

VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 860 vom 22. November 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-11-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__860

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 860 du 22 novembre 2012

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 860 del 22 novembre 2012

Regeste

AI{ASSURANCE}, ADMISSION DE LA DEMANDE, DÉCISION DE RENVOI, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE} | 28 LAI, 4 LAI, 43 al. 1 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 17

novembre 2011. c) Par acte du 9 octobre 2012, la recourante a informé la Cour de céans qu'elle avait déposé une nouvelle demande de prestations AI en novembre 2011, motivée par la découverte d'un cancer du sein en août 2011. Elle a précisé que l'instruction de cette nouvelle demande était en cours, singulièrement avait été suspendue jusqu'à droit connu sur la présente affaire. A cette écriture, était notamment joint un compte-rendu du 10 septembre 2012 de la Dresse W._____, cheffe de clinique au Centre pluridisciplinaire d'oncologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier XY._____), soulignant que la situation de l'assurée – vivant avec le minimum vital, atteinte d'une maladie incurable et mère de trois enfants en bas âge – était à l'origine d'une souffrance psychologique importante, et que la procédure AI en cours rajoutait à l'anxiété et à la détresse psychologique de toute la famille. En outre, selon un rapport du 24 septembre 2012 émanant de ce même médecin, il ressortait que l'assurée souffrait d'un cancer du sein bilatéral stade IV diagnostiqué en août 2011, qu'un traitement par chimiothérapie avait été débuté en septembre 2011, mais que l'évolution était défavorable et le pronostic réservé. d) Par envoi du 5 novembre 2012, à la requête de la juge instructeur, la recourante a produit les documents suivants qu'elle avait mentionnés dans ses objections du 18 avril 2011 : - un rapport du Dr X._____ du 17 décembre 2007, faisant état de ce qui suit : " Diagnostic(s) : • Lombosciatalgies droites apparues après un accouchement compliqué à cause d'une non progression sur disproportion fœto-pelvienne et césarienne en péridurale le 4 juin 2007. • Probables troubles somatoformes avec céphalées de type plutôt tensionnelles chroniques et hémisyndrome sensitif fonctionnel droit. [...] Synthèse et conclusion [...] Dans l'ensemble j'ai l'impression d'une évolution défavorable dans le cadre d'une lombalgie apparue après un accouchement traumatique. La patiente a probablement développé des troubles fonctionnels avec un hémisyndrome sensitif droit et l'arrivée de céphalées de type plutôt tensionnelles chroniques. [...] Je [...] propose également d'introduire un antidépresseur tricyclique avec des doses progressives pour mieux maîtriser ce syndrome douloureux [...]" - un rapport du Dr B._____ du 10 décembre 2008, observant les points suivants : " Diagnostic : Syndrome douloureux chronique lombaire et irritatif du MID probablement secondaire à la présence d'une hernie discale L4-L5 D et L5-S1 D chez une patiente obèse présentant un probable trouble somatoforme douloureux débutant. Attitude et propositions : [...] Même si une relation temporelle existe entre l'accouchement et la symptomatologie présentée,

relation qui se trouve renforcée dans l'esprit de la patiente par le caractère douloureux et traumatisant de l'opération vécue, il ne m'apparaît à ce jour aucun lien de cause à effet entre l'anesthésie pratiquée, les hernies discales visualisées et l'évolution clinique présentée. Malgré un traitement conservateur correctement conduit [...], l'évolution subjective sera défavorable avec persistance d'une importante symptomatologie douloureuse qui sera décrite comme gravement invalidante et qui ira en s'étendant à l'ensemble du corps sans substrat organique décelable. Un tel tableau apparaît fortement évocateur de l'existence concomitante d'un trouble somatoforme douloureux débutant chez une patiente qui cumule de nombreux facteurs de mauvais pronostic parmi lesquels on relèvera malgré une intelligence vive, une probable faible intégration sociale, la maladie invalidante et non reconnue d'un mari qui ne travaille plus depuis plus de 10 ans, le caractère traumatisant d'une opération de césarienne dont l'anesthésie sera fortement investie comme responsable de l'évolution présentée par cette patiente en long AT complet depuis maintenant bientôt 2 ans. [...] Dans ce contexte, il m'apparaît impératif de lui proposer une reprise professionnelle rapide à partir du 01.01.2009 dans tout travail léger sans port de lourdes charges avec alternance de position qu'elle devra pouvoir effectuer à un taux de 50%. [...]"

