

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 919 vom 19. Dezember 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__919

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 919 du 19 décembre 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 919 del 19 dicembre 2017

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, EXPERTISE, COMPARAISON DES REVENUS, DÉCISION DE RENVOI, ADMISSION DE LA DEMANDE | 28 LAI, 28a LAI, 4 al. 1 LAI, 43 al. 1 LPGA, 7 LPGA, 8 al. 1 LPGA, 25 al. 1 let. b RAI

Erwägungen

E. 50

à 60 % parce que je n'arrivais pas à assumer le cahier des charges à 50 %, comme l'avait fait mes prédécesseurs depuis de nombreuses années. J'ai parlé de mes problèmes de santé à mon employeur avant d'avoir été engagée. Il s'est montré compréhensif lorsque j'ai expliqué ne pouvoir assumer mon travail dans le cadre d'un 50 % et nous avons convenu du 60 %. J'ai dû travailler un certain temps pour me rendre compte que j'avais besoin de plus de temps pour remplir mon cahier des charges. A partir de l'année prochaine, mon employeur va replanifier l'organisation et il est possible que mon taux d'activité revienne à 50 %. Sur demande de mon conseil, je précise qu'il est prévu que je travaille tous les matins, mais je peux arriver plus tard, notamment le mercredi, d'entente avec mon employeur de façon à concilier mon état de santé et mes obligations professionnelles, étant précisé que la maladie est particulièrement active le matin. Je fais un 50 % dans la semaine et les 10 % supplémentaires, je les fais le week-end, depuis la maison, en travaillant sur l'ordinateur pour des commandes par exemple. Je suis trop fatiguée dans la semaine pour faire ces 10 %. Lorsque je rentre l'après-midi, je dors. [...] Je suis sous antidépresseurs depuis une année avec une thérapie. »

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'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'espèce, compte tenu des fêtes, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité. 3. a) En vertu de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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. 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 LAI). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

b) Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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. 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

c) De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 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 d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 précité consid. 3.3).

4. En premier lieu, il s'agit de déterminer la capacité de travail de la recourante, vu les divergences entre les rapports médicaux au dossier et les déclarations de la recourante à l'audience du 19 octobre 2017.

a) Il ne sera pas tenu compte du rapport du Dr R. _____, lequel est relativement ancien et réservait déjà une évolution de la capacité de travail en fonction du succès des traitements mis en place. Dans ses rapports rédigés à une année d'intervalle, le Dr C. _____ évalue à 60 %, puis à 50 % la capacité de travail de sa patiente. En date du 19 mai 2015, il mentionnait une

