 al. 2 LAI, 4 al. 1 LAI, 69 al. 1bis LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA, 69 al. 4 RAI, 117 al. 1 LPA-VD, 2 al. 1 let. c LPA-VD, 49 al. 1 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD

Erwägungen

E. 3

mars 2008, la recourante a formé opposition contre cette décision. Les 26 mai et 19 décembre 2008, le juge instructeur a informé les parties de la suspension, respectivement de la prolongation de suspension de la cause principale au vu de la procédure incidente débutée. Par décision du 26 mars 2009, le juge unique de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a pris acte du retrait de l'opposition formée le 3 mars 2008 par la recourante. Le 3 mars 2009, la recourante a produit un rapport médical et médico-psychologique du 24 novembre 2008 des Drs B. _____, médecin chef et Q. _____, médecin assistant de la clinique de réhabilitation neurologique de [...]. Ces médecins ont notamment posé le diagnostic de maux de tête chroniques liés à un accident de la circulation de 1999 avec "Whiplash", nécessitant un traitement médicamenteux avec un syndrome dépressif récurrent. S'agissant de la capacité de travail, en raison de ses douleurs symptomatiques chroniques invalidantes de près de dix ans, la recourante était jugée inapte pour une longue durée avec un pronostic peu favorable. Au vu de ces constatations, la recourante réitère sa demande de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Le 23 mars 2009, la recourante a produit un rapport médical établi le 6 mars 2009 par le Dr A. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, dans lequel ce médecin indique notamment qu'une IRM cervicale du 23 avril 2008 montrant une absence de segments A1 de l'artère cérébrale antérieure droite, des amincissements de la calotte crânienne en région supérieure et paramédiane gauche en raison d'un petit kyste arachnoïdien pourrait notamment attester l'existence d'un lien de causalité entre les céphalées à répétition de la recourante et son accident de 1999. Dans son écriture, la recourante a sollicité diverses mesures d'instruction (la production de diverses pièces, l'audition comme témoin de son époux et la réalisation d'un examen médical par un neurochirurgien). Le 13 juillet 2010, l'OAI produit un rapport médical du 17 juin 2010 établi par le Dr I. _____, spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne, consulté en lien avec la présence d'un nodule pulmonaire lobaire inférieur droit affectant la recourante. A l'occasion de la discussion du cas, ce pneumologue indique que la recourante, au contexte psychiatrique semblant lourd présente une symptomatologie thoracique gauche (lésion probablement de type carcinoïde sans qu'une autre néoplasie ou un diagnostic

inflammatoire potentiel ne puisse être exclu) avec un traitement en parallèle pour une symptomatologie asthmatique. Il conclut à la présence de douleurs thoraciques controlatérales clairement reproductibles à la palpation paraissant d'origine pariétale. Le 2 septembre 2010, en réponse à une correspondance qui lui a été adressée le 19 août 2010 par le conseil de la recourante sollicitant la prise en compte du récent rapport médical du Dr I. _____, l'OAI relève que ce rapport énonçant des faits largement postérieurs à la décision litigieuse, il n'a par conséquent pas à être pris en compte dans la présente cause. Dans ses déterminations du 15 septembre 2010, la recourante a précisé les conclusions de son recours comme il suit: " Principalement I. Le recours est admis. II. Une rente AI pleine et entière est accordée à Madame D. _____ dès le 16 janvier 2004. III. Toute autre ou contraire conclusion prise par l'Office de l'Assurance-Invalidité pour le canton de Vaud est rejetée. Subsidiairement IV. Le recours est admis. V. La cause est renvoyée à l'Office de l'Assurance-invalidité pour nouvelle décision dans le sens des considérants. VI. Toute autre ou contraire conclusion prise par l'Office de l'Assurance-Invalidité pour le canton de Vaud est rejetée. " La recourante conteste la valeur probante attribuée par l'OAI au rapport d'examen SMR du 6 octobre 2006. A l'en croire, ce rapport ne tiendrait pas compte de ses plaintes (chaque douleur évoquée par la recourante aurait été déclarée grotesque, incohérente floue ou imprécise), son anamnèse ne serait pas claire et ne mentionnerait pas les difficultés avec le français. De même, l'accident traumatisant ne serait nullement étayé ou même mis en lien avec ses troubles actuels. Quant à ses conclusions elles s'inscriraient en contradiction flagrante avec les avis de l'ensemble des praticiens ayant examiné la recourante. Seuls les deux médecins du SMR auraient ainsi exclu le diagnostic de fibromyalgie ou toute autre diagnostic. Au terme d'un seul examen d'une heure et vingt minutes, il n'était pas envisageable pour le psychiatre du SMR de réfuter le diagnostic de dépression tel que posé par les médecins suivant la recourante depuis six ans. Pour terminer, excepté une absence de motivation scientifique, le rapport SMR prendrait en considération une hypothétique simulation de la part de la recourante alors que tel ne serait absolument pas le cas en l'espèce. Partant, il conviendrait de retenir en réalité que la recourante est affectée par un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie ainsi que par un syndrome dépressif majeur depuis huit ans. E n d r o i t : 1. a) Interjeté en temps utile devant le tribunal compétent à raison du lieu contre une décision rendue le 24 janvier 2007 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, le recours est recevable (cf. art. 56 à 61 LPGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1]). b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1 er janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est directement applicable au cas d'espèce (cf. disposition transitoire de l'art. 117 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 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 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des

décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b, 116 V 246 consid. 1a et les références; cf. encore TF 9C_81/2007 du 21 février 2008, consid. 2.4 et 9C_397/2007 du 14 mai 2008, consid. 2.1). Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1 et 117 V 287 consid.

E. 4

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. La procédure est onéreuse; en principe la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). La recourante a toutefois été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise depuis le début de la procédure. En l'occurrence, les frais judiciaires par 400 fr. sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat. L'indemnité d'office de Me Pascale Botbol, conseil d'office de la recourante depuis le 20 juillet 2010, est arrêtée à 1'500 fr., TVA comprise, pour l'ensemble de son activité déployée dans la présente cause.

E. 4.6

et TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.3). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3 et 9C_289/2007 du 29 janvier 2008, consid. 4.2). c) En l'espèce, l'examen SMR rhumatologique et psychiatrique du 30 août 2006 comprenant le concours d'un traducteur a été pratiqué par le Dr N. _____, spécialiste en médecine physique et rééducation d'une part, et par le Dr T. _____, psychiatre FMH d'autre part. Dans leur rapport du 6 octobre

2006, ces spécialistes ont dressé une anamnèse fouillée de l'examinée (p. 1-5), ont établi un status neurologique, ostéoarticulaire et psychiatrique après examen clinique (p. 5-7), ont pris connaissance du dossier radiologique mis à disposition (p. 7-8), ont posé des diagnostics clairs (p. 8) et ont porté une appréciation consensuelle exempte de contradictions et dûment motivée du cas (p. 8-9) en portant leur appréciation sur la capacité de travail exigible de la part de l'assurée (p. 9-10). aa) Dans ses déterminations du 15 septembre 2010, la recourante soutient en premier lieu que le rapport précité ne tiendrait pas compte de ses plaintes, l'ensemble des douleurs alors exprimées aurait été qualifié de "grotesque, incohérente, floue ou imprécise". En outre, l'anamnèse ne mentionnerait pas ses difficultés en langue française. A lecture de l'anamnèse établie par les spécialistes du SMR, ces derniers ont parfaitement tenu compte des douleurs et affections qui leur ont été communiquées par la recourante. Ainsi sur le plan ostéoarticulaire, la symptomatologie est décrite comme constante, l'intensité évaluée à 10/10 de façon permanente, tout traitement médicamenteux n'apportant aucun soulagement aux dires de l'assurée. Le sommeil est décrit comme étant de mauvaise qualité avec un sentiment de fatigue et de lassitude au réveil. Sur le plan psychosocial et psychiatrique, l'accident de circulation de 1999 et ses incidences chez la recourante sont mentionnés. Concernant les multiples douleurs dont la recourante fait état, il a été noté une polymédication importante, le suivi de médecines parallèles ainsi qu'un suivi ambulatoire à l'Hôpital psychiatrique de [...] (consultations mensuelles d'une demi-heure). Le trouble du sommeil de gravité moyenne sans médication a par ailleurs été pris en considération par les examinateurs du SMR. Il a également été pris note des troubles de la mémoire et du traumatisme causé à la recourante du fait du décès de sa mère en 2003. A l'inverse et sans minimiser la prise en compte des plaintes énoncées, les spécialistes du SMR ont relevé une forte divergence entre les douleurs et autres manifestations physiques décrites et le comportement observé durant l'examen (absence de troubles de la mémoire, absence de fatigabilité accrue, etc.). Les informations fournies par la recourante étant de surcroît extrêmement contradictoires (cf. à ce propos le déroulement de l'accident d'avril 1999 décrit tantôt comme un choc frontal et tantôt comme une collision par l'arrière). Quant à la difficulté liée à la langue, cette problématique ne consiste pas à proprement parler une limitation d'ordre médical mais bien plus un facteur social susceptible d'être pris en considération dans la détermination du degré d'invalidité par l'OAI, de sorte que les spécialistes du SMR n'avaient pas pour mandat de s'en préoccuper à l'occasion de leur examen médical. On relève cependant à ce propos que l'examen bidisciplinaire s'est tenu en présence d'un traducteur afin de garantir sa bonne qualité et sa fiabilité. Au vu de ce qui précède, le premier grief soulevé doit être rejeté. bb) S'agissant de l'accident traumatisant de 1999 invoqué en lien avec l'existence d'un état de stress post-traumatique par différents médecins (cf. le rapport médical du Dr S. _____ du 25 août 2006, le consilium du 5 mars 2007 du Dr E. _____, l'attestation médicale du 20 novembre 2007 du Dr G. _____, le rapport médical du 24 novembre 2008 des médecins de la clinique de réhabilitation neurologique de [...] ainsi que le rapport établi le 6 mars 2009 par le Dr A. _____), cet événement a été analysé comme il suit par les spécialistes du SMR; après dix jours d'hospitalisation la recourante a retrouvé un comportement qui est revenu dans la normale, de sorte que sa réaction consécutive à l'accident tombe sous la classification de réaction aiguë face à un facteur de stress (F43.0 selon la CIM-10). Au vu des circonstances, cette classification semble devoir être privilégiée par rapport à celle d'état de stress post-traumatique (F43.1) telle que retenue par les médecins précités. Cette dernière affection requiert en effet, selon les critères de la classification de la CIM-10, qu'un certain