E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (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'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Sur le plan formel, la recourante se plaint en l'occurrence d'une violation du droit d'être entendu, reprochant à l'OAI d'avoir statué le 22 août 2011 sans attendre la production des rapports des Drs J. _____ et L. _____ annoncée le 5 juillet 2011. Sous l'angle matériel, le litige concerne le droit éventuel de la recourante à des prestations de l'AI et porte sur le caractère invalidant des troubles de la santé dont celle-ci est atteinte. 3. Dans la mesure où la recourante invoque un vice de procédure, singulièrement une violation du droit d'être entendu, la Cour de céans examinera en priorité ce grief. En effet, de nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée sans égard aux chances de succès du recours sur le fond (cf. ATF 135 I 297 consid. 2.6.1). a) Le droit d'être entendu, dont la garantie se trouve inscrite à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ■ RS 101),

comprend le droit pour le justiciable de prendre connaissance du dossier, de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à des offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (cf. ATF 135 I 187 consid. 2.2, 133 I 270 consid. 3.1, 132 V 368 consid. 3.1, et 129 II 497 consid. 2.2 avec les références citées). Par exception au principe de la nature formelle du droit d'être entendu, une violation de ce dernier est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure, et qui peut ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée, à condition toutefois que l'atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave (cf. ATF 137 I 195 consid. 2.3.2, 133 I 201 consid. 2.2, 132 V 387 consid. 5.1, 129 I 129 consid. 2.2.3, 127 V 431 consid. 3d/aa et les références citées). b) En l'espèce, la recourante reproche à l'OAI d'avoir rendu la décision litigieuse le 22 août 2011 sans attendre la production d'avis médicaux des Drs J._____ et L._____ pourtant annoncée par courrier du 5 juillet 2011. Implicitement, l'assurée se plaint donc d'avoir été empêchée de participer à la procédure et de produire ses moyens de preuve. A cet égard, il y a toutefois lieu de relever que la jurisprudence admet que le droit d'être entendu n'empêche pas l'autorité de mettre à un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude qu'elles ne pourraient l'amener à modifier son opinion (cf. ATF 136 I 229 consid. 5.3). Au cas particulier, il convient de rappeler qu'après avoir contesté le projet de décision de l'OAI en date du 18 avril 2011, l'assurée s'est vu accorder le 9 mai suivant un délai de trente jours pour produire d'éventuels rapports médicaux supplémentaires. Le 5 juillet 2011, soit bien après l'échéance du délai susmentionné, l'intéressée a produit un compte-rendu d'IRM du 17 juin 2011 tout en précisant qu'elle avait été adressée au neurologue J._____ et au rhumatologue L._____ et que « [d]es rapports ser[ai]ent établis par les deux spécialistes précités et adressés directement au médecin traitant » puis transmis à l'OAI. Dans cet écrit, la recourante n'a pas formellement requis l'octroi d'un nouveau délai pour produire les pièces annoncées (pas plus qu'elle n'a précisé que celles-ci seraient « prochainement » transmises, contrairement à ce qu'elle prétend dans son recours du 22 septembre 2011 p. 8 [3^{ème} paragraphe]), et n'a pas non plus exposé en quoi les rapports en question pourraient contenir des éléments décisifs susceptibles d'influer sur l'issue de l'affaire, étant rappelé ici que le dossier de l'époque contenait déjà des données rhumatologiques et neurologiques. Du reste, au vu du laps de temps écoulé entre le courrier du 5 juillet 2011 et la décision litigieuse, force est de constater que si l'assurée entendait produire de nouveaux rapports médicaux, elle avait toute latitude pour ce faire avant le 22 août 2011. Or, l'intéressée ne s'est plus manifestée après son courrier du 5 juillet 2011; même à supposer que cette passivité soit liée aux investigations médicales ayant précédé la découverte d'un cancer du sein en août ou septembre 2011 (ce qui n'est nullement allégué par l'assurée), il reste que par son silence, la recourante – respectivement son conseil – n'a pas agi vis-à-vis de l'OAI de manière à sauvegarder ses droits. A la lumière de ces circonstances, l'appréciation anticipée à laquelle a procédé l'office intimé pour clore l'instruction n'apparaît pas arbitraire et n'est dès lors pas constitutive d'une violation du droit d'être entendu. Par surabondance, on relèvera que même à admettre l'existence d'un tel vice de forme, celui-ci ne serait de toute