exigibilité de 60 % et une adaptation de sa patiente à son handicap sur sa place de travail. Par ailleurs, les mesures médicales envisageables destinées à la réduction des restrictions physiques, en l'occurrence, la fatigue, une douleur au coude droit, des lombalgies et des difficultés avec le pouce droit, étaient déjà instaurées. À l'époque de ce rapport, la recourante avait repris son activité à 60 % auprès de D. _____ SA et ce depuis plus de huit mois. En date du 23 mai 2016, le Dr C. _____ évoque une capacité de travail de 50 % exclusivement, que ce soit auprès de l'employeur précédent ou actuel, en raison des douleurs métacarpo-phalangiennes, des tendinopathies aux coudes et aux épaules ainsi que des lombalgies accentuées par les mouvements répétitifs et le port de charges. Le traitement était toujours suivi. À l'époque de ce rapport, l'emploi de la recourante auprès de l'Ecole Y. _____ était encore de 50 %. b) A l'audience du 19 octobre 2017, la recourante a déclaré que son cahier des charges n'avait jamais été adapté auprès de son ancien employeur D. _____ SA, soit qu'elle devait continuer à faire le même travail à 60 % que celui qu'elle faisait par le passé à 90 %. Elle a ajouté qu'auprès de son nouvel employeur, elle effectuait les mêmes tâches que ses prédécesseurs à 50 %, mais qu'au vu de sa maladie, son taux avait été augmenté à 60 %, avec un salaire correspondant à ce pourcentage. c) Ces déclarations paraissent crédibles et sont corroborées par les pièces du dossier. La lettre de résiliation des rapports de travail du 29 septembre 2015 mentionne en effet que la fonction d'assistante de direction précédemment occupée par la recourante nécessitait un taux d'activité minimum de 90 % d'un horaire normal et que malgré tous les efforts de la recourante, elle n'avait pas pu assumer ses tâches. Pour ce qui est du poste auprès de l'Ecole Y. _____, l'avenant au contrat signé le 26 août 2015, confirme que le taux d'activité, et par conséquent le salaire, a été augmenté pour donner suite à la demande de la recourante. Il résulte de ce qui précède que dans les faits, la recourante n'a jamais travaillé à un taux de 60 % d'un 100 % auprès de D. _____ SA et qu'elle travaille actuellement à un taux de 60 %, mais avec une diminution de rendement de 16.66 % vu le cahier des charges établi pour un emploi à 50 %. d) Cela étant et malgré les divergences relatives au taux d'activité, les avis médicaux s'accordent à retenir une fatigabilité de la recourante (rapport du Dr R. _____ du 19 août 2014, rapports du Dr C. _____ des 19 mai 2015 et 23 mai 2016). Cette dernière a déclaré dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage du 15 septembre 2015 que la fatigue était fluctuante et que son état pouvait être très différent d'un jour à l'autre. aa) La spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew), qui fait partie des affections rhumatismales inflammatoires dites chroniques, est caractérisée par une inflammation et une ankylose principalement de l'axe vertébral. Assez souvent, elle se déclare tout d'abord par la problématique oculaire et, à son apparition, on doit alors rechercher systématiquement les signes vertébraux cliniques et radiologiques latents. Elle évolue par poussées à composante inflammatoire, dont l'importance et la fréquence sont très variables et qui sont entrecoupées de périodes de rémission durant lesquelles il subsiste une ankylose (TF 5C.101/2004 du 4 août 2004 consid. E.b.c). bb) Au vu de ce qui précède, il apparaît que l'état de santé de la recourante est évolutif vu les caractéristiques de la maladie, en particulier l'état de fatigue mis en avant par les médecins, ce qui a des conséquences sur la capacité de travail. La divergence entre un taux d'activité de 50 et 60 % qui ressort des différents rapports médicaux est donc peu étonnante, dépendant vraisemblablement aussi du type d'activité et des trajets à faire vu les déclarations de la recourante. La Cour de céans n'est toutefois pas en mesure de déterminer le réel taux d'incapacité et son évolution, ce d'autant moins que la recourante semble également souffrir d'une atteinte à la santé psychique qui a motivé une consultation en automne

dernier, soit avant la reddition de la décision litigieuse. Cette atteinte peut également avoir une influence sur la capacité de travail même s'il s'agit d'une nouvelle atteinte. 5. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel 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_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Berne/St-Gall/Zurich 3^{ème} éd. 2015, n° 27 ad art. 43 LPGA). 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 (ATF 122 V 157 consid. 1d). 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 (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 (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). 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). c) En l'occurrence, il incombe à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant d'élucider la situation médicale de la recourante, notamment sa capacité de travail, en procédant à une expertise bidisciplinaire, laquelle devra comporter – à tout le moins – des volets psychiatrique et rhumatologique. 6. Quand bien même le recours doit être admis pour les motifs qui précèdent et renvoyé à l'intimé, le principe de l'économie de la procédure impose d'examiner le choix de la méthode d'évaluation du degré d'invalidité. a) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte –, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il

aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28 a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4). Chez les assurés n'exerçant pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI). Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28 a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI ; ATF 137 V 334 ; 131 V 51 consid. 5.1.2). Le fait qu'une personne non atteinte dans sa santé décide de travailler à temps partiel est sans influence sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité – et dès lors n'entraîne pas l'application de la méthode mixte –, sauf si cette personne consacre à ses travaux habituels le temps libre supplémentaire dont elle dispose. Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir. Les activités de loisirs sont ainsi exclues de la définition des travaux habituels. La limitation dans le domaine lucratif doit être prise en considération de façon proportionnelle – en fonction de l'étendue de l'hypothétique taux d'activité lucrative à temps partiel (ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 et 5.2, précisé par l'ATF 142 V 290 consid. 7). Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 117 V 194 consid. 3b ; ATF 133 V 504 consid. 3.3 et les références citées ; TF 9C_49/2008 du 28 juillet 2008 consid. 3.1-3.4 et I 156/04 du 13