nombre de symptômes soient présents (reviviscence répétée de l'événement traumatique dans un contexte durable "d'anesthésie psychique", d'émoussement émotionnel avec un détachement par rapport aux autres, une insensibilité à l'environnement ou d'évitement des situations susceptibles de réveiller le souvenir du traumatisme), lesquels s'accompagnent souvent d'un hyper réveil neurovégétatif avec une hyper vigilance, état de "qui vive" et insomnie, associé fréquemment à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. Toujours selon la CIM-10, la période séparant la survenance du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois, l'évolution étant fluctuante tout en évoluant dans la plupart des cas vers la guérison. Or les médecins du SMR ont notamment relevé dans leur anamnèse qu'un peu plus d'une année après son accident de la circulation, la recourante a entamé une activité professionnelle (nettoyeuse employée régulièrement cinq jours par semaine à raison d'au maximum deux heures et demi par jour) jusqu'au 15 mai 2002. Outre le fait que la recourante ait entrepris de débiter cette profession environ un an après l'événement traumatisant d'avril 1999, ce n'est que dans son rapport médical du 25 août 2006 que le Dr S. _____ a posé le diagnostic de stress post-traumatique puis sera suivi en ce sens par le Dr G. _____ selon rapport du 20 novembre 2007 (alors que dans son rapport initial du 2 mars 2004, ce dernier médecin n'en faisait toutefois pas mention). Considérant que selon la CIM-10, la période séparant la survenance du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois maximum, si une telle affection devait effectivement être retenue dans le cas de la recourante, on ne saisit dès lors pas pour quels motifs bien que connue depuis 1999, cette atteinte à la santé n'ait été diagnostiquée qu'en 2006, soit environ sept ans après ses débuts. Par ailleurs, selon une attestation médicale établie le 20 novembre 2007, soit plus de huit ans après l'accident, le Dr G. _____ signale une dégradation significative de l'état de santé physique et psychique. En principe l'évolution est fluctuante mais se fait pour la majorité vers la guérison. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique avec une modification durable de la personnalité (F62.0). Cependant à l'examen clinique SMR du 30 août 2006, une telle pathologie n'a pas été objectivée, les examinateurs relevant au contraire une absence de troubles formels de la pensée, une absence de ralentissement psychomoteur ainsi qu'une humeur dans les limites de la norme, légèrement morose, s'améliorant même dès lors que l'examen se focalisait sur les détails et les plaintes d'états maladifs. A l'aune de ces constatations, il n'est pas possible, au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 3b supra), d'attribuer un lien de causalité entre l'accident traumatisant et les troubles actuels dont souffre la recourante. Ce dernier constat est par ailleurs corroboré par le Dr A. _____ qui, dans son rapport médical du 6 mars 2009, a indiqué que sur la base d'éléments médicaux mis en évidence par une IRM cervicale du 23 avril 2008, il serait tout au plus possible d'attester de l'existence éventuelle d'un lien de causalité entre les céphalées à répétition et l'accident vécu en 1999. cc) Quant au diagnostic de syndrome douloureux somatoforme chronique, les spécialistes du SMR n'ont pas été en mesure de le confirmer. Selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.3 et les références citées), les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes

douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact). Au terme de l'examen clinique pratiqué le 30 août 2006, aucun des facteurs déterminés énoncés ci-avant n'est apparu rempli. Aucune comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée n'a été mise en évidence. Peut seul constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Or, dans leur rapport médical du 28 avril 2005, les médecins de l'Hôpital psychiatrique de [...] n'ont diagnostiqué qu'un épisode dépressif moyen, lequel ne représente pas une maladie psychiatrique chronique ou invalidante au sens de la classification F32.0 de la CIM-10 qui requiert que chacun des trois degrés de dépression soit donné. Quant au Dr S. _____, dans son rapport médical du 25 août 2006, il pose certes le diagnostic de trouble dépressif majeur mais sans pour autant le codifier selon la CIM-10. Or, selon la jurisprudence, une expertise psychiatrique s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2; TF 533/2006 du 23 mai 2007, consid. 3.1), de sorte que l'avis émis le 25 août 2006 par le Dr S. _____ ne saurait entrer en considération. Il n'a pas non plus été relevé de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de l'assurée. Au contraire, les examinateurs du SMR ont noté une exagération des symptômes, des douleurs et autres symptômes physiques mais également des maux de tête et de la gorge ayant été présentés par la recourante avec une attitude qualifiée de "grotesquement démonstrative" d'où une incroyable crédibilité entre l'assurée et ses "présentations". La description des nombreux phénomènes physiologiques ou pathologiques est de surcroît restée extrêmement vague, imprécise, floue et présentée sans aucun investissement affectif laissant insensible l'examineur. En l'absence de mise en évidence des critères déterminants, c'est à juste titre qu'au terme de leur examen, les médecins du SMR n'ont pas retenu aussi bien le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme chronique que celui

de fibromyalgie. dd) S'agissant du diagnostic d'épisodes dépressifs (F32), des pièces au dossier, il ressort une divergence entre les différents médecins suivant la recourante; dans ses avis des 28 avril 2005 et 27 mars 2007, la Dresse L._____ de l'Hôpital psychiatrique de [...] a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.1) alors que le 25 août 2006 le Dr S._____, suivi en ce sens par le Dr E._____ le 5 mars 2007, a posé le diagnostic de trouble dépressif majeur. Dans leur rapport médical du 24 novembre 2008, les Drs B._____ et Q._____ de la clinique de réhabilitation neurologique de [...] se limitent pour leur part à mentionner un syndrome dépressif récurrent. De leur côté, les spécialistes du SMR ne sont pas parvenus à objectiver les critères, selon la CIM-10, requis pour le diagnostic d'épisodes dépressifs (F32.0). Au vu d'une part, des divergences entre l'ensemble des médecins consultés et d'autre part, de la méthodologie rigoureusement scientifique basée sur les critères de classification de la CIM-10 employée par les examinateurs du SMR, il n'y a pas de motifs suffisants permettant à la cour de rediscuter le bien fondé des constatations résultant de l'examen pratiqué le 30 août 2006 au SMR. Il n'existe en définitive pas d'atteintes psychiatriques invalidantes affectant la recourante. ee) L'avis médical du 17 juin 2010 du Dr I._____, spécialiste en pneumologie et médecine interne, n'est pas susceptible de remettre en cause les conclusions de l'examen rhumatologique et psychiatrique SMR du 30 août 2006. Ce document médical étant postérieur à la décision de refus du 24 janvier 2007, la présence de douleurs thoraciques mises en évidence par ce pneumologue est uniquement susceptible de constituer un élément pouvant être pris en considération dans le cadre d'une nouvelle décision de l'OAI (cf. consid. 2b supra). ff) La recourante critique la durée de l'examen réalisé par le psychiatre du SMR (Dr T._____). Ainsi au terme d'un examen d'une heure et vingt minutes, elle soutient qu'il n'était pas possible pour ce psychiatre de ne pas retenir le diagnostic de dépression posé par ses médecins traitants depuis plus de six ans. Or il est constant que la durée d'un examen clinique ne saurait remettre en question la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (cf. TF 9C_386/2010 du 15 novembre 2010, consid. 3.2, 9C_443/2008 du 28 avril 2009, consid. 4.4.2 et I 1084/2006 du 26 novembre 2007, consid. 4). gg) Au vu de ce qui précède, l'examen pratiqué le 30 août 2006 au SMR satisfait les conditions jurisprudentielles pour se voir attribuer valeur probante. Il s'ensuit qu'à défaut de mise en évidence de pathologies invalidantes tant sur le plan somatique que psychiatrique, il est raisonnablement exigible de la recourante qu'elle exerce n'importe quelle activité professionnelle avec une capacité de travail exigible de 100 %. d) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire ni de procéder aux différentes mesures d'instruction telles que requises en l'espèce (production de diverses pièces, audition du mari de la recourante et réalisation d'un examen médical par un neurochirurgien). En effet, de par le principe de l'appréciation anticipée des preuves, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b et 122 V 157 consid. 1d; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009, consid. 3.2 et

les références citées).

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