façon pas d'une gravité telle qu'on ne puisse pas le considérer comme réparé. La recourante a en effet eu la possibilité d'explicitier son argumentation et de fournir des moyens de preuve complémentaires dans le cadre de la présente procédure de recours, interjetée auprès d'une autorité judiciaire disposant d'un plein pouvoir d'examen (cf. consid. 3a supra). Dans ce contexte, l'intéressée a notamment eu tout loisir de produire les rapports des Drs J. _____ et L. _____ annoncés dans son courrier du 5 juillet 2011 puis dans son mémoire de recours du 22 septembre 2011 (p. 8, spéc. 3^{ème} paragraphe : « [à] ce jour, la recourante n'est toujours pas en possession de ces rapports »), quand bien même elle ne l'a en définitive pas fait pour des raisons qui demeurent en l'état inexplicées. A ce propos, on notera que conformément au devoir des parties de collaborer à l'établissement des faits, il incombait notamment à l'assurée d'apporter, dans la mesure où cela pouvait raisonnablement être exigé d'elle, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, au risque de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2). c) Mal fondé, le grief tiré d'une violation du droit d'être entendu doit donc être rejeté. Au vu de ce qui précède, c'est donc en vain que l'intéressée s'est prévalu de la nécessité d'une expertise médicale pour pallier à une éventuelle violation de son droit d'être entendue. On notera pour le surplus que la mise en œuvre d'une telle mesure relève de l'examen matériel de la présente affaire et que cette question sera par conséquent abordée dans les considérants qui suivent (cf. consid. 4 infra).

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

b) aa) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). bb) Selon la jurisprudence, 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 (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un

effort de volonté raisonnablement exigible (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et ATF 131 V 49). Eu égard à des caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.1 et les références citées). Le Tribunal fédéral 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 établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 49, 130 V 352). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. 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 (cf. en matière de trouble somatoforme douloureux : ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence citée). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, 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 (cf. ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (cf. TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2 avec les références citées, et TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 et 131 V 49; cf. TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2 et TF I 81/07 précité loc. cit.).

cc) Une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que des troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 130 V 396 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (cf. ATF 132 V 72 consid. 4.3). Selon la jurisprudence (cf. TF 9C_699/2011 du 21 mai 2012 consid. 4.2, et TFA I 544/04 du 13 décembre 2005 consid. 3.1 [trouble somatoforme douloureux]; cf. également TF 9C_486/2008 du 8 janvier 2009 consid. 3.2 [fibromyalgie]), une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs de l'assuré qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. L'ancien Tribunal fédéral des assurances a ainsi retenu qu'une