décembre 2005 consid. 5.1.2). b) En l'occurrence, l'OAI a appliqué la méthode mixte. Or, en l'absence d'atteinte à la santé incapacitante, la recourante, célibataire vivant seule et sans enfant, a travaillé auprès de D. _____ SA de juin 2006 à décembre 2007 à plein temps, puis à 90 % dès janvier 2008, non pas pour se consacrer à ses travaux habituels, en l'occurrence la tenue de son ménage, mais pour gagner en qualité de vie, la recourante employant le temps libre ainsi dégagé à ses loisirs. C'est donc la méthode générale de comparaison des revenus qui doit s'appliquer, ce qui dispense de l'examen des rapports d'enquête ménagère. c) La Cour de céans constate également que le salaire actuel de la recourante comprend une part de salaire social. aa) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 139 V 592 consid. 2.3). L'art. 25 al. 1 let. b RAI (Règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) exclut la prise en compte, à titre de revenu, des éléments de salaire dont il est prouvé que l'assuré ne peut fournir la contrepartie parce que sa capacité de travail limitée ne lui permet pas. C'est ce que l'on nomme « salaire social » (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève/Zurich/Bâle 2011, p. 549 n° 2071). Il y a salaire social lorsque les prestations versées par l'employeur ne correspondent pas au rendement de l'assuré (ATF 104 V 90 consid. 2). Dans ce cas, ce dernier poursuit régulièrement son activité, mais il ne peut fournir, en raison de l'atteinte à la santé, qu'une prestation réduite du point de vue quantitatif ou qualitatif. Si tel est le cas, il ne faut prendre en compte, à titre de revenu, que la part du salaire qui correspond à sa capacité de travail. Les montants qui dépassent cette part sont considérés comme un salaire social lors même que des cotisations en auraient été déduites (RCC [Revue à l'intention des caisses de compensation] 1970 p. 336 consid. 2). L'exigence d'un salaire social doit être strictement prouvée dans la mesure où, en règle générale, il y a lieu de présumer que le salaire effectif correspond à la valeur du travail fourni (ATF 117 V 8 consid. 2c/aa). En effet, un employeur pourrait avoir intérêt à l'admission d'un salaire social pour pouvoir ensuite diminuer le salaire de l'assuré mis au bénéfice d'une rente. Pour admettre l'existence d'un salaire social, les renseignements de l'employeur doivent donc en principe concorder parfaitement avec ceux du rapport médical (Valterio, op.cit. , p. 550 n° 2072). bb) Eu égard à l'avenant au contrat de travail signé le 26 août 2015 et aux déclarations de la recourante en audience du 19 octobre 2017 s'agissant de sa demande d'augmentation du taux d'activité (consid. 4b supra), alors que le travail a effectué reste identique vu l'absence d'indication quant à une modification du cahier des charges, il y a lieu de considérer que l'augmentation de salaire perçue est un salaire purement social. Le passage de la recourante de la classe 11/19 à la classe 12/19 ne justifie pas non plus entièrement l'augmentation des revenus. Par voie de conséquence, l'intimé ne pouvait pas – au vu de la part de salaire social comprise dans les revenus – faire une comparaison des gains sans tenir compte du salaire social. Par ailleurs, si la précédente activité habituelle de la recourante demeurait adaptée au vu des limitations fonctionnelles décrites (rapport du Dr C. _____ du 19 mai 2015) et en tenant compte de l'état de santé de la recourante, on ne saurait en revanche évaluer la capacité de travail réelle de l'assurée sur la base de son taux d'activité auprès de D. _____ SA, dans la mesure où le cahier des charges n'a pas été modifié malgré la

diminution du taux d'activité. d) Cela étant, dès lors que le taux d'activité n'a pas pu être établi (consid. 4 supra), il appartiendra à l'intimé de reprendre les calculs s'agissant du degré d'invalidité également. 7. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. a) 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). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. b) Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens, fixés en l'espèce à 2'500 fr. (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.