expertise psychiatrique complémentaire n'était pas nécessaire dans un cas où un rhumatologue, titulaire d'un certificat AMPP en médecine psychosomatique et psychosociale, s'était également prononcé de manière circonstanciée sur d'éventuels problèmes psychiques sous-jacents aux troubles physiques de l'assuré (cf. TFA I 830/02 du 25 août 2003). De même a-t-il considéré que des éclaircissements de la part d'un médecin psychiatre n'étaient pas nécessaires lorsqu'il n'existait aucun indice que l'assuré présentât une problématique psychique invalidante (cf. TFA I 761/01 du 18 octobre 2002, in SVR 2003 IV n° 11 p. 31). c) 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 (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 (TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). d) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de 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 de l'expert 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, 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 confidents 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). En outre, si les rapports du SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA, leur valeur probante est cependant comparable à celles-ci, si elles satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4; cf. TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2). 5. En l'occurrence, la recourante reproche à l'office intimé de s'être prononcé sur la seule base du rapport d'examen clinique rhumatologique du Dr Q. _____ du 12 janvier 2011, sans avoir plus amplement investigué les céphalées et le trouble douloureux évoqués dans ce compte-rendu. a) Suite à l'examen clinique rhumatologique réalisé au SMR le 16 novembre 2010, le Dr Q. _____ a exposé ses conclusions dans un rapport du 12 janvier 2011. A cette occasion, il a retenu les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de lombosciatalgies chroniques sur discopathies étagées avec hernie discale L4-L5

paramédiane droite, sans mise en évidence de syndrome radiculaire déficitaire, et séquelles de la maladie de Scheuermann. S'agissant des atteintes n'ayant pas d'impact sur la capacité de travail, ce médecin a fait état d'une surcharge pondérale avec obésité de classe 1, d'un déconditionnement musculaire et focal, d'un status après deux césariennes et un accouchement par voie basse, de céphalées d'origine indéterminée secondaires à une infiltration corticoïde dans la région lombaire, et d'un trouble douloureux chronique généralisé compatible avec un processus de majoration des plaintes avec mise en évidence de signes de non organicité selon Waddell et Kummel. Cela étant, le Dr Q._____ a estimé que l'assurée n'était plus à même d'exercer son ancienne activité d'ouvrière dans une usine de cartonnage, mais que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (celles-ci contre-indiquant le port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive et au-delà de 10 kg occasionnellement, la position en porte-à-faux en antéflexion du rachis contre résistance, la position statique assise au-delà d'une demi-heure sans possibilité de varier les positions au minimum deux fois par heure de préférence à la guise de l'assurée, la montée ou descente d'escaliers, la position en genuflexion ou accroupie à répétition, la position statique debout immobile de type piétinement, et les activités sur terrain instable ou en hauteur, le périmètre de marche étant en outre réduit à environ une demi-heure), sa capacité de travail était complète depuis le 1^{er} janvier 2008. Sur le plan strictement somatique, il n'existe aucun motif sérieux de s'éloigner de l'appréciation du Dr Q._____.

A ce propos, on relèvera qu'il est constant que l'assurée souffre d'une affection ostéoarticulaire au niveau dorsolombaire, influant sur sa capacité de travail. Pour le reste, si la recourante conteste le bien-fondé du diagnostic de céphalées non incapacitantes posé par le Dr Q._____ (cf. mémoire de recours du 22 septembre 2011 p. 7), il apparaît néanmoins que les autres documents médicaux au dossier évoquant des céphalées – entre autres le rapport du 17 décembre 2007 du neurologue X._____ (produit le 5 novembre 2012) ainsi que le rapport du 3 juillet 2009 des spécialistes du Département de médecine interne de l'Hôpital G._____ (faisant suite à un examen effectué par le neurologue Z._____) – ne comportent aucun indice concret et objectif laissant à penser que celles-ci pourraient en tant que telles avoir une influence significative sur la capacité de travail de l'intéressée. Notamment, si la Dresse T._____ a évoqué des céphalées incapacitantes (cf. rapport du 16 octobre 2009), elle n'a toutefois aucunement motivé son point de vue. N'en déplaise à la recourante, la Cour de céans ne voit donc pas en quoi il se justifierait, dans de telles circonstances, d'investiguer plus avant lesdites céphalées sur les plans neurologique et neurochirurgical. L'avis du Dr Q._____ doit donc, sur ce point, être considéré comme suffisant. Peu importe, pour le surplus, que l'assurée ait été incitée à demander des prestations de l'AI suite à l'avis d'un neurologue (cf. mémoire de recours du 22 septembre 2011 p. 7). Par ailleurs, les parties ne contestent pas l'inexigibilité de l'ancienne activité d'ouvrière dans une usine de cartonnage. Pour ce qui est de la capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, c'est en vain que la recourante s'est prévalué du compte-rendu du Dr Y._____ du 28 juillet 2009 ainsi que du constat de la Dresse T._____ du 29 janvier 2012 [recte : 16 octobre 2009] évoquant une complète incapacité de travail dans toute activité (cf. objections du 18 avril 2011 p. 3). En effet, ces avis sont nettement moins motivés que le rapport du Dr Q._____ du 12 janvier 2011 et ne contiennent aucun élément décisif dont ce dernier médecin aurait omis de tenir compte. Pour les mêmes raisons, le rapport du Dr B._____ du 10 décembre 2008 – invoqué par l'assurée le 18 avril 2011, mais produit le 5 novembre 2012 – évaluant la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée ne saurait l'emporter, sous l'angle purement somatique, sur

l'appréciation du Dr Q._____. C'est le lieu de noter que le rapport du Dr Q._____ du 12 janvier 2011 procède d'une analyse approfondie du cas particulier, repose sur un examen clinique complet, prend en compte les plaintes de l'assurée et évalue la situation médicale de manière méticuleuse et nuancée. Ses conclusions, qui ne se basent que sur les atteintes ostéoarticulaires, comme le Dr Q._____ le relève lui-même – « [l]'évaluation de la capacité de travail résiduelle de l'assurée dans son activité habituelle [...] ou dans une activité adaptée ne tient compte que des atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire » (cf. rapport du 12 janvier 2011 p. 9) – ont pleine valeur probante et peuvent dès lors être suivies. Le dossier étant complet sous l'angle somatique, permettant ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise sur les plans orthopédique, neurologique ou neurochirurgical (cf. mémoire de recours du 22 septembre 2011 p. 8, dernier paragraphe). En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. b) L'OAI a par ailleurs réfuté toute atteinte à la santé psychique invalidante en reprenant implicitement les conclusions de l'avis médical SMR du 14 juillet 2011 des Drs N._____ et M._____ (cf. lettre explicative de l'intimé du 22 août 2011). Aux termes de leur avis précité, ces médecins ont observé, après avoir résumé les résultats de l'examen clinique du Dr Q._____, qu'il existait une certaine discordance des éléments objectifs par rapport à l'intensité des plaintes émises par l'assurée et que, en l'état, il n'y avait pas lieu d'envisager une quelconque pathologie psychiatrique nécessitant d'être instruite par une expertise. Ils ont ajouté que l'examen du dossier démontrait clairement l'exagération des plaintes alléguées, ces dernières n'ayant pas de cause avérée et n'étant que des allégations visant à obtenir un avantage financier. On ne saurait toutefois s'en tenir à l'avis du SMR du 14 juillet 2011. Ce serait en effet oublier que l'examen du Dr Q._____ a clairement mis en évidence des signes de non organicité selon Waddell et Kummel avec absence de points de Smythe en faveur d'une fibromyalgie (cf. rapport du 12 janvier 2011 p. 8). Certes, le Dr Q._____ a fait état d'un trouble douloureux chronique généralisé compatible avec un processus de majoration des plaintes, au titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail. Toutefois, ce médecin ne pouvait, d'une part, observer que dans le cas de l'assurée les douleurs évoquées et le trouble douloureux étaient tels qu'ils dominaient l'essentiel du tableau clinique – « [l]es dorso-lombo-sciatalgies présentées par l'expertisée ne sont pas en soi une maladie mais davantage un symptôme qui peut relever de causes variées [...], il est actuellement admis que ce sont davantage les conditions psychologiques, l'handicap ressenti, la durée de l'incapacité de travail qui sont déterminants dans l'évolution et la reprise d'une activité professionnelle [...] » (cf. rapport du 12 janvier 2011 p. 8 s.) – et, d'autre part, s'abstenir de se prononcer sur les critères développés par le Tribunal fédéral en matière de trouble somatoforme douloureux ou de fibromyalgie, respectivement ne pas réserver l'avis d'un spécialiste en psychiatrie à ce sujet (cf. consid. 3b/bb et 3b/cc supra). A noter, au surplus, que dans la mesure où le Dr Q._____ ne s'est pas prononcé sur les réquisits jurisprudentiels susmentionnés, on peine à comprendre que l'OAI ait pu considérer, le 9 mai 2011, que les critères en faveur d'une fibromyalgie n'étaient pas réalisés. La situation est d'autant plus nébuleuse que certains éléments du dossier ne vont pas sans évoquer une composante psychique. Ainsi, dans leur rapport du 31 janvier 2007, les Drs F._____ et I._____ du Département de

gynécologie-obstétrique de l'Hôpital G._____ ont évoqué des crises d'angoisse engendrant des épisodes de dyspnée avec des douleurs thoraciques. En outre, le 2 décembre 2008, le Dr C._____ a souligné qu'au vu de la chronicité des douleurs et du contexte socio-familial, on ne pouvait exclure une éventuelle composante non organique surajoutée. Enfin, il faut rappeler que dans leurs rapports respectifs des 17 décembre 2007 et 10 décembre 2008 (produits par la recourante le 5 novembre 2012), les Drs X._____ et B._____ ont fait état d'un probable trouble somatoforme douloureux débutant, accompagné – selon le Dr X._____ – de céphalées et d'un hémisyndrome sensitif fonctionnel droit. C'est toutefois le lieu de relever ici que, contrairement à ce que prétend la recourante (cf. mémoire de recours du 22 septembre 2011 p.7), la prise de Fluctine®, Sirdalud® et Temesta® attestée par le Dr Q._____ (cf. rapport du 12 janvier 2011 p. 4) ne saurait témoigner en tant telle d'une affection psychique, cela d'autant moins qu'il ressort des constatations du médecin susdit que le traitement à base de Sirdalud® a été stoppé plusieurs mois avant l'examen du 16 novembre 2010 et que la prise de Temesta® n'est qu'occasionnelle (cf. loc. cit.). Cela étant, au vu de l'ensemble des éléments qui précèdent, force est de constater que le dossier médical est lacunaire en ce sens qu'il ne comprend pas suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychiatrique aux douleurs de l'assurée. Bien au contraire, on rappellera que le Dr Q._____ relève lui-même qu'une telle composante n'est pas étrangère à la symptomatologie et à la limitation de la capacité de travail de l'intéressée, que l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée ne tient compte que des atteintes à la santé objectives sur le plan ostéoarticulaire, et que divers documents médicaux au dossier semblent par ailleurs évoquer une problématique psychique. Il est dès lors nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique afin de déterminer l'existence d'une atteinte psychique ainsi que son éventuel impact sur la capacité de travail de la recourante.

6. a) 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 (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, les carences dont souffre le dossier de la cause n'ont fait l'objet d'aucun éclaircissement de la part de l'intimé, ce dernier s'étant abstenu d'ordonner des mesures d'instruction de base et ayant ainsi constitué un dossier lacunaire. Partant, 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. 3c supra) – apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre une expertise psychiatrique (art. 44 LPGA). 7.

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 (art. 69 al. 1bis LAI). Exceptionnellement, toutefois, aucun émolument judiciaire ne sera mis à la charge de l'OAI, qui succombe. Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter en l'occurrence à l'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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